

Utjecaj obiteljske podrške tijekom postporođajnog razdoblja na pojavnost postporođajne tuge u roditelja i spremnost roditelja na prihvaćanje novorođenčeta

Tomić, Neda

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:252209>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Neda Tomić

**UTJECAJ OBITELJSKE PODRŠKE TIJEKOM
POSTPOROĐAJNOG RAZDOBLJA NA POJAVNOST
POSTPOROĐAJNE TUGE U RODILJA I SPREMNOST
RODILJA NA PRIHVAĆANJE NOVOROĐENČETA**

Diplomski rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Neda Tomić

**UTJECAJ OBITELJSKE PODRŠKE TIJEKOM
POSTPOROĐAJNOG RAZDOBLJA NA POJAVNOST
POSTPOROĐAJNE TUGE U RODILJA I SPREMNOST
RODILJA NA PRIHVAĆANJE NOVOROĐENČETA**

Diplomski rad

Mentor:
doc. dr. sc. Slavica Kozina, prof. psi.

Split, 2015.

Istraživanje je provedeno na „Klinici za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split i patronažnoj službi Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske Županije.

Mentor: doc. dr. sc. Slavica Kozina, prof. psi.

Katedra za psihološku medicinu

Medicinski fakultet

Sveučilišta u Splitu

Šoltanska 2

Split

ZAHVALA:

Veliku zahvalu dugujem Gospodinu na Njegovoj pomoći u najtežim trenucima. Bez moje uvažene mentorice doc. dr. sc. Slavice Kozine, prof. psi., ovaj rad ne bi imao ovu dimenziju. Zahvaljujem se neizmjereno na njenoj podršci, strpljenju, neprocjenjivim savjetima, velikoj želji i volji u pružanju pomoći. Prof. Matku Marušiću zahvaljujem na podršci za ovo istraživanje. Dugujem zahvalu prof. Deniju Kareloviću što je dao suglasnost za provođenje istraživanja na „Klinici za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split. Zahvaljujem dr. sc. Mirjani Milić na strpljenju i izvrsnoj statističkoj obradi podataka. Zahvaljujem Glavnoj sestri Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije Gordani Ivković na razumijevanju, a posebnu zahvalnost dugujem svim svojim kolegicama, patronažnim sestrama Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, na njihovom trudu koji su uložile dostavljanjem i prikupljanjem upitnika, bez njih bi bilo nemoguće izrealizirati istraživanje. Dužna sam zahvaliti svim roditeljama koje su pristale sudjelovati u ovom istraživanju. Na kraju zahvala onome bez koga ne bih uspjela ostvariti svoj san, mom suprugu.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Koncept teorije privrženosti	1
1.2. Teorija privrženosti	2
1.3. Razvoj privrženosti - tri opća stupnja privrženosti	3
1.4. Procjena i stilovi privrženosti	5
1.5. Primitivna komunikacija i interakcija majka - dijete	6
1.6. Afekt, emocije i privrženost	7
1.7. Ometajući čimbenici privrženosti	8
1.7.1. Ometajući čimbenici sa strane djeteta	9
1.7.2. Ometajući čimbenici sa strane majke	10
1.7.3. Čimbenici okoline	14
2. CILJ RADA I HIPOTEZE	19
3. IZVORI PODATAKA I METODE	20
3.1. Ustroj i opis istraživanja	20
3.2. Ispitanici	20
3.3. Metode	21
3.3.1. Mjerni instrumenti	21
3.3.2. Postupci	23
3.3.3. Glavne mjere ishoda	25
3.3.4. Sporedne mjere ishoda	25
3.3.5. Zbunjujući čimbenici i ometanja	26
3.3.6. Primijenjeni statistički postupci u analizi rezultata	26
3.3.7. Izvanjska valjanost	26
4. REZULTATI	28

4.1. Dijagram analize rezultata.....	28
4.2. Kvaliteta odnosa majka djeteta	29
4.2.1. Sociodemografska obilježja i kvaliteta odnosa majka djeteta	29
4.2.2. Učestalost poremećaja odnosa majka djeteta u ispitivanom uzorku	32
4.3. Mjere obiteljskog funkcioniranja.....	35
4.3.1. Deskriptivna obilježja mjera obiteljskog funkcioniranja u ispitivanom uzorku roditelja	35
4.3.2. Pojedinačni i skupni doprinos mjera obiteljskog funkcioniranja kvaliteti uspostavljene veze majka - novorođenče	36
4.3.3. Sociodemografska obilježja i obiteljsko funkcioniranje	40
4.4. Mjere postporođajne tuge.....	45
4.4.1. Utvrđivanje dijagnostičkih kriterija težine postporođajne tuge	45
4.4.2. Osobitosti postporođajne tuge roditelja.....	46
4.4.3. Razlika u izraženosti simptoma postporođajne tuge između tri mjerenja.....	46
4.4.4. Sociodemografska obilježja roditelja i postporođajna tuga	47
4.4.5. Utjecaj prediktorskih varijabli postporođajne tuge na kvalitetu odnosa majka djeteta	53
5. RASPRAVA	56
5.1. Procjena iskustava roditelja vezanih uz trudnoću, obiteljske i materijalne prilike na uspostavu odnosa majka novorođenče	57
5.2. Pojedinačni i skupni doprinos mjerenih pokazatelja obiteljskog funkcioniranja roditelja uspostavi odnosa majka novorođenče.....	59
5.2.1. Razlike u socijalnom statusu roditelja i njihovom obiteljskom funkcioniranju	61
5.3. Gornja vršna procjena simptoma postporođajne tuge u roditelja.....	62
5.4. Sociodemografska obilježja roditelja i postporođajna tuga	62
5.5. Utjecaj prediktorskih varijabli postporođajne tuge na kvalitetu odnosa majka djeteta	65
6. ZAKLJUČAK	67

7. LITERATURA	70
8. SAŽETAK	84
SUMMARY	87
Životopis	91

1. UVOD

Odnos majka-dijete ima središnji značaj u ljudskom razvoju. Rađanje i rođenje je najkritičnije razdoblje u životu majke i djeteta. Za razliku od životinjskih vrsta, dijete nije u stanju brinuti se za sebe. Ono zahtijeva veliku potporu i njegu od majke da bi preživjelo. Winnicott je to stanje opisao izjavom da dijete postoji samo zbog majčinske skrbi (1). Ubrzo po rođenju i dijete i majka su spremni na interakciju. Te su interakcije dvosmjerne i prijenosne (2). Majčino ponašanje prema djetetu može se opisati njegovanjem, učenjem i partnerstvom. Ta tri oblika ponašanja čine okosnicu odnosa majka dijete i temelj su razvoja privrženosti (3).

Rana interakcija majke i novorođenčeta biološki je određena. Djeca se rađaju s nizom urođenih reakcija oblikovanih da privuku majku u interakciju. Ona neposredno po rođenju raspoznaju majčin miris i glas. Najrazvijeniji osjet u novorođenčeta je miris. Pomoću mirisa pronalazi majčinu dojku i siše neposredno nakon poroda. Urođenom sposobnošću upućuje majci znakove kako bi je privuklo (plačem, hvatanjem) te zadržalo u blizini (umirivanjem, smiješkom). Od samog početka novorođenče aktivno sudjeluje i pokušava djelovati na okolinu (4).

Ono je daleko sposobnije za socijalne kontakte nego što se obično misli. Novorođenče već u prvim minutama i satima nakon rođenja čuje, vidi i pokreće se u ritmu glasa svoje majke. To rezultira prekrasnom vezom i sinkroniziranim "plesom" između majke i djeteta (Klaus&Kennell. 1982.) (5).

1.1. Koncept teorije privrženosti

50-tih godina XX stoljeća Bowlby je formulirao svoju teoriju razvoja privrženosti (6, 7, 8, 9, 10).

Za zdravi psihički razvoj "dojenčad i mala djeca trebaju iskusiti topao, intiman i kontinuiran odnos s majkom (ili zamjenskom majkom) u kojem pronalaze zadovoljstvo i užitek " (6). U toj se teoriji oslanja na etološke koncepte i koncepte evolucijske teorije, teorije kontrole sustava i na spoznaje iz kognitivne, razvojne i psihoanalitičke psihologije (7). Empirijsku potvrdu Bowlby-jevih teorijskim postavkama dala je Mary Ainsworth svojim rezultatima istraživanja u Ugandi i Baltimoreu (8).

1.2. Teorija privrženosti

Privrženosti (engl. *attachment*) opisujemo duboku i trajnu emocionalnu vezu s drugom osobom (6).

Od 50-ih godina 20. stoljeća pa do današnjih dana privrženosti se primarno opisivala emocionalna veza između dojenčeta i majke, iako je privrženost svojstvena cjeloživotnom ljudskom ponašanju (11). Potreba za privrženosti osnovna je ljudska potreba. Glavni cilj djetetovog privrženog ponašanja je biti u blizini poželjnog objekta koji mu pruža osjećaj sigurnosti. Bowlby naglašava da je privrženost zaštitna mjera i evolutivna prilagodba s ciljem preživljavanja za nezrele mlade mnogih vrsta, uključujući i ljudske (6).

Razvoj privrženosti prema majci ili primarnom skrbniku je proces koji započinje kratko nakon rođenja. Privrženost se prvi put jasno uočava u dobi od šest do osam mjeseci i traje tijekom niza godina (4).

To je univerzalan obrazac u ljudskom razvoju. Očituje se na različite načine u različitim kulturama (12).

Privrženim ponašanjem dijete nastoji povećati blizinu s potencijalnim skrbnikom i potaknuti skrbnikovu pozitivnu reakciju. To povećava vjerojatnost da se slabom, ovisnom i ugroženom djetetu pomogne. Takvo ponašanje djeteta jamstvo je da će dijete razviti „sigurnu bazu“ u liku pouzdane osobe na čiju se pažnju i ljubav može osloniti prije nego počne otkrivati šire okruženje. To je ključno za djetetovu dobrobit i budućnost njegova razvoja. Ta se osoba naziva objektom privrženosti (13).

Privrženost ima četiri glavne funkcije:

- Pruža osjećaj sigurnosti – znaci tjeskobe u djetetovu ponašanju potiču majčinu privrženost. U sigurnoj privrženosti dijete je sposobno skrenuti pozornost majke šaljući joj signale na koje majka odgovara svojim ponašanjem. Tako ona umanjuje tjeskobu djeteta.
- Reguliranje afekta i uzbuđenja – uzbuđenje je subjektivni osjećaj upozorenja. Tom osjećaju pridružene su reakcije ubrzanog disanja, rada srca i pojačane tjelesne napetosti.
- Promicanje iskazivanja emocija i komunikacije – dijete iskazuje svoje potrebe na koje majka odgovara. Majka nije uvijek u mogućnosti optimalno odgovoriti niti

prepoznati potrebu djeteta. Pokazatelj sigurne privrženosti je sposobnost djeteta i roditelja da koriste vještine za popravljanje neusklađenosti među njima.

- Služi kao baza za istraživanje – u sigurnoj privrženosti prisutna je motivacija djeteta za istraživanje okoline. Dijete se osjeća sigurno ako je majka dostupna uvijek kad je treba (12).

Sustav privrženosti funkcionira unutar odnosa dijete i objekt privrženosti (primarni skrbnik) samo onda kada su jedno drugom u blizini. Emocije djeluju kao signali. Dijete plaćem privlači majku u svoju blizinu. Tijekom nekoliko godina života djeteta privrženost zadržava majku u njegovoj blizini. Prisutnost majke psihološki je jednako važna za dijete kao što je važno majčino mlijeko za njegov život (14).

Dijete tijekom prvih tjedana života upoznaje osobitosti svoje majke (s pretpostavkom da je majka primarni njegovatelj). U ponavljajućim interakcijama prepoznaje svoju majku po izgledu njenog lica, osmijehu, dodiru i boji glasa.

Privrženost se lakše razvija tijekom osjetljivog perioda razvoja nakon kojega se više ne može postići istinski prislan emocionalni odnos.

1.3. Razvoj privrženosti – tri opća stupnja privrženosti

Razvoj privrženosti započinje kratko nakon rođenja i nastavlja se kroz tri opća stupnja (Bowlby, 1969., Schaffer i Emerson, 1964.) (4).

1. Faza – nediskriminativne socijalne reakcije (od rođenja do 2. mjeseca života)

U početku novorođenčad reagiraju pozitivno na svakoga. Ne usmjeravaju svoju pažnju isključivo prema majci (objektu privrženosti). Novorođenčad kratko nakon rođenja dok njihova sposobnost opažanja još nije potpuno izgrađena ipak radije gledaju u svoju majku ili čak u njezinu fotografiju nego u stranca (4). Vizualna sklonost majci uspostavlja se u roku 4 sata po rođenju. To je začudnije jer je novorođenče tijekom 4 sata malo vremena bilo budno i imalo otvorene oči uz sva ostala ometanja njegove pažnje iz okoline (15). Studija Bushnell potvrđuje da je novorođenče sposobno obraditi dovoljno informacija o majčinom licu i pohraniti ih. Potrebno je kratko vrijeme aktivnog gledanja da bi se uspostavilo stabilno zapamćivanje. Postoji značajna povezanost između izloženosti objekta privrženosti (majke) i djetetove sklonosti gledanja majčinog lica (16).

Praćenjem odgovora novorođenčeta na majčin glas dva sata poslije rođenja, potvrđeno je da za većinu djece tijekom razdoblja budnosti majka predstavlja vanjski podražaj. Majka je ujedno primarni izvor zadovoljstva. Tako prije i nakon rođenja novorođenče prepoznaje njezin glas i preferira ga naspram svih drugih ženskih glasova. To govori u prilog sposobnosti djeteta prenatalnom učenju. Postoji mogućnost da je fetalna percepcija vanjskih zvukova kao što je iskustvo majčinog glasa uključena u proces privrženosti (17). U ovom razdoblju ne možemo govoriti o privrženosti jer je stil privrženosti u značajnoj mjeri određen kvalitetom skrbi i njege koju novorođenče dobiva.

Tako skrb o novorođenčetu počiva na kombinaciji ugađanja i poticanja. Tradicionalno se majčinstvo shvaćalo kao ugađanje i oslobađanje dojenčeta od nelagode. Majka je za novorođenče izvor privlačnih i prekrasnih vidnih i slušnih podražaja. Time ona dobiva poticajnu ulogu. Posrednik je i za podražaje iz okoline. Osjetljivost majke na potrebe djeteta, žurnost i prikladnost načina zadovoljenja potreba, ugađanjem i poticanjem djeteta, pruža mu emocionalnu sigurnost i različite poticaje iz okoline koji su važni za normalan razvoj djeteta (18).

Majčinska vezanost (eng. *bonding*) za dijete razvija se vrlo brzo nakon rođenja djeteta, u prvim kontaktima s djetetom dok dijete svoju privrženost majci iskazuje tek nakon nekoliko mjeseci. Svega nekoliko sati poslije rođenja, nakon kratke izloženosti njihove djece, 90 % majki može prepoznati svoje dijete na osnovu mirisa kao i dodirujući jagodicom svojih prstiju kožu svog djeteta (19).

2. Faza – diskriminativne socijalne reakcije (od 2. do 7. mjeseca života)

Tijekom ovog razdoblja dijete i majka (skrbnik) razvijaju interakcijske obrasce. Dijete postaje zainteresiranije za majku, a nepoznate osobe imaju drugorazredno značenje (4).

3. Faza – usmjerena privrženost (od 8. do 24. mjeseca života)

To je razdoblje u kojem privrženost postaje vrlo snažna. Privrženost je povezana s razvojem emocionalnosti. Strah postaje prevladavajuća emocija. Razvojem kognitivnih funkcija dijete prepoznaje strano i nepoznato. Tako ono postaje oprezno pred nepoznatim i reagira negativno (20). Uz to se javlja i strah od odvajanja. To stanje u djeteta izaziva negativne reakcije. Ono plače i traži majku. Najjasniji znak privrženosti je to što blizina

majke djeluje umirujuće na dijete. Osim emocionalnosti, u toj se dobi dijete fizički razvija. Ono je sposobno puzati i na tako aktivan način postiže kontrolu nad svojom okolinom. Ono više ne mora plakanjem dozivati majku da bi ostvarilo bliskost s njom. Za to sad ono koristi kretanje (4).

1.4. Procjena i stilovi privrženosti

Ispitivanja ponašanja djece u „nepoznatoj situaciji“ ukazala su na postojanje više stilova privrženosti. Promatranjem djece u situacijama koje uključuju prisutnost majke, odlazak i povratak majke, interakciju s nepoznatom osobom moguće je razlikovati tri stila privrženosti (Mary Ainsworth, 1983.) (4): siguran, anksiozno-izbjegavajući i anksiozno-opirući stil. Tako dijete u zavisnosti o reakcijama majke (objekta privrženosti) može razviti sigurnu privrženost ili nesigurnu privrženost (anksiozno-izbjegavajući i anksiozno-opirući stil). Upravo okolina šalje djetetu poruku da je sigurno tako što mu osigurava stalnu nazočnost jedne odrasle osobe (objekta privrženosti) koja zadovoljava njegove potrebe za toplim tjelesnim kontaktom. Ta mu osoba pruža osjećaj ugone i nježnosti. Majka ili neki drugi skrbnik psihološki nedostupan ili koji ne reagira na emocionalne potrebe djeteta potiče u djeteta razvoj anksiozno-izbjegavajuće privrženosti. Okolina koja ponekad odgovara na dječje potrebe za blizinom i emocionalno je dostupna, a ponekad je nedostupna i kažnjavajuća razvija u djeteta anksiozno-opiruću privrženost (4).

Karakteristike djece koja su razvila sigurnu, izbjegavajuću i opiruću privrženost (4):

- Sigurna privrženost (65%) - Djeca se osjećaju dovoljno sigurno i slobodno se upuštaju u istraživanje svoje okoline. Ona su uznemirena kad skrbnik ode. Na povratak skrbnika reagiraju s oduševljenjem.
- Anksiozno - izbjegavajuća privrženost (25%) – djeca pokazuju malu uznemirenost prilikom odvajanja. Ona izbjegavaju majku kad se ona vrati. Iskazuju malo ili nimalo opreza u kontaktu sa strancima. Ta djeca postaju uznemirena tek onda kad ostanu sama.

- Anksiozno - opiruća privrženost (10%) - djeca pokazuju malu uznemirenost tijekom odvajanja. Prilikom ponovnog susreta s majkom ona iskazuju mješavinu osjećaja olakšanja i ljutnje (4).

1.5. Primitivna komunikacija i interakcija majka – dijete

Ranom interakcijom označavamo sve ono što se događa između djeteta i majke (okoline). Dijete se rađa s određenim sposobnostima koje mu omogućava ulazak u interakciju s majkom. Ta je interakcija uvjetovana djetetovom primarnom socijalnom orijentacijom i majčinom primarnom maternalnom preokupacijom (Winnicott, 1989.) (21).

Najvažniji oblik komunikacije novorođenčeta s njegovom okolinom je plač. Dijete pod kontrolu svoje volje vrlo brzo dovodi plakanje. Plakanje je moguće uvjetovati pa tako ono postaje promjenjivo. Majka odgovara na dječji plač približavanjem uvijek kad je ono treba. Tako dijete uči koristiti plač svrhovito. Različite vrste plača šalju različite poruke. Različite varijacije tona plača govore o veličini djetetovog problema. Majka bi trebala moći razlikovati vrstu plakanja i razumjeti ono što dijete kroz plač pokušava kazati. Brojna istraživanja potvrđuju da odrasli slušači mogu sasvim dobro tumačiti djetetov plač. S iskustvom majka sve točnije prepoznaje potrebe djeteta iskazane plačem dok dijete plač koristi kao sredstvo kontrole majčine pažnje i skrbi (4).

Primitivna komunikacija djeteta s okolinom osim kroz plač očituje se i u mimici, ritmu, glasanju i pokretu. Ono se pokreće u skladu s kvalitetom i stilom majčinih zvučnih signala. To pokazuje izuzetnu sposobnost djeteta za prilagodbu svog ponašanja ponašanju majke. Na taj način je oboma omogućeno da na određeni način odgovaraju na signale koje jedno drugome upućuju. Uključenost majke u interakciju je veća s djecom koja pokazuju neki senzorni deficit ili s prematurusom čiji je senzorni i motorički razvoj usporen. Tada majka koristi zamjenske modele u komunikaciji kako bi se interakcija razvila i održala. Svako djetetovo ponašanje tako postaje signal za komunikaciju. To je moguće vidjeti prilikom dojenja takve djece. Ona ne sisaju na prsima kontinuirano već s prekidima. Na takva ponašanja djeteta majka reagira malim stimulacijama kako bi izmijenila njegovo ponašanje (22).

Majčina osjetljivost i sposobnost uočavanja poticaja koje joj dijete šalje i njezin odgovor na te poticaje važan je čimbenik koji određuje kvalitetu odnosa majke i djeteta (4).

1.6. Afekt, emocije i privrženost

Harry Harlow je svojim eksperimentom ponudio nepobitan dokaz kako je ljubav bitna za normalan razvoj u djetinjstvu (23). 1950-ih Harry Harlow sa Sveučilišta Wisconsin provodio je istraživanje na mladima rhesus majmuna. Pretpostavio je da osim hranjenja, na razvoj privrženosti ima utjecaj i mogućnost djeteta da se mazi s majkom. Skupina mladunčadi rhesus majmuna bila je odvojena od majke odmah nakon rođenja. Oni su odgajani u laboratoriju s dvije zamjenske majke, načinjene od drveta i žice. Jedna majka bila je prekrivena mekim frotirom za koji se majmunčić mogao uhvatiti. Druga majka je bila izrađena samo od žičane mreže. Polovica mladunčadi je dobivala hranu iz bočice stavljene na presvučenu "majku" dok je druga polovica jela iz bočice stavljene na žičanu "majku". Za procjenu "ljubavi" mladunčadi prema majkama, Harlow je upotrijebio dvije mjere: količina vremena provedena uz zamjensku majku i stupanj sigurnosti koji je zamjenska majka predstavljala u situacijama koje su izazivale strah. Rezultati su bili dramatični i iznenađujući. Mladi majmuni su u prosjeku provodili između 17 i 18 sati dnevno na presvučenoj majci i manje od 1 sat dnevno na žičanoj majci, neovisno o tome na koju je od njih bila stavljena hrana. Tako je bilo i u situacijama emocionalnog stresa. Mladi majmuni su tražili sigurnost kod presvučene majke, a kada im je bila dostupna samo žičana majka oni su bili neutješni. Harlowljevo istraživanje tako je pokazalo da najvažniji činitelj u razvoju privrženosti kod mladunčadi rhesus majmuna nije hranjenje, već mogućnost hvatanja i priljublivanja uz majku. Tu pojavu nazvao je udobnost dodira (Harlow&Harlow, 1966.) (23).

Harlow je tada vjerovao da je zamjenska majka zadovoljavajuća majka jer je bila dostupna u svakom trenutku, strpljiva, nije grdila niti tukla svoje mladunče. Tek kasnije je uvidio da su mladi majmuni odgajani uz zamjensku majku oštećeni emocionalno, socijalno i intelektualno (23).

Emocionalna toplina je od posebne važnosti za razvoj čovjeka. U nekim slučajevima majčina briga za dijete ne sadrži i afektivnu uključenost u zadovoljenju potreba djeteta za hranom i higijenom. Takva majka obavlja njegu djeteta ne proživljavajući je. Majka bi se

trebala prilagoditi djetetu, biti emocionalno topla, imati razumijevanje, toplinu i senzibilitet i zapažati ritam svojega djeteta (22).

Emocije su socijalni jezik u ljudi. One su neverbalni znakovi koji govore poput jezika ali se mogu i verbalno izraziti. Plač djeteta njegovo je prvo afektivno izražavanje nelagode. Novorođenče izrazom lica pokazuje gađenje. Ono okreće glavu od neugodnih mirisa. Već u tom ranom razdoblju, ono pokazuje sklonost pojedinim osobama. Novorođenčad posjeduje sve facijalne pokrete mišića potrebne za pokazivanje emocionalnih ekspresija jednako kao u odraslih osoba. Afekt novorođenčeta podudara se s emocijom i praćen je facijalnom ekspresijom (14). U razdoblju između prvog i drugog mjeseca života tijekom tzv. normalne autistične faze novorođenčeta javljaju se primitivne emocije. One nemaju kognitivna značenja već su izazvane izvjesnom senzoričkom sposobnošću (22). Emocije prisutne u najranijoj životnoj dobi vezane su za preživljavanje, biološki su utemeljene i univerzalne. Neke mogu biti izazvane vanjskim događanjima, a ponekad se javljaju bez vidljivih razloga (14).

Složene emocije razvijaju se znatno kasnije. U razdoblju adolescencije te su emocije u potpunosti intencionalne. Regulacija emocija kod djece je od velike važnosti. Tako neuspjeh regulaciji emocija u jednoj razvojnoj fazi ima posljedice na regulaciju emocija u višim razvojnim fazama. Na temelju usklađenosti majke i djeteta djeca stvaraju predodžbe o tome hoće li njihove potrebe i ciljevi u tom odnosu biti zadovoljeni. Ukoliko ignoriranje signala koje šalje dijete postane ponavljajući obrazac ponašanja majke djeca će češće izražavati negativne emocije (14). U nizu je istraživanja utvrđeno da djeca privrženosti majci pokazuju mnoge druge pozitivne osobine. Te emocije ne pokazuju djeca čiji su odnosi sa skrbnikom niže kvalitete (4).

Značajnu ulogu u poticanju emocionalnoga razvoja uz biološku zrelost djeteta ima njegova okolina i priroda djetetove afektivne povezanosti s majkom (4).

1.7. Ometajući čimbenici privrženosti

U razvoju privrženosti važnu ulogu ima osjetljivost majke za potrebe djeteta, usklađenost majke i djeteta, temperament djeteta, majčina sjećanja iz njezina djetinjstva i podržavajuća okolina (4). Bilo koji od tih čimbenika koji utječu na ranu vezu majka-

dijete mogu biti i ometajući čimbenici i uzrokovati nesigurni (anksiozni) stil privrženosti. Ometajući čimbenici mogu se javljati u djeteta, majke i okolini (4).

Ispitivanja temperamenta dojenčadi, njihova ponašanja i majčine osjetljivosti za dijete pokazali su da sigurno privržene majke opisuju svoju djecu kao manje teškom i osjetljivije su za njihove potrebe. Tako i sigurno privržena djeca daju više pozitivnih odgovora tijekom kontakta licem u lice. Nesigurno privržena djeca iskazuju višu razinu negativnog uzbuđenja za vrijeme kontakta licem u lice. Majke nesigurno privržene djece više su kontrolirale svoju djecu u slobodnoj igri (24).

1.7.1. Ometajući čimbenici sa strane djeteta

Majke doprinose više od svoje djece razvoju privrženosti ali se ne može zanemariti uloga djeteta u tom odnosu. U toj interakciji niti jedna aktivnost djeteta ili majke nije bez značenja. Tako svako ponašanje predstavlja signal na koji se očekuje odgovor druge strane. Važan utjecaj na kvalitetu odnosa imaju pojedine karakteristike djeteta. Ovisno o temperamentu djeca se razlikuju u potrebi za tješanjem, poticanjem i davanjem vremena i prostora. Dugo vremena istraživači nisu prihvaćali mogućnost da temperament može utjecati na razvoj odnosa majka-dijete. Pokazalo se da je temperament djeteta povezan sa stilom majčine brige za njega (4).

Temperamentom označavamo ranu pojavu stabilnih obrazaca ponašanja: emocionalnost, razina aktivnosti, pažnje, reaktivnost, socijalni kontakt. Tako djeca vrlo brzo po rođenju pokazuju velike varijacije u svom ponašanju. To se smatra temperamentom. Pretpostavlja se da je pojava ranih individualnih razlika u ponašanju djece biološki uvjetovana. Istraživanja provedena na jednojajčanim blizancima u usporedbi s dvojajčanim dokazuju da nema sumnje da postoji umjereni genetski utjecaj na temperament. Ali to ne negira važnost utjecaja okoliša, odnosno utjecaja obitelji, funkcioniranja obitelji i roditeljskog stila na temperament. Između pojedinaca unutar iste obitelji postoje razlike u temperamentu (25).

Pogrešno je mišljenje da su genetski čimbenici nepromjenjivi. S vremenom je promjenjiva količina i kvaliteta genetskih učinaka. Tijekom svog razvoja dijete je sve više u interakciji s okruženjem i utjecaj genetskih čimbenika se sve više smanjuje (25). Bates tvrdi da su naslijeđene crte promjenjive. One se mijenjaju pod utjecajem okoline,

roditeljske kontrole, obiteljske strukture, fizičke privlačnosti djeteta i njihovog intelektualnog razvoja (26).

Crte temperamenta uglavnom se grupiraju u tri različita obrasca ili kombinacije: “lako” dijete, “teško” dijete i “oprezno” (zakočeno/inhibirano) dijete. Istraživanja temperamenta usmjerena su na dvije kategorije djetetove osobnosti: razinu težine temperamenta i razinu zakočenosti (inhibicije) (4).

U kategoriju „teškoga“ temperamenta svrstavaju se djeca koja često plaču i koja su vrlo iritabilna. Subjektivnost roditelja u procjenjivanju karaktera svog djeteta ne odražava stvarne osobine djeteta zbog roditeljskih stavova, očekivanja, pristupa odgoju djece, njihovom samoučinkovitosti i pripadnošću socijalnom sloju (4). Izvješća majki mogu biti pristrana i s obzirom na njezinu psihopatologiju (27).

Svakako „teško“ dijete povećava vjerojatnost da će reakcije majke prijeći optimalne okvire odnosa dovodeći do problema u odnosu majka-dijete i do problema u ponašanju djeteta (4).

Zakočenom/inhibiranom djecom označavamo plahom, tihom, stidljivom i bojažljivom djecom. Ta crta temperamenta vidljiva je još u dojenačkoj dobi. Stidljivost i plašljivost, kao i „težak“ temperament mogu biti uzrokovani različitim čimbenicima koji su vezani uz iskustvo i socijalizaciju. Utvrđeno je da inhibirana djeca imaju češće depresivne majke od druge djece (4).

Osim temperamenta ometajući čimbenici veze majka-dijete od strane djeteta mogu biti bolest i umor djeteta. U tim stanjima dijete reagira plačem, nemirom i traži blizinu majke.

1.7.2. Ometajući čimbenici sa strane majke

Problemi prilagodbe na majčinstvo razlikuju s obzirom na očekivanja majke, njezino znanje i podršku na koju računa (28).

Roditeljstvo uključuje zahtjevne promjene, odgovornost, promjene obaveza u radu, braku i društvenom životu (4).

Prvi uvjet rane zdrave povezanosti majka-dijete, je dostupnost majke i njezina spremnost da bude djetetu na raspolaganju (29). Termin povezanost (eng. *bonding*) je sinonim za prihvaćanje novorođenčeta. On označava i razvoj majčinskih osjećaja prema djetetu koji nastaju nekoliko sati po rođenju djeteta (30).

Taylor i sur. definiraju povezanost kroz osjećaje majke prema svom djetetu. Oni diferenciraju ovaj proces od privrženosti (31). Majke u različitim razdobljima osjećaju povezanost s svojim djetetom: 41% za vrijeme trudnoće, 24% pri rođenju, 27% tijekom prvog tjedna nakon poroda, a preostalih 8% iza prvog tjedna nakon poroda (Mcfarland, 1978.) (32). Čimbenici koji mogu ometati povezanost majke s djetetom su: osobnost majke, njezina prethodno stečena iskustva u djetinjstvu, visoka razina stresa te psihološki i psihički problemi.

Iznimno egocentrična i samozadovoljna majka koja isključivo slijedi svoje želje i potrebe, a na djetetove ne odgovara može patogeno djelovati na razvoj djeteta. Razočaranost majke izgledom djeteta u odnosu na zamišljeno dijete u vrijeme trudnoće može narušiti ranu vezu majka-dijete (33).

Majke sa svojom djecom razvijaju obrasce privrženosti na osnovu sjećanja na iskustava iz djetinjstva. Pomoću iskustvenih obrazaca majke stečenih u njezinom djetinjstvu moguće je predvidjeti unaprijed i unatrag privrženost majke svom djetetu. Njihova iskustva moguće je svrstati u tri skupine (12):

- Sigurne majke koje podržavaju djetetovu samostalnost. Te majke imaju realnu i uravnoteženu sliku svoga djetinjstva. One govore o svojim pozitivnim i negativnim iskustvima iz djetinjstva.
- Odbacujuće majke iskazuju teškoće u prisjećanju na događaje iz svog djetinjstva. One svom djetinjstvu pridaju malu važnost.
- Zaokupljene majke opširno pričaju o svojim ranim iskustvima. Ta iskustva opisuju na zbrkan i izrazito emocionalan način (12).

Majke koje se uspješno sučeljavaju sa stresom majčinstva stres vide kao privremeni izazov koji je moguće riješiti. U slučaju jačeg stresa i trajnije psihičke nesigurnosti majka gubi spontanost u komunikaciji i osjećaj za potrebe djeteta (Mechthild Papoušek, 1999.) (34).

Psihološki ili psihijatrijski poremećaji majke duboko se odražavaju na razvoj djeteta. Kada je majka emocionalno nedostupna dijete se nalazi u izolaciji. Ono nema mogućnost međusobne razmjene emocija i komunikacije. Majka s emocionalnim problemima na iskazani signal djeteta odgovara pretjeranom brigom jer osjeća da ono nešto traži no u osnovi ne zadovoljava traženu potrebu. Novorođenče je iznimno osjetljivo na kvalitetu

svoje veze s majkom. Djeca depresivnih majki zaostaju u kognitivnom razvoju, češće plaču, nemirnija su, izvijaju se u opistotonus, rjeđe afektivno komuniciraju. Razlog tome je nedostatak recipročne kognitivne stimulacije (35).

Postporođajna depresija majke dovodi do poremećaja rane interakcije majka-dijete. Takve su majke manje osjetljive za potrebe svog djeteta i manje odgovorne. Javljaju se poteškoće organiziranja brige i njege djeteta, hranjenja, naročito dojenja, obrasca spavanja djeteta, poduzimanja sigurnosnih mjera, cijepljenja (36).

Temperament djeteta u direktnoj je vezi s depresivnim simptomima majke i poremećenom vezom majka – dijete. Takva se majka često žali na temperament djeteta, nemirno i teško dijete. Zdravstveni profesionalac treba posumnjati na poremećaj povezanosti (37).

1.7.2.1. Postporođajna tuga (engl. *Baby Blues*)

Postnatalno razdoblje je vrijeme povećanog rizika za razvoj brojnih psihičkih i emocionalnih poremećaja majke. Postojanje povezanosti između postporođajnog razdoblja i poremećaja raspoloženja kod roditelja, zabilježeno je još u vrijeme Hipokrata (38).

Brockington tvrdi da porod treba promatrati kao opći stresor, jedan „životni događaj“ koji može izazvati bolesti cijelog spektra psihijatrijskih poremećaja (39).

Ovaj pogled je sada općenito prihvaćen i podržan, zbog raznih kliničkih poremećaja koji prate porođaj i niza simptoma koji se manifestiraju nakon poroda.

Postporođajna tuga (engl. *Baby Blues*) blagi je i prolazni fenomen koji se javlja tijekom prvih dana babinja. U naizgled bezazlenom poremećaju koji kratko traje istraživači vide moguće uzroke poremećaja raspoloženja (40).

To je najčešći postporođajni poremećaj i najčešće istraživani. Uključuje labilno raspoloženje, razdražljivost, plačljivost, anksioznost, nemogućnost koncentracije, poremećaj sna i apetita. To je dovelo do nesuglasja u definiranju poremećaja zbog depresivnih karakteristika simptoma. Poremećaj ne zahtijeva liječenje, osim smirivanja jer simptomi unutar nekoliko dana nestaju (40). Učestalost pojave postporođajne tuge kreće se od 15% do 80% (40), ili po drugim autorima od 30% do 75% (41).

Simptomi obično počinju trećeg i četvrtog dana nakon poroda i traju nekoliko dana (40).

Istraživanjem Murata i sur., utvrđena je povezanost postporođajne tuge i nedovoljne majčinske skrbi u rodiljinom djetinjstvu (42). Izražene hormonalne promjene kao što je pad vrijednosti progesterona i estrogena značajno su povezane s raspoloženjem roditelja (43).

Na razvoj postporođajne depresije mogu imati značajni utjecaj depresija i anksioznost u trudnoći, socijalna podrška, životni događaji poput smrti voljene osobe, razvod braka, gubitak posla, bračni odnosi, ginekološki čimbenici, komplikacije u trudnoći, prijevremeni porod i socioekonomski status (44). Dvije studije su potvrdile povezanost postporođajne tuge i bračnoga statusa (45).

O ulozi kulturnih i društvenih čimbenika u razvoju postporođajne tuge još uvijek se raspravlja (46). Iako su neki autori tvrdili da postporođajna tuga nije povezana s okolinom, socijalnim i kulturnim čimbenicima (47), Grčka studija je ustvrdila da ekspresija postporođajne tuge može biti uzrokovana kulturnim čimbenicima (46). Istraživanje provedeno u Nigeriji pokazuje da se prevalencija postporođajne tuge i značajni čimbenici rizika razlikuju u različitim kulturama (48).

Mnoga istraživanja u slaboj socijalnoj podršci vide predisponirajući čimbenik postporođajne tuge i depresije. Rano otkrivanje simptoma postporođajne tuge i depresije nakon poroda može doprinijeti zdravom odnosu majka-dijete. Socijalna podrška ne utječe direktno na razvoj postporođajne depresije mjesec nakon poroda, ali indirektnom prevencijom simptoma postporođajne tuge može se spriječiti (49).

Većina autora je suglasna da postporođajna tuga utječe na razvoj postporođajne depresije, na interakciju majka dijete i ponašanje djeteta (38, 51, 52, 53).

Dokazana je povezanost postporođajne tuge i neuropsihomotornih obilježja novorođenčeta. Istraživanjem Bydlowski utvrđuje da novorođenčad 78% majki koje su pokazivale emocionalno mješovite simptome više gura ruke u usta. Guranje ruku u usta uzima se kao samoumirujuća aktivnost djeteta. Takva djeca imaju pojačanu regulaciju budnog stanja, smanjenu potrebu za podrškom odraslih, imaju bolje obrambene pokrete, bolju pozornost, smanjenu razdražljivost. Ta se ponašanja razlikuju od ponašanja novorođenčadi majki koje su imale simptome izrazite i trajne tuge kao i od novorođenčadi majki koje nisu imale te simptome (50).

Usporedba „Postpartum maternal attachment“ s dvije skale „majčine privrženosti“ i „anksioznosti u odnosu na dijete“ i postporođajne tuge, u značajnoj su negativnoj

korelaciji. Tako postporođajna tuga utječe na majčinu privrženost i anksioznost u odnosu na dijete. Potvrđeno je da postoji bliska povezanost postporođajne tuge s majčinom privrženošću poslije poroda (51).

Ponovljenim istraživanjem godinu dana poslije na istim ispitanicama utvrđeno je da postporođajna tuga utječe na razvoj depresije u majki. To istraživanje naglašava potrebu za ranim intervencijama u postporođajnom razdoblju za dobrobit mentalnog zdravlja majke i djeteta (52).

Japansko istraživanje potvrdilo je da je prevalencije postporođajne tuge u 25% više japanskih prvorođanica čija su djeca bila zbrinuta u dječje sobe, od prvorođanica s „rooming-in“ skrbi novorođenčeta. Te su majke sve rodile zdravu djecu bez komplikacija u porodu (53).

1.7.3. Čimbenici okoline

Izvor podrške roditelji može biti neformalna potpora, šira socijalna podrška, stručna podrška, obiteljska podrška i podrška partnera. Vidovi socijalne podrške su različiti. Informacijska potpora obuhvaća davanje savjeta i smjernica roditelji. Instrumentalna podrška odnosi se na praktičnu pomoć roditelji u smislu materijalne potpore ili pomoć u obavljanju zadaća. Emocionalna podrška roditelji izražava se brigom, empatijom i poštovanjem (38).

1.7.3.1. Obiteljski odnosi i obiteljsko funkcioniranje

Važnost obiteljskih odnosa i obiteljskog funkcioniranja jedna je od najvažnijih komponenti socijalne podrške. Očituje se kroz emocionalnu i instrumentalnu podršku.

Zdravo obiteljsko funkcioniranje definira se kao učinkovito suočavanje s kulturnim, ekološkim, psihosocijalnih i socioekonomskih stresovima kroz životni ciklus obitelji.⁵⁵ Označava sposobnost obiteljskog sustava da zadovolji potrebe svojih članova kroz razvojna razdoblja (NOC- [Nursing Outcomes Classification](#)) (55).

Jedno od razvojnih i najkritičnijih razdoblja za obitelj je prelazak na roditeljstvo. Dolazak prvog djeteta tijekom razvojnog procesa obitelji, donosi najčešće uznemirujuće promjene (56).

Taj prijelaz na roditeljstvo uključuje više negativnih nego pozitivnih promjena koje se događaju u životima roditelja u ranom razdoblju nakon poroda. Prijelaz na roditeljstvo je jednako razoran za muškarce kao i za žene, ali i za brak (56).

Pet je područja obiteljskog života pogođenih roditeljstvom (57):

- Unutarnji život oba roditelja u odnosu na dijete.
- Odnos između roditelja s naglaskom na obiteljske uloge i komunikaciju.
- Odnosi između djedova i baka, roditelja i djece (između tri generacije).
- Odnos između članova uže obitelji i ključnih pojedinaca i institucija izvan obitelji (posao, prijatelji, zdravstvena skrb).
- Individualni odnos majke i oca s njihovim djetetom (57).

Tijekom tranzicije tri čimbenika mogu utjecati na zadovoljstvo roditeljstva: očekivanja prije rođenja djeteta, promjene u komunikaciji, karakteristike braka prije rođenja djeteta (56).

1.7.3.2. Bračni odnosi i roditeljstvo

Kvaliteta braka je pokazatelj prilagodbe para u tranziciji na roditeljstvo. Roditeljski status je značajno povezan s razinom bračnog zadovoljstva. Pad bračnog zadovoljstva je u osoba s roditeljskim statusom u odnosu na osobe u braku koji nisu roditelji. Negativna korelacija bračnih odnosa i roditeljskog iskustva ukazuje da se jedan odnos odražava na štetu drugog odnosa, odnosno da zadovoljstvo roditeljskom ulogom umanjuje bračno zadovoljstvo (58).

Rođenjem djeteta dolazi do pomaka središta pozornosti u obitelji. Briga za dijete može biti značajan pritisak na roditelje, a posebno na majku, zbog nedostatka sna, poteškoća s dojenjem, nedostatka vremena za brigu o sebi i kontakte s partnerom. Tako se očevi često žale da su njihove supruge u potpunosti predane brizi o djetetu, do te mjere da oni osjećaju da ih gotovo u potpunosti ignoriraju. Ovi osjećaji mogu dovesti do međusobne ljutnje i emocionalne otuđenosti (59).

Za optimalan razvoj djeteta potrebna je roditeljska osjetljivost i skladna obiteljska atmosfera.

Istraživanjem povezanosti individualnih razlika u roditeljskom funkcioniranju i zlostavljanja djeteta uočena su tri čimbenika koja utječu na taj odnos: psihološke osobine roditelja, karakteristike djeteta, potpora u suočavanju sa stresom (60).

U istraživanju provedenom kod rizičnih majki i djece glavno pitanje je glasilo: da li se obiteljski proces oblikuje na osnovu odnosa dijade ili rizici bilo majke ili djeteta imaju izravan utjecaj na obiteljski proces u cjelini. Majčina emocionalna labilnost recipročno utječe na rani odnos majka – dijete (dijadni odnos), ali i na trijadni odnos (uključen i otac). Tako su negativne emocije u djeteta povezane s nametljivim stilom roditeljstva i one imaju utjecaj na obiteljske odnose. Uključivanjem oca na dijadnoj razini smanjuje se majčina tjeskoba. Očevim sudjelovanjem na trijadnoj razini povećava se obiteljska kohezija (61).

1.7.3.3. Obiteljska i socijalna podrška poslije poroda

Čimbenik rizika za razvoj postporođajne depresije u roditelje je nedostatak obiteljske podrške, naročito podrške supruga (62).

Prisustvo supruga i prijatelja s kojima majka može razgovarati o skrbi djece povezano je s postporođajnim raspoloženjem (49).

Depresivno raspoloženje majke može negativno utjecati na dijete ali očevi mogu taj nedostatak nadoknaditi djetetu. Osjetljivost za teška stanja majčine tuge i njezine probleme s djetetom, pružanje mogućnosti majci da govori o svojim osjećajima aktivnim slušanjem kroz nekoliko tjedana, može osloboditi majku od depresivnih simptoma i spriječiti negativnu interakciju između majke i djeteta (63).

Manjak socijalne podrške nakon poroda je prediktor depresije tek u kasnijem razdoblju. Nedostatak socijalne povezanosti i kvaliteta socijalne veze mnogo jače utječu na postporođajnu depresiju. Rezultati ukazuju na složenost odnosa između socijalne podrške i zdravlja (64).

Socijalna podrška odnosi se na potrebe majke dok su potrebe očeva za razumijevanjem i podrškom u velikoj mjeri zanemarene. Parovi koji su bliski i imaju dobre odnose naspram onih koji su nesretni u braku, imaju veću vjerojatnost da će biti topli i osjetljivi roditelji. Takvi roditelji zadržat će pozitivan stav prema djetetu i svojim roditeljskim ulogama. Socijalna podrška i slaganje u braku koristi roditeljstvu. To ima pozitivne učinke na

bračnu sreću i obiteljsku stabilnost. Majke puno teže prolaze kroz tranziciju na roditeljstvo, ali tradicionalno dobivaju više podrške (65).

Ne treba zanemariti potrebe očeva za podrškom kako bi se osiguralo normalno funkcioniranje, toplina i sigurnost unutar obitelji. Istraživanje u Švedskoj ukazuje da postoji sličnost simptoma postporođajne tuge između majke i očeva. Taj poremećaj odražava se na veze s djetetom kroz jedan ili dva mjeseca. Trebalo bi imati na umu da otac može biti depresivan pod utjecajem depresivnih simptoma majke. Treba biti posebno pažljiv ako su kod oba roditelja izraženi simptomi postporođajne tuge. Tada je poremećena veza oba roditelja s djetetom (37).

Krute granice obiteljske zajednice štite intimu obiteljskog života s vrlo određenim ograničenjima. Problemi majčinstva unutar tih ograničenja postaju izrazitiji dok očevi zbog vlastitih frustracija i emocionalnih problema nisu u stanju pružiti adekvatnu podršku svojoj supruzi. To utječe na majčinu emocionalnu labilnost i može dovesti do pogoršanja depresivnih simptoma. Majka s navedenim emocionalnim problemima manje je osjetljiva prema djetetu. Posljedica može biti poremećaj veze majka-dijete.

1.7.3.4. Interakcija djeteta i socijalno učenje

Novorođenče od početka aktivno sudjeluje u socijalnim kontaktima iako se dijete rađa bez socijalnih znanja i vještina. Već dugo je prihvaćen stav da je za dijete interakcija sa majkom/njegovateljem značajna. Prvi model koji dijete integrira u svoju osobnost je njegova majka, iako ne može imitirati njezino ponašanje prije nego stekne sposobnost da perceptivno prepozna svoje ponašanje. Dijete postepeno percipira, izgrađuje svoju osobnost. Za to vrijeme majka organizira i kontrolira dječje ponašanje. Dijete najprije imitira ponašanja koja su usmjerena prema njemu. Prvo što dijete nauči od majke su uživanje i izražavanje naklonosti. Majka mu ugodu pruža hraneći ga i njegujući. Ona stimulira osjetljive zone, potičući osjećaje zadovoljstva koje dijete pokazuje osmijehom, gugutanjem. Prisustvo majke, boja njenog glasa, kontakt oči u oči, izaziva kod djeteta zadovoljstvo i ugodu (66).

Ovakav odnos vrlo rijetko postoji između oca i djeteta. Dobro obiteljsko funkcioniranje i sloga mogu osigurati zdrav razvoj. Uslijed poremećenih odnosa unutar obitelji djeca na osnovu socijalnog učenja mogu postati „teška“, kao posljedica se razvija nesiguran stil

privrženosti. Stil privrženosti dokazano je utječe na emocionalni, psihosocijalni razvoj i na razvoj psihopatologije u kasnijoj dobi (4).

1.7.3.5. Međugeneracijski odnosi proširene obitelji

Širenjem kontakta djeteta na djedove i bake dijete dobiva širinu različitih ponašanja koje mogu donekle utjecati na njegov razvoj osobnosti (67). Oni mogu biti izvori financijske, instrumentalne i emocionalne podrške roditeljima. Nekoliko istraživanja je potvrdilo pozitivan utjecaj podrške proširene obitelji na rano poslijeporođajno razdoblje (68, 69).

Rođenje djeteta određuje nova međugeneracijska pravila i odnose unutar šire obitelji. Odnosi između roditelja i njihovih primarnih obitelji se mogu promijeniti rođenjem djeteta, varirati od potpune ovisnosti do neovisnosti. Neki ne planiraju pomoć djedova i baka nakon dolaska djeteta, ako zatraže pomoć najčešće se poziva majčina majka (70). Posljednjih deset godina sve je više studija koje istražuju povezanost podrške proširene obitelji kroz afirmaciju ljubavi i sve više se daje naglasak na obiteljske odnose kroz nekoliko generacija. Višegeneracijska povezanost postaje sve važnija za dobrobit kao podrška tijekom cijelog životnog ciklusa (71).

Za osiguravanje normalnog psihosocijalnog razvoja djeteta, kroz ovo istraživanje nastojalo se dokazati povezanost različitih čimbenika (postporođajne tuge, demografskih obilježja istraživane populacije roditelja, funkcioniranja obitelji) na razvoj rane veze majka-dijete, koja utječe na razvoj stila privrženosti djeteta, na emocionalne veze i socijalno funkcioniranje tijekom cijelog životnog vijeka.

2. CILJ RADA I HIPOTEZE

Cilj ovog istraživanja je procijeniti utjecaj obiteljske podrške tijekom postporođajnog razdoblja na pojavnost postporođajne tuge i spremnost roditelja na prihvaćanje novorođenčeta.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Ustroj i opis istraživanja

Prospektivnom studijom u rodilja Splitsko-dalmatinske županije, prikupljeni su podatci kroz tri mjerenja tijekom lipnja, srpnja i kolovoza, 2014. god. U istraživanje su uključene sve rodilje koje su rodile od 1. lipnja do 15. srpnja 2014. godine na „Klinici za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split, s mjestom stanovanja u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Vrijeme regrutiranja rodilja procijenjeno je prema veličini uzorka na osnovu broja otpusta na godišnjoj razini, (mjesečni broj otpuštenih rodilja je 320), uzimajući u obzir rodilje koje ne žele sudjelovati u istraživanju i drop-out, kako bi se osigurao idealan uzorak za potrebe ovog istraživanja.

Kriteriji uključenja: prigodni uzorak-obuhvaća sve rodilje koje su rodile u razdoblju od 1. lipnja do 15. srpnja 2014. godine „Klinike za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split i pristale sudjelovati, s mjestom prebivališta u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

Kriteriji isključenja: rodilje koje boluju od neke psihičke bolesti.

Etičko dopuštenje: etičku valjanost i izvedivost magistarskog rada procijenilo je Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije i dalo svoju suglasnost (dne 04. travnja 2014.); Etičko povjerenstvo Kliničkog bolničkog centra Split i dalo suglasnost (dne 06. svibnja 2014.); dozvola vijeća povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija, Sveučilišta Split i dalo suglasnost (24. lipnja 2014.).

Financiranje istraživanja: istraživanje je financirano vlastitim sredstvima. Sukoba interesa nema.

3.2. Ispitanici

Opis uzorka - rodilje: ispitanice su pisanim putem obaviještene o istraživanju koje će se provesti u „Klinici za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split. Ispitanice koje su pristale sudjelovati u istraživanju potpisale su Obavijesni pristanak.

Ukupni broj ispitanica koje su sudjelovale u prvom mjerenju bio je 395, broj ispitanica u drugom mjerenju 328, a kompletne podatke za sva tri mjerenja imaju 282 roditelje.

Rodilja starosne dobi od 18 do 22 godine je 6,40%, od 23 do 28 godina 32,93%, od 29 do 36 godina 47,56%, a iznad 36 godina 13,10% roditelja. Najviše roditelja je s srednjom stručnom spremom 55,79%, 42,98% roditelja je sa višom i visokom stručnom spremom te sa osnovnom školom 1,21% roditelja,. U bračnoj zajednici živi 89,32% roditelja, u nevjenčanoj 10,36%, a samohrana majka je jedna (0,30%). Prvorotkinja je 46,04%, a višerotkinja 53,96%. U gradu živi 53,92% roditelja, 46,08% roditelja živi u ruralnom naselju. Nezaposlenih je 37,19% roditelja, a u radnom odnosu je 59,75%.

3.3. Metode

3.3.1. Mjerni instrumenti

Za prikupljanje podataka korišteni su upitnici: Socio-demografski upitnik; Blues Questionnaire: Kennerley (Kennerley&Gath, 1989) (40); Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al, 2001) (72); Family Functioning Questionnaire (A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer & J.W. Veerman. VGFO, 2011) (73).

Blues Questionnaire: Kennerley (Kennerley&Gath, 1989), ref 40. Upitnik je preveden na hrvatski jezik, a zatim s hrvatskoga na engleski; potom je uspoređen izvorni engleski sadržaj (40) s prijevodom (s hrvatskoga na engleski) i usklađene su razlike tako da hrvatska inačica odgovara izvornom engleskom (40). Isti postupak je napravljen s upitnicima Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al, 2001) (72) i Family Functioning Questionnaire (A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer & J.W. Veerman. VGFO, 2011) (73).

Socio-demografski upitnik uključivao je 21 varijablu: starosna dob majke, obrazovanje majke, bračni status, vrijeme u braku, broj žive djece, broj trudnoća, planiranje trudnoće, komplikacije u trudnoći, komplikacije u porodu, vrsta poroda, spol djeteta, Apgar procjena djeteta, sastav obitelji, podrška članova uže obitelji, podrška članova šire obitelji, podrška susjeda/prijatelja, prebivalište (grad, selo), izvori prihoda, omjer prihoda u odnosu na životne troškove (zadovoljavaju, ne zadovoljavaju), stambeno pitanje (riješeno, neriješeno), pušenje.

Family Functioning Questionnaire (A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer & J.W. Veerman. VGFO, 2011) (73) sadrži 28 pitanja za procjenu situacije obitelji i funkcioniranja obitelji. Upitnik je bodovan prema Likertovoj ljestvici (1-4), sadrži 5 subskala: subskala 1 - osnovna briga o novorođenčetu sadrži 7 tvrdnji - maksimalni broj bodova 28 (Cronbach Alpha = 0,72-0,85); subskala 2 - pripremljenost roditelja za odgojne zadatke sadrži 7 tvrdnji - maksimalni broj bodova 28 (Cronbach Alpha = 0,79-0,91); subskala 3 - opseg i kvaliteta socijalnih veza sadrži 5 tvrdnji - maksimalni broj bodova 20 (Cronbach Alpha = 0,72-0,89); subskala 4 - osobno iskustvo roditelja u njihovoj primarnoj obitelji sadrži 4 tvrdnje - maksimalni broj bodova 16 (Cronbach Alpha = 0,85-0,91); subskala 5 - odnosi s partnerom, podrška i komunikacija o odgoju sadrži 5 tvrdnji - maksimalni broj bodova 20 (Cronbach Alpha = 0,89-0,96); subskala 6 - odnosi se na ukupno funkcioniranje obitelji sadrži 28 tvrdnji - maksimalni broj bodova 112 (Cronbach Alpha = 0,90-0,98).

Instrument **Blues Questionnaire Kennerley** (Kennerley&Gath, 1989.) (40) sadrži 28 tvrdnji koje opisuju emocionalna stanja roditelja. Svaka čestica bodovana je od 0 do 1 bod. Tvrdnje su grupirane u 7 subskala. Subskala 1 procjenjuje primarnu tugu i sadrži 7 čestica. Subskala 2 procjenjuje nemogućnost ekspresije emocija – rigidnost i sadrži 3 čestice. Subskala 3 procjenjuje preosjetljivost, hipersenzitivnost i sadrži 4 čestice. Subskala 4 procjenjuje depresiju i sadrži 5 čestica. Subskala 5 procjenjuje očaj, potištenost, beznade i sadrži 3 čestice. Subskala 6 procjenjuje usporenost i sadrži 3 čestice. Subskala 7 procjenjuje smanjeno samopouzdanje i sadrži 3 čestice. Dijagnostički kriterij za utvrđivanje frekvencije pojedinih simptoma je određen je na način da rezultat treba biti viši od pola čestica u subljestvici. Dijagnostički kriterij za utvrđivanje frekvencije za ukupan rezultat treba biti viši od najviše prosječne vrijednosti rezultata u sva tri mjerenja ukupnog uzorka roditelja na čitavoj ljestvici BQ. Korištenjem srednje vršne vrijednosti (mean peak score) određena je kritična vrijednost (cut-off point). Tako utvrđena kritična vrijednost predstavlja kriterij za određenje težine poremećaja postpartalne tuge.

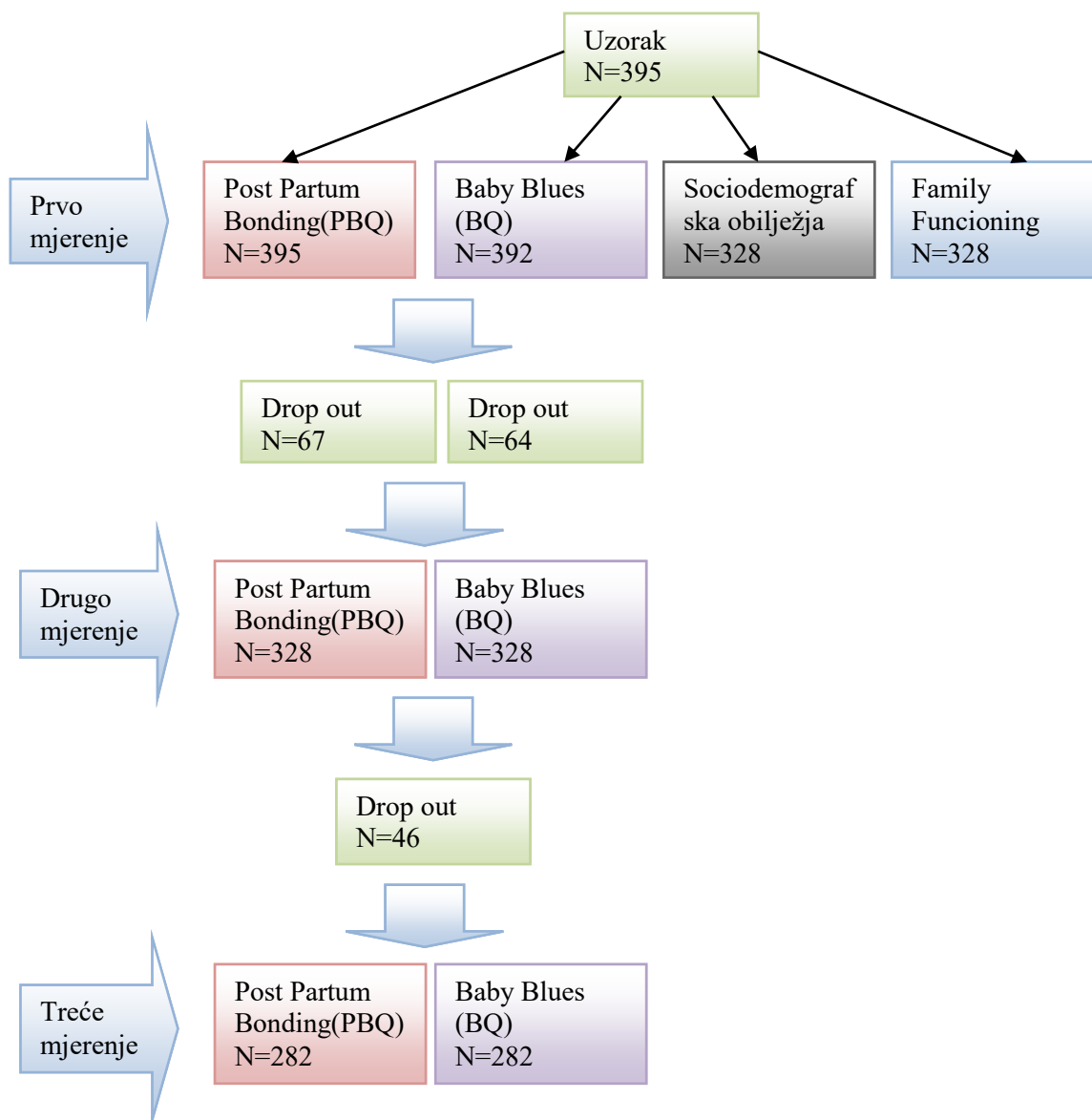
Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al, 2001) (72) koristi se za utvrđivanje težine poremećaja veze majka – dijete. Sadrži 25 čestica. Čestice su bodovane prema Likertovoj ljestvici (0-5). Upitnik čine 4 subskale. Subskala 1 mjeri opće čimbenike i služi za identifikaciju problema u vezi majka-dijete. Osjetljivost skale iznosi 0,82 za sve poremećaje odnosa majka-dijete. Subskala 2 mjeri odbacivanje djeteta od

strane majke i patološku ljutnju i služi za identifikaciju teškog poremećaja odnosa majka-dijete. Osjetljivosti skale iznosi 0,88 za odbacivanje djeteta i 0,67 za ozbiljnu ljutnju. Subskala 3 mjeri anksioznost prema djetetu služi za identifikaciju majke s anksioznošću usmjerenoj na dijete. Osjetljivost skale nije zadovoljavajuća osim za odbacivanje djeteta s osjetljivosti 0,82. Subskala 4 mjeri početno zlostavljanje i služi za identifikaciju opasnih/prijetećih majki. Osjetljivost skale je niska 0,13-0,20.

Prema utvrđenom bodovanju izvornog upitnika, a na osnovu bodova koje je roditelj ostvarila po svakoj subskali, napravljena je kategorizacija roditelja. Normalan odnos majka novorođenčice u 1. subskali ostvaruje se s 0-8 bodova, u 2. subskali ostvaruje se s 0-14 bodova, u 3. subskali ostvaruje se s 0-6 bodova, u 4. subskali ostvaruje se s 0 bodova. Graničan odnos majka novorođenčice u 1. subskali ostvaruje se s 9-11 bodova, u 2. subskali ostvaruje se s 15-16 bodova, u 3. subskali ostvaruje se s 7-9 bodova, u 4. subskali ostvaruje se s 1-2 boda). Poremećen odnos majka novorođenčice u 1. subskali ostvaruje se s ≥ 12 bodova, u 2. subskali ostvaruje se s ≥ 17 bodova, u 3. subskali ostvaruje se s ≥ 10 bodova, u 4. subskali ostvaruje se s ≥ 3 boda).

3.3.2. Postupci

Upitnici su dijeljeni u omotnicama na dan pred otpust u „Klinici za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split, 10. dan po otpustu te 30. dan po otpustu u domu ispitanica, a popunjeni upitnici vraćeni u zatvorenim omotnicama odmah nakon popunjavanja. U domu ispitanica upitnice su dostavile patronažne sestre koje su zaposlene u Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije i prikupile popunjene upitnice. Prikupljanje podataka trajalo je od 1. lipnja do 15. kolovoza 2014 godine. U prvom mjerenju na dan pred otpust ispitanice su popunjavale Family Functioning Questionnaire_FFQ, Sociodemografski upitnik, upitnik Post Partum Bonding_PBQ i upitnik Blues_BQ, a ukupni broj u prvom mjerenju je 395 ispitanica. U drugom mjerenju primjenjeni su ponovno upitnik Post Partum Bonding_PBQ i upitnik Blues_BQ, broj ispitanica je 328. U trećem mjerenju popunjavali su se upitnici Post Partum Bonding_PBQ i upitnik Blues_BQ, broj ispitanica je 282. Pregled istraživanja prikazan je na Slici 1.



Slika 1. Dijagram tijeka istraživanja

3.3.3. Glavne mjere ishoda

Mjerene su validiranim upitnicima:

- 1. Postporodajna tuga**, mjereno upitnikom Blues Questionnaire-Kennerley (Kennerley&Gath, 1989) (40)

Upitnik je valjan za otkrivanje kratkotrajnih psiholoških smetnji nekoliko dana nakon poroda, utvrđivanje kliničke slike prevalencije simptoma prema subskalama. Prikladan je za istraživanje etiologije postporodajne tuge i povezanosti postporodajne tuge s ranijim ili kasnijim psihijatrijskim poremećajima.

- 2. Rana veza majka-dijete** mjereno je validiranim upitnikom Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al, 2001) (72)

Upitnik nam omogućava utvrditi osobitosti kliničke slike ranog vezivanja majka-dijete i identifikaciju kliničkih poremećaja majki: blagi poremećaj, anksioznost usmjerena prema djetetu (od blage do teške anksioznosti); patološku ljutnju (blaga, umjerena i teška ljutnja); prijeteće odbacivanje (dijete nije željeno i prvenstveno se briga o djetetu želi prepustiti nekom drugom, majke izražavaju želju za napuštanjem djeteta); utvrđeno odbacivanje (majka izražava želju da dijete trajno nestane, djeca najčešće umiru od SIDS).

- 3. Funkcioniranje obitelji** mjereno validiranim upitnikom Family Functioning Questionnaire (A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer & J.W. Veerman. VGFO, 2011) (73)

Upitnik omogućava utvrditi osobitosti funkcioniranja obitelji na pet područja: osnovnoj brizi o novorođenčetu; pripremljenost roditelja za odgojne zadatke; opsegu socijalnih kontakata i njihovoj kvaliteti; osobno iskustvo roditelja u njihovoj primarnoj obitelji; odnos s partnerom, podrška i komunikacija o odgoju; ukupno funkcioniranje obitelji. Veći broj ostvarenih bodova ukazuje na bolje funkcioniranje obitelji.

3.3.4. Sporedne mjere ishoda

Podatci prikupljeni na osnovu varijabli demografskog upitnika su: dob, broj žive djece, broj trudnoća, vrijeme u braku, apgar score - izraženo u brojevima; podrška članova nuklearne, proširene obitelji te susjeda i prijatelja, komplikacije u trudnoći i porodu - izraženo s da i ne; sastav obitelji, stambeno pitanje, mjesto stanovanja, bračno stanje,

prihodi, prihodi u odnosu na životne troškove, planiranje trudnoće, obrazovanje, način poroda, spol djeteta, pušenje - opisno izraženo.

3.3.5. Zbunjujući čimbenici i ometanja

- Odgovori ispitanica mogu biti socijalno poželjni odgovori.
- Nisu praćene endokrinološke promjene u ispitanica.

3.3.6. Primijenjeni statistički postupci u analizi rezultata

U analizi rezultata korišten je statistički paket **SPSS verzija 10** (engl. Statistical Package for the Social Sciences).

Za testiranje simetričnosti i zakrivljenosti populacije primijenjen je statistički postupak **Kolmogorov-Smirnovljev test**. Statističkim postupkom **t-test**, testirane su značajnosti razlika u praćenim mjerama postporođajne tuge između tri mjerenja u jednomjesečno praćenih roditelja. Primijenjen je **Wilcoxonov test parova** za testiranje značajnosti razlika u procjenama kvalitete odnosa majka-dijete između tri mjerenja u jednomjesečno praćenih roditelja. **Kruskal-Wallisovim testom** testirana je značajnost razlike između roditelja u kvaliteti veze majka novorođenčeta (PBQ) s obzirom na sociodemografska obilježja. Isto tako testirana je značajnost razlike izraženosti simptoma postporođajne tuge (BQ) s obzirom na sociodemografska obilježja roditelja. **ANOVA** postupkom određen je koeficijent korelacije između mjera obiteljskog funkcioniranja i postporođajne tuge. Postupkom **diskriminativne analize** utvrđen je točan skupni i parcijalni doprinos pojedine varijable obiteljskog funkcioniranja u razlikovanju skupina roditelja s obzirom na kvalitetu odnosa s novorođenčetom. **Višestrukom regresijskom analizom** utvrđen je doprinos prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge na kvalitetu odnosa majke novorođenčeta.

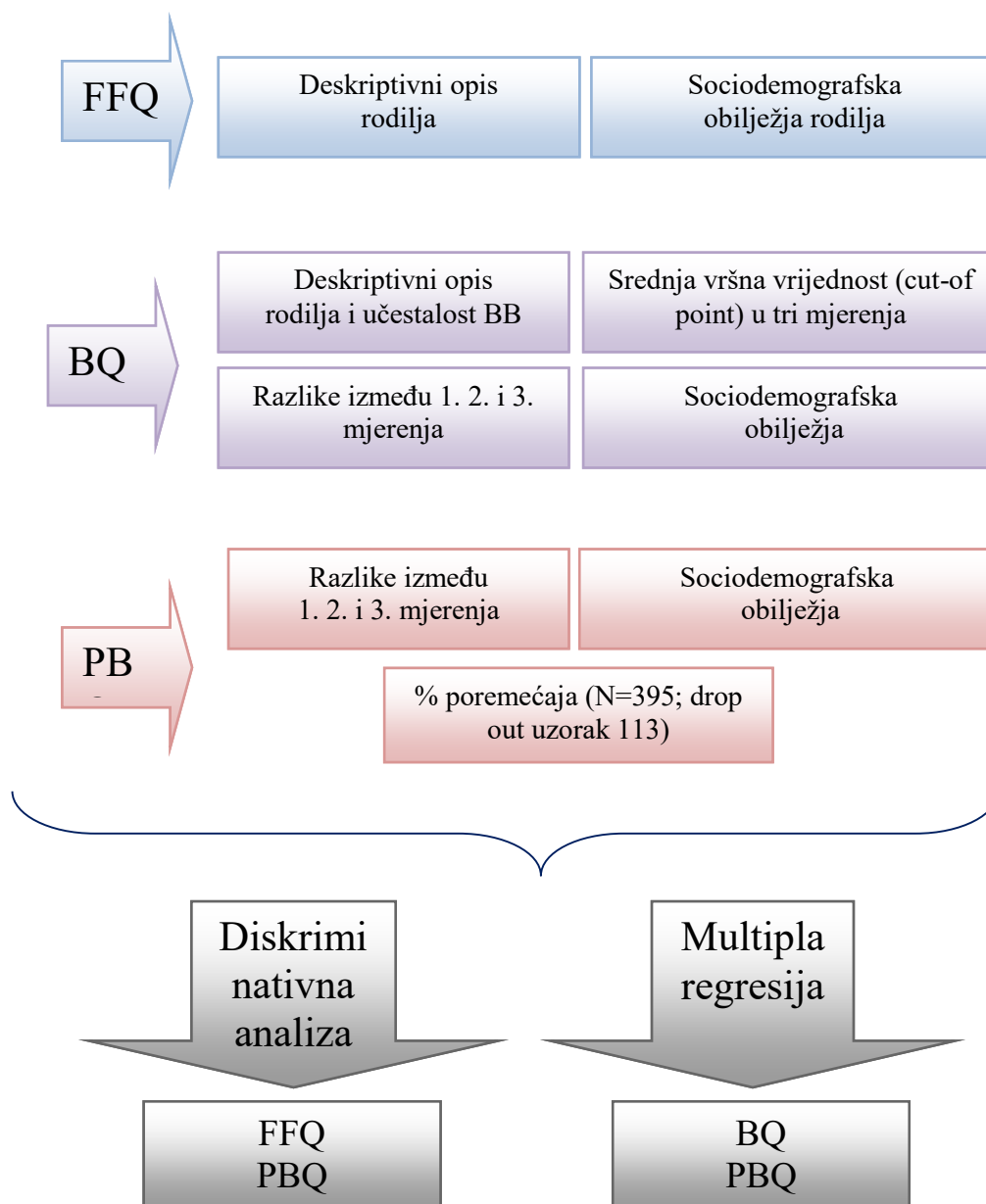
3.3.7. Izvanjska valjanost

Najveći doprinos istraživanja odnosi se na utvrđivanje čimbenika, skupni i parcijalni doprinos pojedinih varijabli obiteljskog funkcioniranja na kvalitetu veze majka novorođenčeta. Velik značaj ima utvrđivanje prediktorskih varijabli postporođajne tuge koje doprinose kvaliteti uspostavljanja veze majka novorođenčeta. Utvrđeni su sociodemografski čimbenici koji utječu na obiteljsko funkcioniranje, izraženost

simptoma postporođajne tuge i kvalitetu odnosa majka dijete. Dobiveni rezultati o učestalosti rođilja koje iskazuju normalan, graničan ili poremećen odnos majka novorođenče, o učestalosti postpartalne tuge i pojedinačnih simptoma postpartalne tuge, prvi su podatci za Hrvatsku o navedenim poremećajima.

4. REZULTATI

4.1. Dijagram analize rezultata



Slika 2. Dijagram analize rezultata

4.2. Kvaliteta odnosa majka dijete

4.2.1. Sociodemografska obilježja i kvaliteta odnosa majka dijete

Značajnost razlika u kvaliteti odnosa majka novorođenčice (PBQ) u jednomjesečno praćenih roditelja s obzirom na sociodemografska obilježja: sastav obitelji, starosna dob majke, status prihoda u odnosu na životne troškove i planiranost trudnoće.

a) Sastav obitelji

Tablica 1. a-b. Testiranje značajnosti razlika u kvaliteti odnosa majka novorođenčice (PBQ) s obzirom na sastav obitelji u jednomjesečno praćenih roditelja

a) dan pred otpust

SASTAV OBITELJI	ODNOS MAJKA - DIJETE			H	P=
	NORMALAN ODNOS (N=226)	GRANIČNI ODNOS (N=78)	PATOLOŠKI ODNOS (N=23)		
1	91	20	10	5,75*	0,05
2	135	58	13		

a) mjesec dana po otpustu

SASTAV OBITELJI	ODNOS MAJKA - DIJETE			H	P=
	NORMALAN ODNOS (N=219)	GRANIČNI ODNOS (N=56)	PATOLOŠKI ODNOS (N=10)		
1	91	19	1	4,73	0,09
2	128	37	9		

Legenda: ¥ - primijenjen je Kruskal-Wallisov test; N – broj ispitanica; H - koeficijent Kruskal-Wallisov testa; P= - razina statističke značajnosti koeficijenta razlike; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Kruskal-Wallisov test pokazuje da postoji statistička značajnost razlike učestalosti (pojavnosti) poremećaja odnosa majka novorođenčice s obzirom na sastav obitelji (proširena, nuklearna) između roditelja s normalnim, graničnim i patološkim odnosom između majke i novorođenčeta dan pred otpust iz bolnice ($p < .05$), tako granični i patološki odnos majka novorođenčice je učestaliji kod roditelja koje žive u nuklearnoj

obitelji, (Tablica 1.a.). Ne postoji statistički značajna razlika učestalosti poremećaja odnosa majka novorođenčeta između roditelja s obzirom na sastav obitelji mjesec dana po otpustu iz bolnice (Tablica 1.b.).

b) Status prihoda u odnosu na životne troškove

Tablica 2. a-b. Testiranje značajnosti razlika u kvaliteti odnosa majka novorođenčeta (PBQ) s obzirom na prihode u odnosu na životne troškove u jednomjesečno praćenih roditelja

a) dan pred otpust iz bolnice					
STATUS PRIHODA U ODNOSU NA ŽIVOTNE TROŠKOVE	ODNOS MAJKA – DIJETE			H	P=
	NORMALAN ODNOS (N=227)	GRANIČNI ODNOS (N=77)	PATOLOŠKI ODNOS (N=23)		
1	179	54	10	14,57***	0,001
2	48	23	13		
b) mjesec dana po otpustu					
STATUS PRIHODA U ODNOSU NA ŽIVOTNE TROŠKOVE	ODNOS MAJKA – DIJETE			H	P=
	NORMALAN ODNOS (N=219)	GRANIČNI ODNOS (N=55)	PATOLOŠKI ODNOS (N=10)		
1	168	39	4	7,13*	0,028
2	51	16	6		

Legenda: ¥ - primijenjen je Kruskal-Wallisov test; N – broj ispitanica; H - koeficijent Kruskal-Wallisov testa; P= - razina statističke značajnosti koeficijenta razlike; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Rezultat Kruskal-Wallisov testa pokazuje da postoji statistički značajna razlika učestalosti (pojavnosti) poremećaja odnosa majka djeteta s obzirom na prihode u odnosu na životne troškove (zadovoljavaju, ne zadovoljavaju) između roditelja s normalnim, graničnim i patološkim odnosom između majke i novorođenčeta dan pred otpust iz bolnice ($p < .001$) (Tablica 2.a.), a isto tako postoji statistički značajna razlika između roditelja mjesec dana po otpustu iz bolnice ($p < .05$) (Tablica 2.b.).

c) Starosna dob majke

Tablica 3. a-b. Testiranje značajnosti razlika u kvaliteti odnosa majka novorođenčeta (PBQ) s obzirom na starosnu dobu jednomjesečno praćenih roditelja

a) dan pred otpust iz bolnice

ODNOS MAJKA - DIJETE					
DOB MAJKE	NORMALAN ODNOS (N=227)	GRANIČNI ODNOS (N=78)	PATOLOŠKI ODNOS (N=23)	H	P=
1	15	4	1		
2	69	30	8	0,73	0,70
3	111	34	10		
4	29	9	4		

b) mjesec dana po otpustu

ODNOS MAJKA - DIJETE					
DOB MAJKE	NORMALAN ODNOS (N=219)	GRANIČNI ODNOS (N=56)	PATOLOŠKI ODNOS (N=10)	H	P=
1	14	1	0		
2	76	13	2	6,63*	0,036
3	100	31	6		
4	27	10	2		

Legenda: ¥ - primijenjen je Kruskal-Wallisov test; N – broj ispitanica; H - koeficijent Kruskal-Wallisov testa; P= - razina statističke značajnosti koeficijenta razlike; * - statistički značajno na razini p<.05; ** - statistički značajno na razini p<.01; *** - statistički značajno na razini p<.001.

Kruskal-Wallisov test pokazuje da ne postoji statistička značajnost razlike učestalosti (pojavnosti) poremećaja odnosa majka novorođenčeta s obzirom na starosnu dob majke između roditelja s normalnim, graničnim i patološkim odnosom između majke i novorođenčeta dan pred otpust iz bolnice (Tablica 3.a.) te ukazuje na statistički značajne razlike između roditelja mjesec dana po otpustu iz bolnice (p<.05) (Tablica 3.b.). Kod majki starijih starosnih skupina (od 29 god. do 36 god., >36 god.) veća je učestalost poremećaja odnosa majka djeteta.

d) Planiranje trudnoće

Tablica 4. a-b. Testiranje značajnosti razlika u kvaliteti odnosa majka novorođenčeta (PBQ) s

obzirom na planiranost trudnoće u jednomjesečno praćenih roditelja

a) dan pred otpust iz bolnice

ODNOS MAJKA – DIJETE					
PLANIRANJE TRUDNOĆE	NORMALAN ODNOS (N=226)	GRANIČNI ODNOS (N=78)	PATOLOŠKI ODNOS (N=23)	H	P=
1	181	63	12	9,80**	0,008
2	45	15	11		

b) mjesec dana po otpustu

ODNOS MAJKA – DIJETE					
PLANIRANJE TRUDNOĆE	NORMALAN ODNOS (N=219)	GRANIČNI ODNOS (N=56)	PATOLOŠKI ODNOS (N=10)	H	P=
1	178	36	6	8,85*	0,012
2	41	20	4		

Legenda: ¥ - primijenjen je Kruskal-Wallisov test; N – broj ispitanica; H - koeficijent Kruskal-Wallisov testa; P= - razina statističke značajnosti koeficijenta razlike; * - statistički značajno na razini $p<.05$; ** - statistički značajno na razini $p<.01$; *** - statistički značajno na razini $p<.001$.

Rezultat Kruskal-Wallisov testa pokazuje da postoji statistički značajna razlika učestalosti (pojavnosti) poremećaja odnosa majka dijete s obzirom na planiranje trudnoće (planirana, neplanirana) između roditelja s normalnim, graničnim i patološkim odnosom između majke i novorođenčeta dan pred otpust iz bolnice ($p<.01$) (Tablica 4.a.), a isto tako postoji statistički značajna razlika između roditelja mjesec dana po otpustu iz bolnice ($p<.05$) (Tablica 4.b.).

4.2.2. Učestalost poremećaja odnosa majka dijete u ispitivanom uzorku

4.2.2.1. Značajnost razlike u kvaliteti odnosa majka-dijete (odnos normalan, graničan ili patološki) tijekom jednomjesečnog praćenja roditelja između tri mjerenja (dan pred otpust, 10. dan po otpustu i mjesec dana po otpustu iz bolnice)

Tablica 5.a. Testiranje značajnosti razlika u procjenama kvalitete odnosa majka dijete (odnos normalan, graničan ili patološki) jednomjesečno praćenih roditelja

MJERENJA	N	W	Z	P=
1. – 2.	325	1488,5	1,95	0,05
2. – 3.	282	772,5	1,05	0,29
1. – 3.	291	1004,0	2,81	0,005

Legenda: ¥ - primijenjen je Wilcoxonov test parova; N – valjani broj ispitanica; W – koeficijent Wilcoxonova testa usklađenih parova; Z – koeficijent značajnosti testa usklađenih parova, z-vrijednost; P= - razina statističke značajnosti koeficijenta razlike.

Dobiveni rezultati Wilcoxonov testa parova ukazuju na postojanje statistički značajne razlike u kvaliteti odnosa majka novorođenčete između prvog i drugog mjerenja ($p < 0,05$); isto tako ukazuju na postojanje statistički značajne razlike u kvaliteti odnosa majka novorođenčete između prvog i trećeg mjerenja ($p < 0,005$); dok razlika u kvaliteti odnosa majka-dijete između drugog i trećeg mjerenja nema statističku značajnost (Tablica 5.a.).

4.2.2.2. Utvrditi udio majki koje pokazuju:

- normalan odnos majka - dijete u prvom, drugom i trećem mjerenju
- granične smetnje odnosa majka - dijete u prvom, drugom i trećem mjerenju
- patološki odnos majka-dijete u prvom, drugom i trećem mjerenju

Tablica 5.b. Učestalost poremećaja odnosa majka-dijete (PBQ) u jednomjesečno praćenih roditelja

ODNOS MAJKA- DIJETE	MJERENJE					
	1. (N=282)		2. (N=282)		3. (N=282)	
	F	%	F	%	F	%
NORMALAN ODNOS	197	69,85	217	76,95	218	77,30
GRANIČNI ODNOS	66	23,40	46	16,31	54	19,14
PATOLOŠKI ODNOS	19	6,73	19	6,71	10	3,54

Legenda: F – frekvencija; % - postotak od uzorka ispitanica u pojedinom mjerenju.

Udio majki koje iskazuju normalan odnos s novorođenčetom u ispitivanom uzorku roditelja (N=282) koje su sudjelovale u sva tri mjerenja je: dan pred otpust iz bolnice 69,85%; 10.

dan po otpustu 76,95% i mjesec dana po otpustu iz bolnice 77,30%. Rezultati ukazuju da se udio roditelja s normalnim odnosom majka novorođenčice povećava u drugom i trećem mjerenju.

Udio majki s graničnim odnosom majka novorođenčice u ispitivanom uzorku roditelja koje su sudjelovale u sva tri mjerenja je: dan pred otpust iz bolnice 23,40%; 10. dan po otpustu 16,31% i mjesec dana po otpustu iz bolnice 19,14%. Udio se smanjuje u drugom mjerenju, a u trećem mjerenju udio je veći u odnosu na drugo mjerenje.

Udio majki s patološkim odnosom majka novorođenčice u ispitivanom uzorku roditelja koje su sudjelovale u sva tri mjerenja je: dan pred otpust iz bolnice 6,73%; 10. dan po otpustu 6,71% i mjesec dana po otpustu iz bolnice 3,54%. U trećem mjerenju udio roditelja je smanjen u odnosu na prvo i drugo mjerenje (Tablica 5.b.).

Ukupni udio roditelja s graničnim i patološkim odnosom majka novorođenčice u prvom mjerenju je 30,13%, u drugom 23,02%, a u trećem mjerenju 22,68%.

Tablica 5.c. Učestalost poremećaja odnosa majka-dijete (PBQ) u drop-out uzorku roditelja

ODNOS MAJKA-DIJETE	MJERENJE	
	Drop-out (N=113)	
	F	%
NORMALAN ODNOS	72	63,71
GRANIČAN ODNOS	30	26,54
PATOLOŠKI ODNOS	11	9,73

Legenda: F – frekvencija; % - postotak od uzorka ispitanica u pojedinom mjerenju.

Dobiveni rezultati frekvencije drop-out uzorka roditelja (N=113) pokazuju: udio roditelja s normalnim odnosom majka novorođenčice je 63,71%; udio roditelja s graničnim odnosom majka novorođenčice je 26,54%; udio roditelja s patološkim odnosom majka novorođenčice je 9,73% (Tablica 5.c.). Ukupni udio roditelja s graničnim i patološkim odnosom majka novorođenčice je 36,23 %

4.3. Mjere obiteljskog funkcioniranja

4.3.1. Deskriptivna obilježja mjera obiteljskog funkcioniranja u ispitivanom uzorku roditelja

Utvrđiti pripadaju li ispitanice s obzirom na iskustvo u obiteljskom funkcioniranju i sociodemografska obilježja istom uzorku (normalizacija distribucije rezultata - uzorak).

Tablica 6. Deskriptivna obilježja mjera obiteljskog funkcioniranja u ispitivanom uzorku roditelja (N=325)

VARIJABLA	AS	SD	M	D * (K-S test)	MIN	MAX	SKEW	KURT
FFQ1	22,09	3,59	22	0,081*	12,00	28,00	-0,36	-0,34
FFQ2	23,46	3,69	24	0,115*	6,00	28,00	-1,11	2,03
FFQ3	17,17	2,57	18	0,134*	8,00	21,00	-0,81	0,28
FFQ4	13,86	2,26	14	0,191*	5,00	16,00	-1,05	0,85
FFQ5	18,02	3,08	20	0,306*	6,00	28,00	-1,60	3,10
FFQ_UKUPNO	94,61	11,83	97	0,086*	48,00	120,00	-0,67	0,54

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; M – medijan; D (K-S test) – koeficijent Kolmogorov-Smirnovljeva testa; * - oznaka značajnosti koeficijenta K-S testa; SKEW – mjera simetričnosti (zakrivljenosti) distribucije; KURT – mjera oblika (zaobljenosti) distribucije.

Dobiveni rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa ukazuju da ispitanice (N=325) s obzirom na mjere obiteljskog funkcioniranja (FFQ) pripadaju istom uzorku, $p < ,05$ te se možebitne razlike mogu pripisati varijabilnosti neke od mjera (subskala) obiteljskog funkcioniranja (Tablica 6.).

4.3.2. Pojedinačni i skupni doprinos mjera obiteljskog funkcioniranja kvaliteti uspostavljene veze majka – novorođenče

Pojedinačni i skupni doprinos mjera obiteljskog funkcioniranja (FFQ1-5) kvaliteti uspostavljene veze majka - novorođenče (PBQ) tijekom jednomjesečnog praćenja.

Tablica 7.a. Pojedinačni i skupni doprinos mjera obiteljskog funkcioniranja (FFQ1-5) kvaliteti veze majka novorođenče (PBQ) procjenjivane dan pred otpust iz bolnice

DF	Λ	Rc	Wilks' lambda	χ^2	SS	P =
1	0,15	0,36	0,84	53,67***	10	0,000
2	0,03	0,16	0,97	8,55	4	0,073
VARIJABLA		Matrica strukture				
		1		2		
	FFQ1	0,40		0,75		
	FFQ2	0,59		0,69		
	FFQ3	0,61		0,39		
	FFQ4	0,72		0,17		
	FFQ5	0,84		-0,16		
ODNOS MAJKA - DIJETE		Centroidi skupina				
		1		2		
	NORMALAN	0,18		0,08		
	GRANIČNI	-0,11		-0,29		
	PATOLOŠKI	-1,33		0,19		

LEGENDA: λ – svojsvena vrijednost diskriminacijske funkcije; Rc – koeficijent kanoničke korelacije; Wilks' lambda – koeficijent Wilksova lambda ($W\lambda$) diskriminacijske funkcije; χ^2 – test značajnosti diskriminacijske funkcije – χ^2 test; *** - razina značajnosti DF od $p < .001$; SS– stupnjevi slobode; P= – razina statističke značajnosti DF (χ^2 -testa).

Postupkom diskriminativne analize utvrđene su statistički značajne razlike među roditeljama s normalnom, graničnom i patološkom vezom majka - novorođenče u mjerama obiteljskog funkcioniranja mjereno dan pred otpust iz bolnice. Te su razlike uočene u jednoj diskriminacijskoj funkciji s koeficijentom kanoničke korelacije $Rc=0,36$ uz uvjet od $SS=10$ (stupnjevi slobode), na razini značajnosti $p < ,001$.

Ova funkcija omogućava razlikovanje roditelja koje iskazuju normalan odnos s novorođenčetom od roditelja koje iskazuju graničan i patološki odnos s novorođenčetom u svim varijablama obiteljskog funkcioniranja: odnos s partnerom ($FFQ5=0,84$), osobna iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji ($FFQ4=0,72$), opseg i kvaliteta socijalnih

kontakata (FFQ3=0,61), pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2=0,59), osnovna briga o novorođenčetu (FFQ1=0,40), Tablica 7.a.

Tablica 7.b. Pojedinačni i skupni doprinosi mjera obiteljskog funkcioniranja (FFQ1-5) kvaliteti veze majka novorođenče (PBQ) procjenjivane 10. dan po otpustu iz bolnice

DF	λ	Rc	Wilks' lambda	χ^2	SS	P =
1	0,16	0,37	0,82	62,16***	10	0,000
2	0,05	0,22	0,95	16,40**	4	0,003
VARIJABLA		Matrica strukture				
		1	2			
FFQ1		0,77	-0,29			
FFQ2		0,73	-0,01			
FFQ3		0,73	-0,54			
FFQ4		0,71	0,23			
FFQ5		0,75	0,26			
ODNOS MAJKA - DIJETE		Centroidi skupina				
		1	2			
NORMALAN		0,21	-0,03			
GRANIČNI		-0,58	0,37			
PATOLOŠKI		-0,99	-0,68			

LEGENDA: λ – svojevrsna vrijednost diskriminacijske funkcije; Rc – koeficijent kanoničke korelacije; Wilks' lambda – koeficijent Wilksova lambda ($W\lambda$) diskriminacijske funkcije; χ^2 – test značajnosti diskriminacijske funkcije – χ^2 test; *** - razina značajnosti DF od $p < .001$; ** - razina značajnosti DF od $p < .01$; SS – stupnjevi slobode; P = – razina statističke značajnosti DF (χ^2 -testa).

Postupkom diskriminativne analize utvrđene su statistički značajne razlike među roditeljama s normalnom, graničnom i patološkom vezom majka - novorođenče u mjerama obiteljskog funkcioniranja mjereno 10. dan po otpustu iz bolnice. Jedna diskriminacijska funkcija s koeficijentom kanoničke korelacije $Rc=0,37$ uz uvjet od $SS=10$ (stupnjevi slobode), na razini signifikantnosti $p < ,001$.

Ova funkcija omogućava razlikovanje roditelja koje iskazuju normalan odnos s novorođenčecom od roditelja koje iskazuju graničan i patološki odnos s novorođenčecom u svim varijablama obiteljskog funkcioniranja: osnovna briga o novorođenčetu (FFQ1=0,77), odnos s partnerom (FFQ5=0,75), pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2=0,73), opseg i kvaliteta socijalnih kontakata (FFQ3=0,73), osobna iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4=0,71).

Druga diskriminacijska funkcija ukazuje na postojanje statistički značajnih razlika među roditeljama s normalnim, graničnim i patološkim odnosom majka i novorođenče u

izraženosti mjera obiteljskog funkcioniranja mjereno 10. dan po otpustu iz bolnice. Koeficijent kanoničke korelacije iznosi $R_c=0,22$ uz uvjet od $SS=4$ (stupnjevi slobode), značajna na razini signifikantnosti $p<,01$.

Ova funkcija značajno dijeli skupinu roditelja koje iskazuju patološki odnos s novorođenčetom od druge dvije skupine roditelja. Rodilje koje iskazuju patološki odnos s novorođenčetom imaju smanjen opseg i kvalitetu socijalnih kontakata ($FFQ3=-0,54$) i poteškoće u skrbi (osnovna briga) o novorođenčetu ($FFQ1=-0,29$).

Rodilje s graničnim smetnjama odnosa s novorođenčetom imaju izražene poteškoće najviše u odnosu s partnerom ($FFQ5=0,26$) i slabija osobna iskustva u primarnoj obitelji roditelja ($FFQ4=0,23$), Tablica 7.b.

Tablica 7.c. Pojedinačni i skupni doprinos mjera obiteljskog funkcioniranja (FFQ1-5) kvaliteti veze majka novorođenče (PBQ) procjenjivane mjesec dana po otpustu iz bolnice

DF	λ	Rc	Wilks' lambda	χ^2	SS	P =
1	0,15	0,36	0,83	51,38***	10	0,000
2	0,04	0,21	0,96	12,11*	4	0,017
VARIJABLA		Matrica strukture				
		1		2		
	FFQ1	0,68		0,62		
	FFQ2	0,82		0,19		
	FFQ3	0,70		-0,30		
	FFQ4	0,76		-0,18		
	FFQ5	0,55		0,18		
ODNOS MAJKA - DIJETE		Centroidi skupina				
		1		2		
	NORMALAN	0,19		0,05		
	GRANIČNI	-0,50		-0,33		
	PATOLOŠKI	-1,43		0,77		

LEGENDA: λ – svojtvena vrijednost diskriminacijske funkcije; Rc – koeficijent kanoničke korelacije; Wilks' lambda – koeficijent Wilksova lambda ($W\lambda$) diskriminacijske funkcije; χ^2 – test značajnosti diskriminacijske funkcije – χ^2 test; *** - razina značajnosti DF od $p<.001$; *- razina značajnosti DF od $p<.05$; SS– stupnjevi slobode; P= – razina statističke značajnosti DF (χ^2 -testa).

Postupkom diskriminativne analize utvrđene su statistički značajne razlike među roditeljama s normalnom, graničnom i patološkom vezom majka - novorođenče u mjerama obiteljskog funkcioniranja mjesec dana po otpustu iz bolnice i to u dvije diskriminacijske funkcije. Jedna diskriminacijska funkcija s koeficijentom kanoničke korelacije $R_c=0,36$ uz uvjet od $SS=10$ (stupnjevi slobode), značajna je na razini $p<,001$. Ova funkcija

značajno dijeli skupinu roditelja koje iskazuju normalan odnos s novorođenčeta u odnosu na ostale dvije skupine roditelja. Normalnom odnosu roditelje prema novorođenčeta doprinose sve mjere uspješnog obiteljskog funkcioniranja pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2=0,82), osobna iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4=0,76), opseg i kvaliteta socijalnih kontakata (FFQ3=0,70), osnovna briga o novorođenčeta (FFQ1=0,68), odnos s partnerom (FFQ5=0,55).

Druga diskriminativna funkcija pokazuje postojanje statistički značajnih razlika između skupina roditelja s normalnim, graničnim i patološkim odnosom između majke i novorođenčeta u izraženosti mjera obiteljskog funkcioniranja mjereno mjesec dana po otpustu iz bolnice s koeficijentom kanoničke korelacije $R_c=0,21$ uz uvjet od $SS=4$ (stupnjevi slobode), na razini značajnosti $p<,05$.

Ova funkcija značajno dijeli skupinu roditelja koje iskazuju patološki odnos s novorođenčeta u odnosu na ostale dvije skupine roditelja. Roditelji koje iskazuju patološki odnos s novorođenčeta imaju poteškoće u skrbi (osnovna briga) o novorođenčeta (FFQ1=0,62), Tablica 7.c.

Roditelji koje iskazuju granične smetnje u odnosu s novorođenčeta imaju smanjen opseg i kvalitetu socijalnih kontakata (FFQ3=-0,30).

4.3.3. Sociodemografska obilježja i obiteljsko funkcioniranje

Utvrđivanje razlika između ispitanica u procjeni ukupnog obiteljskog funkcioniranja (Ukupni rezultat 6 subskala FFQ) s obzirom na sociodemografska obilježja: status prihoda u odnosu na životne troškove, stambeno pitanje (riješeno, neriješeno), sastav obitelji, broj djece.

a) Prihodi u odnosu na životne troškove

Tablica 8. Testiranje razlika u procjeni parametara obiteljskog funkcioniranja između roditelja s obzirom na omjer prihoda i životnih troškova roditelja

VARIJABLA	STATUS PRIHODA U ODNOSU NA ŽIVOTNE TROŠKOVE				t-test	P
	1		2			
	(N=241)		(N=84)			
	AS	SD	AS	SD		
FFQ1	22,48	3,56	20,99	3,48	3,32	0,001***
FFQ2	23,72	3,72	22,70	3,54	2,19	0,029*
FFQ3	17,48	2,34	16,29	2,98	3,73	0,000***
FFQ4	14,19	2,06	12,93	2,54	4,54	0,000***
FFQ5	18,25	2,86	17,35	3,61	2,30	0,022*
FFQ_UKUPNO	96,12	11,42	90,26	11,96	4,00	0,000***

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Dobiveni rezultati testiranja značajnosti razlika ukazuju da postoji značajna razlika u procjeni parametara obiteljskog funkcioniranja u odnosu na omjer prihoda i životnih troškova roditelja (zadovoljavajući, nezadovoljavajući) s obzirom na: osnovnu brigu o novorođenčetu (FFQ1), $p < .001$, pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2), $p < .05$, opseg i kvaliteta socijalnih kontakata (FFQ3), $p < .001$, osobna iskustva roditelja u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4), $p < .001$, odnosi s partnerom (FFQ5), $p < .05$ i ukupno obiteljsko funkcioniranje_FFQ_ukupno), $p < .001$ (Tablica 8.).

b) Stambeno pitanje

Tablica 9. Testiranje razlika u procjeni parametara obiteljskog funkcioniranja između roditelja s obzirom na (ne) riješeno stambeno pitanje roditelje

VARIJABLA	STAMBENO PITANJE				t-test	P
	1 (N=263)		2 (N=62)			
	AS	SD	AS	SD		
FFQ1	22,39	3,49	20,82	3,75	3,14	0,002**
FFQ2	23,65	3,53	22,65	4,25	1,94	0,054
FFQ3	17,33	2,49	16,48	2,80	2,35	0,019*
FFQ4	14,02	2,24	13,23	2,26	2,50	0,013*
FFQ5	18,19	2,91	17,30	3,69	2,06	0,040*
FFQ_UKUPNO	95,58	11,34	90,48	13,02	3,09	0,002**

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Dobiveni rezultati testiranja značajnosti razlika ukazuju da postoje statistički značajne razlike u obiteljskom funkcioniranju između roditelja s riješenim (N=263) i neriješenim stambenim pitanjem (N=62) s obzirom na: osnovnu brigu o novorođenčetu (FFQ1), $p < .01$, opseg i kvaliteta socijalnih kontakata (FFQ3), $p < .05$, osobna iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4), $p < .05$, odnose s partnerom (FFQ5), $p < .05$, ukupno obiteljsko funkcioniranje (FFQ_ukupno), $p < .01$. Postoji i tendencija prema statističkoj značajnosti razlika u stambenom zbrinjavanju i pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2), $p = .054$ (Tablica 9.).

c) Sastav obitelji

Tablica 10. Testiranje značajnosti razlika na ljestvici obiteljskog funkcioniranja između roditelja s obzirom na sastav obitelji u kojoj živi roditelj (proširena ili nuklearna)

VARIJABLA	SASTAV OBITELJI				t-test	P
	1		2			
	(N=119)		(N=206)			
	AS	SD	AS	SD		
FFQ1	22,33	3,52	21,96	3,63	0,90	0,37
FFQ2	23,85	3,96	23,23	3,52	1,45	0,15
FFQ3	17,66	2,54	16,88	2,55	2,66	0,008**
FFQ4	14,42	1,93	13,54	2,37	3,43	0,001***
FFQ5	18,09	3,21	17,99	3,02	0,30	0,76
FFQ_UKUPNO	96,34	11,72	93,60	11,80	2,02	0,044*

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Dobiveni rezultati testiranja značajnosti razlika ukazuju na statistički značajne razlike između roditelja koje žive u proširenoj ili nuklearnoj obitelji s obzirom na neke parametre obiteljskog funkcioniranja kao što su: opseg i kvaliteta socijalnih kontakata (FFQ3), $p < .01$; osobna iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4), $p < .001$, kao i ukupno obiteljsko funkcioniranje (FFQ_ukupno), $p < .05$ (Tablica 10.).

d) Broj djece

Tablica 11. Analiza varijance parametara obiteljskog funkcioniranja između roditelja s obzirom na broj djece roditelje

VARIJABLA	BROJ DJECE								F	P=
	1		2		3		4			
	(N=150)		(N=108)		(N=52)		(N=15)			
	AS	SD	AS	SD	AS	SD	AS	SD		
FFQ1	21,61	3,93	22,56	3,20	22,65	3,20	21,60	3,56	2,08	0,10
FFQ2	22,69	4,37	24,34	2,81	24,04	2,80	22,73	3,01	5,01	0,002**
FFQ3	17,53	2,49	16,81	2,73	17,23	2,30	15,87	2,56	3,04	0,029*
FFQ4	14,24	2,20	13,94	1,97	12,87	2,66	13,07	2,22	5,67	0,001***
FFQ5	18,19	3,12	18,02	2,77	17,52	3,59	18,13	2,97	0,62	0,60
FFQ_UKUPNO	94,26	13,05	95,68	10,71	94,31	10,61	91,40	10,84	0,71	0,54

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; P= – razina statističke značajnosti; * – statistički značajna razlika.

Dobiveni rezultati analize varijance ukazuju na postojanje razlika u obiteljskom funkcioniranju između roditelja u odnosu na broj djece i to s obzirom na: pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2), $p < .01$, opseg i kvalitetu socijalnih kontakata (FFQ3), $p < .05$ i osobna iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4), $p < .001$ (Tablica 11.).

POST-HOC ANALIZA RAZLIKA

Tablica 11.a. Testiranje post hoc razlika između pojedinih skupina roditelja s različitim brojem djece s obzirom na pripremljenost roditelja za odgojne zadatke (FFQ2)

FFQ2	AS	ISPITANICE*			
		SKUPINA 1	SKUPINA 2	SKUPINA 3	SKUPINA 4
SKUPINA 1	22,69		0,000	0,022	0,97
SKUPINA 2	24,34	0,000		0,62	0,11
SKUPINA 3	24,04	0,022	0,62		0,22
SKUPINA 4	22,73	0,97	0,11	0,22	

Legenda:* – prikazane su razine statističke značajnosti razlika izračunate Fisherovim *testom najmanjih razlika* (eng. *LSD test – Least Significant Difference test*); AS – aritmetička sredina skupine ispitanika.

Dobiveni rezultati post hoc analize razlika (Fisherov test) ukazuju na statističke značajne razlike u pripremljenosti roditelja za odgojne zadatke (FFQ2) između skupine roditelja s jednim djetetom sa skupinama roditelja s dvoje i s troje djece (Tablica 11.a.).

Tablica 11.b. Testiranje post hoc razlika između pojedinih skupina roditelja s različitim brojem djece s obzirom na opseg i kvalitetu socijalnih kontakata (FFQ3),

FFQ3	AS	ISPITANICE*			
		SKUPINA 1	SKUPINA 2	SKUPINA 3	SKUPINA 4
SKUPINA 1	17,53		0,026	0,46	0,016
SKUPINA 2	16,81	0,026		0,33	0,18
SKUPINA 3	17,23	0,46	0,33		0,07
SKUPINA 4	15,87	0,016	0,18	0,07	

Legenda: * – prikazane su razine statističke značajnosti razlika izračunate Fisherovim *testom najmanjih razlika* (eng. *LSD test – Least Significant Difference test*); AS – aritmetička sredina skupine ispitanika.

Dobiveni rezultati post hoc analize razlika (Fisherov test) ukazuju na statistički značajne razlike u opsegu i kvaliteti socijalnih kontakata (FFQ3), između skupine roditelja s jednim djetetom u odnosu na skupine roditelja s dvoje i skupine roditelja s četvero i više djece (Tablica 11.b.).

Tablica 11.c. Testiranje post hoc razlika između pojedinih skupina roditelja s različitim brojem djece s obzirom na iskustva roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4)

FFQ4	AS	ISPITANICE*			
		SKUPINA 1	SKUPINA 2	SKUPINA 3	SKUPINA 4
SKUPINA 1	14,24		0,28	0,000	0,051
SKUPINA 2	13,94	0,28		0,004	0,15
SKUPINA 3	12,87	0,000	0,004		0,76
SKUPINA 4	13,07	0,051	0,15	0,76	

Legenda: * – prikazane su razine statističke značajnosti razlika izračunate Fisherovim *testom najmanjih razlika* (eng. *LSD test – Least Significant Difference test*); AS – aritmetička sredina skupine ispitanika.

Dobiveni rezultati post hoc analize razlika (Fisherov test) ukazuju na statistički značajne razlike u iskustvima roditelja u njezinoj primarnoj obitelji (FFQ4) između skupine roditelja s jednim djetetom u odnosu na skupinu roditelja s troje djece. Tako se statistički značajno razlikuju u iskustvima u primarnoj obitelji i skupine roditelja s dvoje od skupine roditelja s troje djece (Tablica 11.c.).

4.4. Mjere postporođajne tuge

4.4.1. Utvrđivanje dijagnostičkih kriterija težine postporođajne tuge

Određivanje ukupne srednje vršne vrijednosti (cut-off point) kao kriterije za određenje težine poremećaja postporođajne tuge u jednomjesečno praćenih roditelja (tri mjerenja)

Tablica 12.a. Određivanje srednje vršne vrijednosti (cut-off point) izraženosti simptoma postporođajne tuge

	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.	Skewness	Kurtosis
UK. BQ_1 simptomi	392	5,03	3	0	26	5,28	1,41	1,60
UK. BQ_2 simptomi	323	3,32	2	0	24	4,22	2,41	7,00
UK. BQ_3 simptomi	289	3,12	2	0	21	3,83	2,15	5,30

Utvrđen je najveći rezultat za svako od tri mjerenja postporođajne tuge. U našoj skupini srednji vršni rezultat u prvom mjerenju je 5,03; u drugom mjerenju 3,32 i u trećem mjerenju 3,12 (Tablica 12.a.).

4.4.2. Osobitosti postporođajne tuge roditelja

Utvrđivanje osobitosti kliničke slike postporođajne tuge (deskriptivno) mjerene BQ u prvom mjerenju (N=392)

Tablica 12.b. Deskriptivna obilježja i učestalosti kliničke slike postporođajne tuge(BQ) u roditelja dan pred otpust iz rodilišta (1. mjerenje) (N=392)

VARIJABLA	AS	SD	M	D * (K-S test)	MIN	MAX	SKEW	KURT	BEZ SIMPTOMA BQ (%)	% DIJAGN. KRITERIJ DA
BQ1.1	1,63	1,58	1	0,198*	0	6	0,95	0,33	30,10	13,01% (>3)
BQ2.1	0,26	0,55	0	0,469*	0	3	2,45	6,65	79,08	5,57% (>1,5)
BQ3.1	0,85	1,26	0	0,358*	0	4	1,28	0,33	60,71	15,05% (>2)
BQ4.1	0,97	1,23	1	0,254*	0	5	1,42	1,57	46,68	12,76% (>2,5)
BQ5.1	0,30	0,62	0	0,455*	0	3	2,36	5,81	77,04	5,10% (>1,5)
BQ6.1	0,51	0,71	0	0,374*	0	3	1,12	0,19	60,97	11,48% (>1,5)
BQ7.1	0,52	0,87	0	0,400*	0	3	1,64	1,70	67,60	13,52% (>1,5)
UKUPNO BQ_1	5,03	5,28	3	0,187*	0	26	1,41	1,60	16,84	33,67% (>5,03)

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; M – medijan; D (K-S test) – koeficijent Kolmogorov-Smirnovljeva testa; * - oznaka značajnosti koeficijenta K-S testa; SKEW – mjera simetričnosti (zakrivljenosti) distribucije; KURT – mjera oblika (zaobljenosti) distribucije;

Dobiveni rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa ukazuju da ispitanice (N=392) dan pred otpust iz bolnice (1. mjerenje), s obzirom na mjere postporođajne tuge pripadaju istom uzorku, $p < 0,05$ te se možebitne razlike mogu pripisati varijabilnosti simptoma mjera (subskala) postporođajne tuge kod roditelja.

Frekvencija prisutnosti simptoma teškog poremećaja postporođajne tuge (ukupno BQ) koji zadovoljavaju dijagnostički kriterij, u prvom mjerenju je 33,67%, a ukupni cut-off iznosi $> 5,03$. Najizraženiji simptom je preosjetljivost (15,05%), smanjeno samopouzdanje (13,67%), primarna tuga (13,01%), depresija (12,76%) i usporenost (11,48%) (Tablica 12.b.).

4.4.3. Razlika u izraženosti simptoma postporođajne tuge između tri mjerenja

Utvrđivanje postojanje razlika u izraženosti simptoma postporođajne tuge tijekom jednomjesečnog mjerenja (tri procjene) u ispitanica koje su sudjelovale u sva tri mjerenja (N=279)

Tablica 12.c. Testiranje značajnost razlika u izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) tijekom jednomjesečno praćenih roditelja (N=279)

VARIJABLA	1.		2.		3.		Razlika* 1. - 2. mjerjenje	Razlika* 2. - 3. mjerjenje	Ukupna razlika* 1. - 3. mjerjenje
	AS	SD	AS	SD	AS	SD			
BQ1	1,62	1,55	1,01	1,29	0,97	1,23	0,000***	0,66	0,000***
BQ2	0,27	0,57	0,19	0,45	0,18	0,42	0,044*	0,73	0,017*
BQ3	0,86	1,30	0,51	1,02	0,49	0,95	0,000***	0,76	0,000***
BQ4	0,99	1,32	0,75	0,95	0,65	0,85	0,002**	0,07	0,000***
BQ5	0,29	0,63	0,15	0,43	0,19	0,49	0,001***	0,25	0,020*
BQ6	0,47	0,68	0,38	0,68	0,35	0,60	0,026*	0,48	0,007**
BQ7	0,52	0,86	0,27	0,67	0,26	0,63	0,000***	0,86	0,000***
UKUPNI BQ	5,02	5,24	3,25	4,12	3,09	3,86	0,000***	0,46	0,000***

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Postoji značajna razlika u mjerama postporođajne tuge između prvog i drugog mjerenja u izraženosti simptoma: primarne tuge, $p < ,001$; nemogućnost ekspresije emocija, emocionalna tupost, $p < ,05$; preosjetljivost, hipersenzitivnost, $p < ,001$; depresija, $p < ,01$; očaj, potištenost, beznade, $p < ,001$; usporenost, $p < ,05$; smanjeno samopouzdanje, $p < ,001$; ukupno izraženost svih simptoma postporođajne tuge, $p < ,001$.

U razdoblju između drugog i trećeg mjerenja nema značajnih promjena u mjerama postporođajne tuge.

Simptomi postporođajne tuge nakon mjesec dana po otpustu iz bolnice značajno se razlikuje u izraženosti simptoma kakvim ih je majka procijenila u bolnici, i to u mjerama: primarne tuge, $p < ,001$; nemogućnost ekspresije emocija, emocionalna tupost, $p < ,05$; preosjetljivost, hipersenzitivnost, $p < ,001$; depresija, $p < ,001$; očaj, potištenost, beznade, $p < ,001$; usporenost, $p < ,01$; smanjeno samopouzdanje, $p < ,001$; ukupno izraženost svih simptoma postporođajne tuge, $p < ,001$ (Tablica 12.c.).

4.4.4. Sociodemografska obilježja roditelja i postporođajna tuga

Utvrđivanje razlika između subskala postporođajne tuge (BQ) sa sociodemografskim obilježjima roditelja i osobitosti poroda u jednomjesečno praćenih roditelja (tri mjerenja): stambeno pitanje (riješeno, neriješeno), omjer prihoda u odnosu na životne troškove, planiranje trudnoće, komplikacije u porodu, vrsta poroda i Apgar procjena djeteta.

a) Stambeno pitanje

Tablica 13. a-b. Testiranje značajnosti razlika u izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) između roditelja s obzirom na stambeno pitanje roditelja (riješeno, neriješeno)

a) dan pred otpust						
VARIJABLA	STAMBENO PITANJE				t-test	P
	1 (N=227)		2 (N=52)			
	AS	SD	AS	SD		
BQ1.1	1,56	1,52	1,88	1,65	-1,37	0,17
BQ2.1	0,26	0,58	0,33	0,55	-0,76	0,45
BQ3.1	0,81	1,28	1,08	1,40	-1,36	0,18
BQ4.1	0,96	1,19	1,12	1,35	-0,82	0,41
BQ5.1	0,29	0,66	0,33	0,47	-0,42	0,68
BQ6.1	0,46	0,67	0,54	0,73	-0,77	0,44
BQ7.1	0,48	0,84	0,65	0,90	-1,29	0,20

b) mjesec dana po otpustu						
VARIJABLA	STAMBENO PITANJE				t-test	P
	1 (N=227)		2 (N=52)			
	AS	SD	AS	SD		
BQ1.3	0,89	1,15	1,37	1,47	-2,57*	0,011
BQ2.3	0,18	0,41	0,21	0,46	-0,56	0,58
BQ3.3	0,41	0,87	0,85	1,18	-3,01**	0,003
BQ4.3	0,58	0,80	0,92	1,01	-2,66**	0,008
BQ5.3	0,16	0,45	0,31	0,64	-1,94	0,053
BQ6.3	0,36	0,59	0,31	0,61	0,52	0,60
BQ7.3	0,25	0,61	0,27	0,72	-0,15	0,88

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < .05$; ** - statistički značajno na razini $p < .01$; *** - statistički značajno na razini $p < .001$.

Ne postoji značajna razlika u varijanci rezultata mjera postporođajne tuge u skupinama roditelja s obzirom na (ne)riješeno stambeno pitanje dan pred otpust iz bolnice (Tablica 13.a.).

Postoji značajna razlika u izraženosti simptoma primarne tuge ($p < ,05$), hipersenzitivnosti ($p < ,01$) i depresije ($p < ,01$), s obzirom na (ne)riješeno stambeno pitanje između roditelja mjesec dana po otpustu. Isto tako postoji tendencija statističke značajnosti simptoma potištenosti ($p < ,053$). Ti simptomi manje su izraženi u roditelja s riješenim stambenim pitanjem (Tablica 13.b.).

b) Prihodi u odnosu na životne troškove

Tablica 14. a-b. Testiranje značajnosti razlika u izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) između roditelja s obzirom na prihode u odnosu na životne troškove

a) dan pred otpust						
VARIJABLA	STATUS PRIHODA U ODNOSU NA ŽIVOTNE TROŠKOVE				t-test	P
	1 (N=207)		2 (N=72)			
	AS	SD	AS	SD		
BQ1.1	1,48	1,49	2,03	1,64	-2,63**	0,009
BQ2.1	0,25	0,51	0,35	0,72	-1,29	0,20
BQ3.1	0,78	1,22	1,07	1,50	-1,62	0,11
BQ4.1	0,88	1,12	1,31	1,45	-2,57*	0,011
BQ5.1	0,27	0,63	0,36	0,61	-1,05	0,29
BQ6.1	0,48	0,67	0,44	0,69	0,42	0,68
BQ7.1	0,46	0,84	0,67	0,89	-1,74	0,08

b) mjesec dana po otpustu						
VARIJABLA	STATUS PRIHODA U ODNOSU NA ŽIVOTNE TROŠKOVE				t-test	P
	1 (N=207)		2 (N=72)			
	AS	SD	AS	SD		
BQ1.3	0,82	1,07	1,43	1,51	-3,74***	0,000
BQ2.3	0,17	0,40	0,22	0,48	-0,93	0,35
BQ3.3	0,40	0,86	0,76	1,14	-2,84**	0,005
BQ4.3	0,56	0,77	0,88	1,02	-2,71**	0,007
BQ5.3	0,13	0,40	0,36	0,66	-3,52***	0,000
BQ6.3	0,32	0,57	0,43	0,67	-1,39	0,17
BQ7.3	0,20	0,52	0,43	0,85	-2,73**	0,007

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < ,05$; ** - statistički značajno na razini $p < ,01$; *** - statistički značajno na razini $p < ,001$.

Postoji značajna razlika u izraženosti mjera primarne tuge ($p < ,01$), depresije ($p < ,05$) te tendencija prema statističkoj značajnosti u mjeri smanjeno samopouzdanje ($p < ,08$), s

obzirom na prihode u odnosu na životne troškove između roditelja dan pred otpust iz bolnice (Tablica 14.a.).

Postoji značajna razlika u izraženosti mjera primarne tuge ($p < ,001$), preosjetljivost, hipersenzitivnost ($p < ,01$), depresije ($p < ,01$), potištenost, beznađe ($p < ,001$), smanjeno samopouzdanje ($p < ,01$), s obzirom na prihode u odnosu na životne troškove između roditelja mjesec dana po otpustu iz bolnice (Tablica 14.b.).

c) Planiranje trudnoće

Tablica 15. a-b. Testiranje značajnosti razlika u izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) između roditelja s obzirom na planiranje trudnoće

a) dan pred otpust						
VARIJABLA	PLANIRANA TRUDNOĆA				t-test	P
	1 (N=214)		2 (N=64)			
	AS	SD	AS	SD		
BQ1.1	1,56	1,56	1,83	1,49	-1,21	0,23
BQ2.1	0,24	0,52	0,39	0,73	-1,87	0,06
BQ3.1	0,82	1,28	1,00	1,38	-0,98	0,33
BQ4.1	0,98	1,22	1,02	1,25	-0,20	0,84
BQ5.1	0,28	0,62	0,34	0,65	-0,71	0,48
BQ6.1	0,47	0,68	0,48	0,67	-0,13	0,90
BQ7.1	0,50	0,84	0,59	0,92	-0,81	0,42
b) mjesec dana po otpustu						
VARIJABLA	PLANIRANA TRUDNOĆA				t-test	P
	1 (N=214)		2 (N=64)			
	AS	SD	AS	SD		
BQ1.3	0,90	1,13	1,22	1,50	-1,82	0,07
BQ2.3	0,18	0,43	0,19	0,39	-0,10	0,92
BQ3.3	0,43	0,89	0,69	1,11	-1,89	0,06
BQ4.3	0,55	0,76	0,94	1,07	-3,22***	0,001
BQ5.3	0,14	0,42	0,33	0,64	-2,67**	0,008
BQ6.3	0,33	0,58	0,41	0,66	-0,89	0,37
BQ7.3	0,22	0,57	0,38	0,81	-1,69	0,09

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < ,05$; ** - statistički značajno na razini $p < ,01$; *** - statistički značajno na razini $p < ,001$.

Postoji tendencija statističke značajnosti u izraženosti mjere emocionalne tuposti, nemogućnosti ekspresije emocija ($p < ,006$), između roditelja s obzirom na planiranje trudnoće dan pred otpust iz bolnice (Tablica 15.a.).

Postoji statistički značajna razlika između roditelja u izraženosti simptoma depresije ($p < ,001$), potištenosti, beznada ($p < ,01$), mjesec dana po otpustu s obzirom na planiranje trudnoće. Isto tako postoji tendencija prema značajnosti u mjerama primarne tuge ($p < ,07$), preosjetljivost ($p < ,06$), smanjeno samopouzdanje ($p < ,09$) (Tablica 15.b.).

d) Komplikacije u porodu

Tablica 16. a-b. Testiranje značajnosti razlika u izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) između roditelja s obzirom na komplikacije u porodu

a) dan pred otpust							
VARIJABLA	KOMPLIKACIJE U PORODU				t-test	P	
	1 (N=38)		2 (N=241)				
	AS	SD	AS	SD			
BQ1.1	2,00	1,86	1,56	1,49	1,64	0,10	
BQ2.1	0,37	0,75	0,26	0,54	1,11	0,27	
BQ3.1	1,13	1,53	0,81	1,26	1,40	0,16	
BQ4.1	1,13	1,60	0,97	1,16	0,77	0,44	
BQ5.1	0,66	0,99	0,24	0,53	3,94***	0,000	
BQ6.1	0,63	0,75	0,45	0,66	1,56	0,12	
BQ7.1	0,87	1,86	0,46	0,81	2,76**	0,006	

b) mjesec dana po otpustu							
VARIJABLA	KOMPLIKACIJE U PORODU				t-test	P	
	1 (N=38)		2 (N=241)				
	AS	SD	AS	SD			
BQ1.3	1,05	1,37	0,96	1,20	0,42	0,68	
BQ2.3	0,21	0,53	0,18	0,40	0,45	0,66	
BQ3.3	0,58	1,08	0,48	0,93	0,60	0,55	
BQ4.3	0,61	0,97	0,65	0,83	-0,29	0,77	
BQ5.3	0,21	0,47	0,19	0,49	0,29	0,77	
BQ6.3	0,32	0,53	0,35	0,61	-0,34	0,73	
BQ7.3	0,34	0,81	0,24	0,60	0,89	0,37	

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; * - statistički značajno na razini $p < ,05$; ** - statistički značajno na razini $p < ,01$; *** - statistički značajno na razini $p < ,001$.

Postoji statistički značajna razlika između roditelja u izraženosti simptoma potištenosti ($p < ,001$) i smanjeno samopouzdanje ($p < ,01$) s obzirom na komplikacije u porodu dan pred otpust iz bolnice (Tablica 16.a.).

Ne postoji statistički značajna razlika u izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) između roditelja s obzirom na komplikacije u porodu mjesec dana po otpustu (Tablica 16.

b.).

e) Vrsta poroda

Tablica 17. a-b. Analiza varijance izraženosti mjera postporodajne tuge (BQ) u skupinama roditelja s različitim vrstom poroda

a) dan pred otpust									
VARIJABLA	VRSTA PORODA						F	P=	
	1		2		3				
	(N=155)		(N=70)		(N=54)				
	AS	SD	AS	SD	AS	SD			
BQ1.1	1,43	1,49	1,87	1,50	1,83	1,70	2,62	0,07	
BQ2.1	0,24	0,57	0,26	0,44	0,39	0,71	1,41	0,25	
BQ3.1	0,77	1,19	1,00	1,45	0,93	1,39	0,86	0,42	
BQ4.1	0,90	1,17	0,97	1,09	1,28	1,50	1,96	0,14	
BQ5.1	0,19	0,51	0,46	0,72	0,39	0,76	5,38**	0,005	
BQ6.1	0,45	0,67	0,51	0,72	0,48	0,67	0,21	0,81	
BQ7.1	0,43	0,77	0,66	0,98	0,57	0,90	1,83	0,16	

b) mjesec dana po otpustu									
VARIJABLA	VRSTA PORODA						F	P=	
	1		2		3				
	(N=155)		(N=70)		(N=54)				
	AS	SD	AS	SD	AS	SD			
BQ1.3	0,99	1,26	1,14	1,29	0,72	1,00	1,82	0,16	
BQ2.3	0,21	0,44	0,08	0,28	0,22	0,50	2,58	0,08	
BQ3.3	0,50	0,96	0,56	1,04	0,37	0,81	0,65	0,52	
BQ4.3	0,63	0,90	0,72	0,81	0,57	0,77	0,47	0,63	
BQ5.3	0,20	0,54	0,17	0,45	0,19	0,39	0,10	0,91	
BQ6.3	0,39	0,64	0,31	0,58	0,28	0,49	0,85	0,43	
BQ7.3	0,29	0,70	0,18	0,52	0,26	0,56	0,70	0,50	

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; P= – razina statističke značajnosti; * – statistički značajna razlika.

Postoji značajna razlika između roditelja u izraženosti simptoma potištenosti ($p < ,01$) u skupinama roditelja s različitim vrstom poroda dan pred otpust iz bolnice (Tablica 17.a.).

Postoji tendencija prema statističkoj značajnosti u mjeri emocionalna tupost, nemogućnost ekspresije emocija ($p < ,08$) u skupinama roditelja s različitim vrstom poroda mjesec dana po otpustu (Tablica 17.b.).

f) Apgar procjena

Tablica 18. a-b. Analiza varijance izraženosti mjera postporođajne tuge (BQ) u skupinama roditelja s djecom različite Apgar procjene

a) dan pred otpust									
VARIJABLA	APGAR PROCJENA						F	P=	
	1+2		3		4				
	(N=10)		(N=30)		(N=228)				
	AS	SD	AS	SD	AS	SD			
BQ1.1	2,90	1,91	1,16	1,44	1,63	1,50	5,02**	0,007	
BQ2.1	0,50	0,97	0,32	0,70	0,25	0,51	1,10	0,34	
BQ3.1	1,60	1,78	0,42	0,92	0,88	1,29	3,55*	0,030	
BQ4.1	1,60	1,71	0,90	1,11	0,97	1,21	1,34	0,26	
BQ5.1	1,20	1,32	0,13	0,34	0,28	0,59	12,15***	0,000	
BQ6.1	0,40	0,70	0,39	0,56	0,50	0,70	0,43	0,65	
BQ7.1	1,00	1,25	0,35	0,71	0,52	0,85	2,19	0,11	

b) mjesec dana po otpustu									
VARIJABLA	APGAR PROCJENA						F	P=	
	1+2		3		4				
	(N=10)		(N=30)		(N=228)				
	AS	SD	AS	SD	AS	SD			
BQ1.3	1,10	1,85	0,71	1,01	1,01	1,23	0,88	0,42	
BQ2.3	0,40	0,84	0,32	0,48	0,16	0,39	3,28*	0,039	
BQ3.3	0,90	1,52	0,29	0,69	0,50	0,95	1,63	0,20	
BQ4.3	0,70	1,25	0,52	0,85	0,66	0,85	0,41	0,67	
BQ5.3	0,40	0,52	0,16	0,37	0,19	0,51	0,93	0,40	
BQ6.3	0,30	0,48	0,32	0,48	0,35	0,61	0,05	0,95	
BQ7.3	0,60	0,84	0,23	0,67	0,25	0,62	1,48	0,23	

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; P= – razina statističke značajnosti; * – statistički značajna razlika.

Postoji statistički značajna razlika u izraženosti simptoma primarne tuge ($p < ,01$), preosjetljivost, hipersenzitivnost ($p < ,05$), potištenost, beznađe ($p < ,001$) u skupinama roditelja s djecom različite Apgar procjene dan pred otpust iz bolnice (Tablica 18.a.).

Postoji značajna razlika u izraženosti simptoma emocionalna tupost, nemogućnost ekspresije emocija ($p < ,05$) u skupinama roditelja s djecom različite Apgar procjene mjesec dana po otpustu (Tablica 18.b.).

4.4.5. Utjecaj prediktorskih varijabli postporođajne tuge na kvalitetu odnosa majka dijete

Pojedinačni doprinos prediktorskih varijabli mjera postporođajne tuge (BQ1-BQ7) kvaliteti veze majka novorođenče tijekom jednomjesečnog mjerenja

Tablica 19.a. Utjecaj prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge (BQ) na ukupni rezultat PBQ mjereno dan pred otpust iz bolnice

VARIJABLA	POSTPOROĐAJNA TUGA (BQ1) – UKUPNO PBQ 1	
	BETA	P=
BQ1.1	0,18*	0,014
BQ2.1	0,06	0,30
BQ3.1	0,09	0,23
BQ4.1	-0,01	0,86
BQ5.1	-0,01	0,82
BQ6.1	0,02	0,69
BQ7.1	0,22***	0,001
R	0,45	
R²	0,21	
F (7, 384)	14,15***	
P=	0,000	

Legenda:

- BETA - regresijski koeficijent
- R - koeficijent multiple korelacije
- R² - koeficijent determinacije
- F - koeficijent značajnosti koeficijenta multiple korelacije
- P= - razina statističke značajnosti koeficijenta
- *** - razina značajnosti koeficijenta od p<.001

Primjenom postupaka višestruke regresijske analize utvrdili smo oblik veze prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge s kvalitetom uspostavljenog odnosa majka novorođenče (normalan, graničan i poremećen odnos) dan pred otpust iz bolnice. Postoji povezanost između mjera postporođajne tuge i to primarne tuge i smanjenog samopouzdanja roditelja i kvalitete uspostavljenog odnosa između majke i novorođenčeta. Primarna tuga i smanjeno samopouzdanje doprinose odstupanjima u kvaliteti odnosa majka novorođenče. Koeficijent determinacije odnosa majka dijete tim dvjema varijablama iznosi 21% ($R^2 = 0,21$; $F(7,384)=14,15$; $p<,001$). Ove varijable determiniraju kvalitetu odnosa majka dijete i objašnjavaju 21% odstupanja, dok je 79% neobjašnjenog odstupanja (Tablica 19.a.).

Tablica 19.b. Utjecaj prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge (BQ) na ukupni rezultat PBQ mjereno 10. dan po otpustu iz bolnice

VARIJABLA	POSTPOROĐAJNA TUGA (BQ2) – UKUPNO PBQ 2	
	BETA	P=
BQ1.2	-0,13	0,11
BQ2.2	-0,04	0,54
BQ3.2	0,29***	0,000
BQ4.2	0,13	0,08
BQ5.2	0,03	0,62
BQ6.2	0,02	0,77
BQ7.2	0,24***	0,001
R	0,48	
R ²	0,23	
F (7, 315)	13,38***	
P=	0,000	

Legenda:

- BETA - regresijski koeficijent
- R - koeficijent multiple korelacije
- R² - koeficijent determinacije
- F - koeficijent značajnosti koeficijenta multiple korelacije
- P= - razina statističke značajnosti koeficijenta
- *** - razina značajnosti koeficijenta od $p < .001$

Primjenom postupaka višestruke regresijske analize utvrdili smo oblik veze prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge s kvalitetom uspostavljenog odnosa majka novorođenčeta (normalan, graničan i poremećen odnos) deseti dan po otpustu iz bolnice. Postoji povezanost između mjera postporođajne tuge i to preosjetljivosti i smanjenog samopouzdanja roditelja i kvalitete uspostavljenog odnosa između majke i novorođenčeta. Preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose odstupanjima u kvaliteti odnosa majka novorođenčeta. Koeficijent determinacije odnosa majka djeteta tim dvjema varijablama iznosi 23% ($R^2 = 0,23$; $F(7,315)=13,38$; $p < .001$). Ove varijable determiniraju kvalitetu odnosa majka djeteta i objašnjavaju 23% odstupanja, dok je 77% neobjašnjeno odstupanje (Tablica 19.b.).

Tablica 19.c. Utjecaj prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge (BQ) na ukupni rezultat PBQ mjereno mjesec dana po otpustu

VARIJABLA	POSTPOROĐAJNE TUGA (BQ3) – UKUPNO PBQ 3	
	BETA	P=
BQ1.3	-0,05	0,51
BQ2.3	-0,01	0,81
BQ3.3	0,22***	0,009
BQ4.3	0,14	0,07
BQ5.3	0,02	0,76
BQ6.3	-0,00	0,97
BQ7.3	0,21***	0,004
R	0,44	
R²	0,20	
F (7, 281)	9,87***	
P=	0,000	

Legenda:

- BETA - regresijski koeficijent
- R - koeficijent multiple korelacije
- R² - koeficijent determinacije
- F - koeficijent značajnosti koeficijenta multiple korelacije
- P= - razina statističke značajnosti koeficijenta
- *** - razina značajnosti koeficijenta od p<.001

Primjenom postupaka višestruke regresijske analize utvrdili smo oblik veze prediktorskog skupa varijabli postporođajne tuge s kvalitetom uspostavljenog odnosa majka novorođenčeta (normalan, graničan i poremećen odnos) deseti dan po otpustu iz bolnice. Postoji povezanost između mjera postporođajne tuge i to preosjetljivosti i smanjenog samopouzdanja roditelja i kvalitete uspostavljenog odnosa između majke i novorođenčeta. Preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose odstupanjima u kvaliteti odnosa majka novorođenčeta. Koeficijent determinacije odnosa majka djeteta tim dvjema varijablama iznosi 20% ($R^2 = 0,20$; $F(7,281)=9,87$; $p<,001$). Ove varijable determiniraju kvalitetu odnosa majka djeteta i objašnjavaju 20% odstupanja, dok je 80% neobjašnjeno odstupanja (Tablica 19.c.).

5. RASPRAVA

Dobiveni rezultati upućuju da emocionalno stanje roditelja doprinosi uspostavi veze majka djeteta u značajnom, ali znatno manjem omjeru nego što se mislilo. Simptomi

postporođajne tuge primarna tuga, preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose 21% (3 dan nakon poroda), 23% (13 dan nakon poroda) i 20% (33 dan nakon poroda) objašnjenju varijabiliteta uspostavljenog odnosa majka novorođenčce. Okolinski i situacioni čimbenici kao obiteljsko funkcioniranje, socijalni status, osobne karakteristike roditelja i osobitosti poroda objašnjavaju veći dio tog odnosa.

5.1. Procjena iskustava roditelja vezanih uz trudnoću, obiteljske i materijalne prilike na uspostavu odnosa majka novorođenčce

Roditelji se međusobno razlikuju u iskazanoj kvaliteti odnosa prema novorođenčetu zavisno o tome žive li u nuklearnoj ili proširenoj obitelji. Tako roditelja koje žive u nuklearnoj obitelji treći dan po porodu značajno učestalije iskazuju poremećen i graničan odnos prema novorođenčetu (Tablica 1. a-b.).

Roditelji koje imaju veći nesrazmjer između sredstava koje obitelj uprihođuje u odnosu na visinu životnih troškova, značajno učestalije uspostavljaju poremećen ili graničan sa svojim novorođenčecom. Takve su razlike naglašenije između prvog i trećeg mjerenja (Tablica 2. a-b.).

Razlike u kvaliteti odnosa majka djeteta moguće je pripisati razlikama u sastavu obitelji kojoj roditelja pripadaju (nuklearna ili proširena) kao i financijskim sredstvima kojima obitelj raspolaže. Lošiju kvalitetu odnosa majke s novorođenčecom moguće je pripisati manjku emocionalne i financijske podrške od proširene obitelji i nemogućnosti diobe životnih iskustava s članovima proširene obitelji. Tako proširena obitelj u kojoj roditelja živi pozitivno utječe na roditelja u ranom postporođajnom razdoblju (67-69). Višegeneracijska povezanost članova proširene obitelji važna je za dobrobit obitelji (71). Nezadovoljavajuće financijsko stanje obitelji vjerojatno potencira zabrinutost, strahove i stres još za boravka u bolnici zbog dodatnih troškova povezanih uz rođenje djeteta. Moguće je pretpostaviti da nezadovoljavajuće prilike, velika nezaposlenost, nesigurnost zaposlenja i niska primanja, izazivaju osjećaje nesigurnosti i povećava razinu stresa u majke. To su mogući čimbenici koji onemogućavaju uspostavu kvalitetnog odnosa s djetetom .

Ovi rezultati potkrepljuju Rosenblumovu (74) tvrdnju da je okolina važan čimbenik u oblikovanju veze majka djeteta. Ukoliko je majka suočena s nepredvidivom okolinom i

okolina zahtijeva povećani angažman majke koji premašuju njezine mogućnosti sučeljavanja s stresom tada majka nije u stanju očuvati stabilnu vezu s djetetom (74).

Starije roditelje značajno se razlikuju od mlađih u iskazanoj kvaliteti odnosa prema novorođenčetu. Tako majke starije od 29 (raspon 18, >36) iskazuju naglašenije smetnje odnosa s novorođenčecom nego mlade majke (mlađe od 29 godina) (Tablica 3. a-b).

Rezultati našeg istraživanja razlikuju se od sličnih studija provedenih u SAD (75). Tako rezultati Kinsey i sur. upućuju da majke koje su starije imaju bolju vezu s svojim djetetom u odnosu na mlađe majke (75). Istraživanje Ragozin i sur. upućuje da dob majke treba uzeti u obzir u proučavanju interakcije majka dijete. Promatrano ponašanje učinkovitije je u majki koje su rodile kasnije. One su bile zadovoljnije s roditeljstvom. Imale su više vremena za pripremu na tu ulogu. Njihovo ponašanje je bilo optimalnije prilagođeno djetetu (76). Veću učestalost poremećaja odnosa majka dijete u starijih roditelja moguće je pripisati manjku podrške primarne obitelji roditelje. U Hrvatskoj je uobičajeno potpomagati mlađe roditelje jer su neiskusne dok su potrebe starijih roditelja maskirane njihovom životnom dobi i pretpostavljenim iskustvom.

Na kvalitetu odnosa majka novorođenčeta utječe planiranje trudnoće. Veću učestalost poremećenog vezanja roditelja novorođenčeta imaju roditelje koje nisu planirale trudnoću (Tablice 4. a-b.). Rezultati longitudinalne studije provedene u Japanu upućuju da je stav prema trudnoći (strahovi vezani uz trudnoću) prediktor postnatalne depresije i poremećaja veze majka novorođenčeta (77). Odbacivanje djeteta značajno je povezano s neželjenom trudnoćom (78).

Rezultati ovog istraživanja su u suglasju s navedenim studijama. Javljanje poremećaja vezivanja majka dijete i kvaliteta odnosa majka dijete razlikuju se s obzirom na to je li ili nije trudnoća bila planirana.

Kvaliteta odnosa majke s novorođenčecom značajno se razlikuje tijekom jednomjesečnog praćenja roditelje i to između trećeg i trinaestog dana nakon poroda kao i između trećeg i trideset trećeg dana. Taj odnos je stabilan tijekom zadnjih dvadeset dana (između 13 i 33 dana nakon poroda), Tablica 5.a. Udio roditelja koje procjenjuju odnos sa svojim djetetom normalnim raste u svakom mjerenju u odnosu na prethodno.

Granične smetnje odnosa majka dijete najizraženije su u roditelja treći i trideset treći dan. Tako smetnje odnosa majka novorođenčeta koje smo procijenili graničnim iskazuje 23,40% roditelja treći dan nakon poroda. Smetnje odnosa iskazuje 16,31% roditelja 13 dan po porodu.

U trećem mjerenju, 33 dan po porodu 19,14% roditelja iskazuje granične smetnje odnosa majka djeteta (Tablica 5.b.).

Svoj je odnos s novorođenčecom procijenilo patološkim 6,73% roditelja u prvom mjerenju, 6,71% u drugom mjerenju, a u trećem mjerenju 3,54%. Udio roditelja koje procjenjuju svoj odnos s djetetom patološkim tijekom jednomjesečnog praćenja smanjuje se svakim mjerenjem u odnosu na prethodno (Tablica 5.b.).

U ispitivanom uzorku 282 roditelja njih 30,13% treći dan po porodu iskazuje smetnje odnosa majka djeteta bilo da se radi o graničnom odnosu ili patološkom. Taj je udio u drugom mjerenju 23,02% roditelja, dok su smetnje prisutne u 22,68% roditelja mjesec dana poslije (Tablica 5.b.).

113 ispitanica odustalo je nakon prve (N=67) i nakon druge (N=46) procjene. U osutom (drop-out) uzorku učestalost smetnji odnosa majka djeteta bila je naglašenija. Smetnje odnosa majka djeteta iskazuje 36,27 % treći i trinaesti dan po porodu. To je gotovo 6,14% više graničnih i patoloških obilježja odnosa majka djeteta negoli u uzorku roditelja koje smo kontinuirano pratili mjesec dana (Tablica 5.c.). U toj skupini ispitanica prevladavaju patološka obilježja za 3% više nego u kontinuirano praćenom uzorku. Te ispitanice opisuju odnos s novorođenčecom kao da osjećaju da svom djetetu nanose štetu i bol.

5.2. Pojedinačni i skupni doprinos mjerenih pokazatelja obiteljskog funkcioniranja roditelje uspostavi odnosa majka novorođenč

Mjere obiteljskog funkcioniranja kao što su osnovna skrb o novorođenčetu, pripremljenost roditelje za odgojne zadatke, opseg i kvaliteta socijalnih kontakata roditelje, osobna iskustva roditelje iz njezine primarne obitelji i odnos s partnerom u velikoj mjeri određuju kvalitetu odnosa majka djeteta (Tablica 7.a.).

Dobiveni rezultati pokazuju da slabo obiteljsko funkcioniranje izraženo u svim procjenjivanim mjerama obiteljskog funkcioniranja otežava uspostavu normalnog odnosa majka djeteta. Stoga se uspostavljeni poremećeni odnos može opisati patološkim ili graničnim. Poremećaj bilo koje od dimenzija obiteljskog funkcioniranja otežava uspostavu odnosa majka djeteta promatrano unutar mjesec dana po rođenju djeteta. Neke smetnje obiteljskog funkcioniranja izraženije su 13 dan po rođenju djeteta a neke 33 dan. To je i razumljivo jer ni zadaće i potrebe majke za obiteljskom podrškom nisu jednoznačne. Nekim zadaćama i potrebama majke obiteljsko okruženje može adekvatno

odgovoriti, dok s drugima to nije moguće (68, 75). Uspostavi bolje veze majka dijete doprinose veći stupanj obrazovanja majke, bolja primanja i život u bračnoj zajednici (75). Loša iskustva roditelja iz roditeljine primarne obitelji i loš odnos s partnerom ometaju uspostavu veze između majke i novorođenčeta deseti dan po otpustu roditelja iz rodilišta. Taj odnos opisujemo kao granične smetnje odnosa. Patološki odnos majka novorođenčeta posljedica je oskudnih socijalnih kontakata i poteškoća koje majka ima u provedbi osnovne skrbi o novorođenčetu (Tablica 7.b.).

Poteškoće u provedbi osnovne skrbi o novorođenčetu, nespremnost roditelja za odgoj djece i loš odnos s partnerom mjere su obiteljskog funkcioniranja koje dovode do patološkog odnosa majka dijete mjesec dana po otpustu. Na granične smetnje odnosa majka novorođenčeta na kraju prvog mjeseca života novorođenčeta utječu ograničen opseg i kvaliteta socijalnih kontakata i loša iskustva roditelja iz primarne obitelji (Tablica 7.c.). Iskustva u primarnoj obitelji roditelja, bračni odnosi, pomoć očeva u skrbi o djetetu, socijalni odnosi i podrška utječu na kvalitetu veze majke s djetetom.

Majke koje tijekom svog djetinjstva nisu iskusile majčinsku ljubav ili su iskusile nedostatnu majčinsku ljubav, ne uspijevaju razviti kvalitetnu vezu s svojim djetetom (81). Poremećaj veze s djetetom je ozbiljan problem koji može imati negativne učinke na kasniji odnos s djetetom ili dovesti do zlostavljanja djeteta (82). Japanska majka s nesigurnom privrženosti sa roditeljima puno češće doživljava depresiju i anksioznost. Pretjerano bliski odnos između majke i djeteta potpomažu uspostavu ambivalentne privrženosti i generiraju veću vjerojatnost sukoba među partnerima. To nije pravilo koje vrijedi za druge kulture. Tako se u japanskoj kulturi podržava veća bliskost između majke i djeteta, dok se manji naglasak stavlja partnerske odnose, romantičnost i intimne trenutke među partnerima (80).

Stein tvrdi da je smanjena kvaliteta interakcije majka dijete povezana sa teškim, kroničnim socijalnim i bračnim problemima (83). Sudjelovanje oca u skrbi o djetetu može povećati osjetljivost majke na potrebe djeteta (84). Pružanja socijalne podrške majci u vidu usmenog, edukativnog i kulturno-osjetljivog zdravstvenog odgoja doprinosi kvaliteti odnosa majka dijete (85).

5.2.1 Razlike u socijalnom statusu roditelja i njihovom obiteljskom funkcioniranju

Podatci posljednjeg popisa stanovništva u Republici Hrvatskoj iz 2011. pokazuju da je nezaposleno 25% osoba starih između 20 i 24 godine, 20,4% čine osobe stare od 25 do 29 godine i 16,8% osoba između 30 i 34 godine. Broj nezaposlenih roditelja koje su sudjelovale u našem istraživanju veći je za približno 12% od republičkog prosjeka. 37,19% roditelja bilo je nezaposleno. Obiteljsko funkcioniranje roditelja razlikuje se s obzirom na prihode kojima obitelj raspolaže (Tablica 8.). Rodilje s nezadovoljavajućim odnosom između prihoda i rashoda lošije funkcioniraju u svim mjerama obiteljskog funkcioniranja (Tablica 8.). Hrvatska obiteljska politika naglašava potrebu zapošljavanja majke i razvijanje mreža socijalne podrške zaposlenim roditeljima. Čime se pokušava utjecati na ekonomsku moć obitelji (86, 87).

Postoje značajne razlike između roditelja s riješenim i neriješenim stambenim pitanjem u svim pokazateljima obiteljskog funkcioniranja (Tablica 9.).

Australska studija ukazala je na važnost kvalitete stanovanja za obiteljsko funkcioniranje. Kuća nije samo utočište za obitelj, već ona omogućava određenu razinu psihološkog blagostanja (88).

Rodilje koje žive u proširenim obiteljima razlikuju se u obiteljskom funkcioniranju od roditelja koje žive u nuklearnoj obitelji (Tablica 10.). Novija istraživanja daju sve veći značaj ulozi proširene obitelji koja pojedincu osigurava mrežu socijalne podrške (89).

Kregar pretpostavlja da su socijalni kontakti u proširenoj obitelji širi nego u nuklearnoj. Tu postoji bolja povezanost njezinih članova. Nuklearna obitelj izolirana je od okoline. Oslabljene su im obiteljske i srodničke veze (90).

Rodilje s jednim djetetom razlikuju se od roditelja s dvoje, troje i više djece u svojoj pripremljenost za odgojne zadatke, opsegu i kvaliteti socijalnih kontakata i iskustvima roditelje u njezinoj primarnoj obitelji (Tablica 11.). Majke s više djece imaju više samopouzdanja u odgoju svoje djece od prvotkinja (Tablica 11.a-c.) (92). Standardni postupci izobrazbe koje neke majke i očevi pohađaju odnose se na prenatalnu izobrazbu, pripremu za porod, dojenje, prenatalne vježbe, skrb o novorođenčetu, pripremu starije djece i slično. Manje pažnje u izobrazbi posvećuje se pripremi roditelja na promjene koje dijete unosi u bračne odnose, karijeru, stil života i financijsko stanje (87).

5.3. Gornja vršna procjena simptoma postporođajne tuge u roditelja

Na osnovu dijagnostičkih kriterija koje su definirali Boufidou (92) (2009. god.), Kennerley (40) (1989. god.) i Gondiakis (46) (2008. god.) utvrdili smo gornju vršnu procjenu simptoma postporođajne tuge na temelju kojeg je moguće razlikovati teški poremećaj postporođajne tuge od blagog poremećaja postporođajne tuge.^{40,46,92} Gornja vršna procjena (cut-off point) simptoma postporođajne tuge treći dan nakon poroda u našem uzorku roditelja iznosi $>5,03$. 33,67% roditelja imalo je izražen teški poremećaj postporođajne tuge treći dan nakon poroda. Gornja vršna procjena simptoma postporođajne tuge 13 dan nakon poroda $>3,32$, a 33 dan bila je $>3,12$ (Tablica 12.a.). To upućuje na opadanje teških simptoma postporođajne tuge u roditelje koji su bili naglašeni treći dan. 13 dan nakon poroda simptomi postporođajne tuge manje su izraženi. Takav slijed opadanja izraženosti simptoma procijenjen je i na kraju mjeseca (33 dan) (42, 44). Treći dan nakon poroda u roditelja najizraženiji su simptomi postporođajne tuge preosjetljivost (15,05%), smanjeno samopouzdanje (13,67%), primarna tuga (13,01%), depresija (12,76%) i usporenost (11,48%) (Tablica 12.b.).

Između mjerenja treći dan po porodu i trinaesti dan po porodu postoje značajne razlike u stanju roditelja s obzirom na izraženost simptoma postporođajne tuge kako ih je roditelja procijenila. Nema razlike između mjerenja provedenih trinaestog dana po porodu i trideset trećeg dana po porodu s obzirom na simptome postporođajne tuge. Postoje značajne razlike u izraženosti simptoma postporođajne tuge između procjena roditelje treći i 33 dan nakon poroda (Tablica 12.c.).

5.4. Sociodemografska obilježja roditelja i postporođajna tuga

Roditelji se razlikuju u izraženosti simptoma postporođajne tuge s obzirom na sociodemografska obilježja: stambeno zbrinjavanje, status prihoda u odnosu na životne troškove, planiranost trudnoće, komplikacije u porodu, vrstu poroda i Apgar procjenu djeteta.

Simptomi postporođajne tuge prisutni u stambeno zbrinutih roditelja razlikuju se od simptoma roditelja koje nemaju riješeno stambeno pitanje (t -test= $-2,57$, $p < ,05$), 33 dana nakon poroda. U roditelja s neriješenim stambenim pitanjem značajno su izraženiji simptomi preosjetljivosti i depresije (Tablica 13.a-b.). Neriješeno stambeno pitanje i

financijska nesigurnost mogu doprinijeti razvoju neurotskih simptoma i postporođajne depresije (93).

Simptomi postporođajne depresije mogu se javiti u roditelja kod kojih postoji rizik gubitka doma ili su beskućnice i kod onih koje nisu imale pozitivnu osobnu i obiteljsku anamnezu psihičke bolesti. U takvim stanjima simptomi mogu trajati i godinu dana nakon poroda (94). Pretpostavljamo da roditelje nakon mjesec dana po otpustu postaju uključeni u svakodnevne egzistencijalne poteškoće svoje obitelji. Rezultati naše studije u skladu su s rezultatima američke studije, iako u Hrvatskoj beskućništvo nije problem u tolikoj mjeri kao u SAD-u, ali sve više vlada opća socijalna nesigurnost koja povećava rizik i strah od beskućništva.

Postporođajni simptomi primarne tuge i depresije procijenjeni treći dan nakon poroda izraženiji su u roditelja koje imaju veće rashode u odnosu na prihode ($p < ,05$), Tablica 14.a. U roditelja s nezadovoljavajućim financijskim stanjem i 33 dana nakon poroda značajno su naglašeni simptomi postporođajne tuge preosjetljivost, potištenost kao i smanjeno samopouzdanje ($p < ,01$; $p < ,001$), Tablica 14.b. Zanimljivo je napomenuti iako su u roditelja sa slabijim imovinskim stanjem prisutni simptomi postporođajne depresije kao što su na primjer roditelje latinoameričkog podrijetla, ipak socioekonomski čimbenici nisu prediktori za razvoj postporođajne depresije (95). Socioekonomski pokazatelji kao što su niska primanja, financijski problemi i niži socijalni status, iako nisu prediktori postporođajne depresije, povezani su s postporođajnom depresijom (96).

Roditelji koje nisu planirale trudnoću značajno se razlikuju od roditelja koje su to planirale u naglašenosti simptoma postporođajne tuge depresije i potištenosti 33 dana nakon poroda (Tablica 15.b.). Roditelji u našem uzorku većinom su planirale trudnoću (70,1%). Neplaniranih trudnoća je 29,9% što je znatno manje od američkog prosjeka 40% (97). Neplanirana trudnoća može dovesti do emocionalne i financijske obiteljske krize (98). Neželjena trudnoća može učiniti ženu dodatno ranjivom u trudnoći i doprinijeti razvoju depresije u trudnoći (99). Beck ističe da neplanirana i neželjena trudnoća već tijekom trudnoće u žena izaziva tjeskobu i depresiju (100). Tako je uz samopoštovanje, bračni status, socioekonomski status, neplanirana ili neželjena trudnoća, jedan od novootkrivenih prediktora postporođajne depresije (101, 102).

U našem uzorku nisu zabilježene razlike treći dan nakon poroda između roditelja koje su planirale i koje nisu planirale trudnoću u izraženosti simptoma postporođajne tuge. Razlike u izraženosti simptoma između roditelja s planiranom i neplaniranom trudnoćom bilježimo trideset treći dan nakon poroda. Pretpostavljamo da su simptomi postporođajne tuge koji se javljaju u roditelja koje nisu planirale trudnoću njihov emocionalni odgovor na percipiranu emocionalnu i instrumentalnu podršku partnera, prijatelja i obitelji (100).

U roditelja koje su imale komplikacije u porodu treći dan nakon poroda naglašeniji su simptomi potištenosti i smanjenog samopouzdanje nego u roditelja koje su rodile bez komplikacija (Tablica 16.a.). Ginekološke smetnje tijekom trudnoće i poroda značajno ne povećavaju rizik za razvoj postporođajne depresije u roditelja (103), iako nizozemska studija Blooma i sur. tvrdi suprotno (102). Tako oni u različitim komplikacijama koje se javljaju u trudnoći i porodu vide opasnost za mentalno zdravlje majke poslije poroda. Stoga majke koje su imale komplikacije u porodu i ako su one bile brojne, imaju veći rizik za razvoj postporođajne depresije (102). Rodilje u kojih je napravljena epiziotomija i one u kojih je napravljen carski rez imale su značajno izraženije simptome potištenosti treći dan nakon poroda od roditelja koje su rodile prirodnim putem bez kirurškog zahvata (Tablica 17.a.). Hitni carski rez bio je prediktor postporođajne depresije u uzorku roditelja u Švedskoj (66). Nizozemska kohortna studija definirala je rizične čimbenike postporođajne depresije: vrsta poroda (spontani porod, forceps ili vakum, carski rez kao izbor i hitni carski rez), širok spektar specifičnih perinatalnih komplikacija, preeklampsija, fizičko zdravlje majke (može biti narušeno zbog komplikacija i vrste poroda), psihičko stanje majke, osobnost majke (102).

Simptomi primarne tuge, preosjetljivost i potištenost značajno su naglašeniji u roditelja treći dan nakon poroda i to u onih čija su novorođenčad imala Apgar procjenu od 5-8 (Tablica 18.a.). Emocionalna tupost bila je naglašenija u roditelja trideset treći dan nakon poroda i to u onih čija su djeca nakon rođenja imala Apgar procjenu od 5-9 (Tablica 18.b.). Iako se Apgar indeks novorođenčeta ne može uzeti kao prediktor za razvoj postporođajne depresije. Apgar index u petoj minuti nije značajno povezan s postporođajnom depresijom (102).

5.5. Utjecaj prediktorskih varijabli postporođajne tuge na kvalitetu odnosa majka djetete

Višestrukom regresijskom analizom potvrđena je pretpostavka o povezanosti simptoma postporođajne tuge i kvalitete uspostavljene veze majke s novorođenčecom. Ta se dva stanja u životu majke preklapaju neposredno nakon poroda.

Simptomi postporođajne tuge primarna tuga i smanjeno samopouzdanje značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenče treći dan života novorođenčeta. Ova dva simptoma postporođajne tuge doprinose 21% objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenče (Tablica 19.a.).

Trinaesti dan nakon poroda simptomi postporođajne tuge preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje roditelja značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenče. Ova dva simptoma postporođajne tuge doprinose 23% objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenče (Tablica 19.b.).

Trideset treći dan nakon poroda iste varijable značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenče (Tablica 10.). Simptomi postporođajne tuge preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose 20% objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenče (Tablica 19.c.).

Smanjeno samopouzdanje majke je konstantna mjera postporođajne tuge koja roditelji tijekom 33 dana nakon poroda otežava uspostavljanje veze majka novorođenče. Da bismo poboljšali odnos majka djetete preporuča se intervenciju usmjeriti na samopouzdanje majke (104).

Samopouzdanje majki se temelji na općim karakteristikama i samopouzdanju u majčinsku ulogu, privrženosti majke novorođenčetu, socijalnoj potpori i stresu povezanim s skrbi o djetetu (105, 106).

U žena koje žive u proširenoj obitelji manje je vjerojatna postporođajna depresija, jer dobivaju više socijalne podrške od svojih obitelji, prijatelja i supruga (107).

Navedena istraživanja (104-107) kao i dobiveni rezultati ovog istraživanja upućuju da uspostavu veze majka djetete značajno, ali ne i presudno, određuje emocionalno stanje majke. Cowan (79) u svojim istraživanjima razvoja privrženosti u djece preporuča da se fokus s majčinog ponašanja treba usmjeriti prema obiteljskim sustavima koji su zanemareni (79).

Okolinski i situacijski čimbenici kao obiteljsko funkcioniranje, socijalni status, osobne karakteristike roditelja i osobitosti poroda objašnjavaju veći dio tog odnosa. To upućuje da se pažnja s majčinog ponašanja naspram djeteta usmjeri na emocionalne potencijale koje nudi proširena obitelj roditelja i na međugeneracijski dodir u brizi za novorođenče.

6. ZAKLJUČAK

Ispitivanjem utjecaja obiteljske podrške tijekom postporođajnog razdoblja na pojavnost postporođajne tuge u roditelja i spremnost roditelja na prihvaćanje novorođenčeta na temelju dobivenih rezultata možemo izvesti slijedeće zaključke:

1. Rodilje starije od 29 godina imaju značajno više graničnih i patoloških obrazaca ponašanja u svom odnosu prema novorođenčetu ($t\text{-test}=6,63$, $p<,05$). Svoj je odnos s novorođenčetom procijenilo patološkim 6,73% roditelja u prvom mjerenju, 6,71% u drugom mjerenju, a u trećem mjerenju 3,54%. Tako se udio roditelja koje procjenjuju svoj odnos s djetetom patološkim tijekom jednomjesečnog praćenja smanjuje svakim mjerenjem u odnosu na prethodno. U ispitivanom uzorku od 282 roditelje njih 30,13% treći dan po porodu iskazuje smetnje odnosa majka djetete bilo da se radi o graničnom odnosu ili patološkom. Taj je udio u drugom mjerenju 23,02% roditelja, dok su smetnje prisutne u 22,68% roditelja mjesec dana poslije.

U osutom (dropout) uzorku učestalost smetnji odnosa majka djetete još je naglašenija. Smetnje odnosa majka djetete iskazuje 36,27 % roditelja treći i trinaesti dan po porodu. Tu je 6,14% više graničnih i patoloških obilježja odnosa majka djetete negoli u uzorku roditelja koje smo kontinuirano pratili mjesec dana. U toj skupini ispitanica prevladavaju patološka obilježja i to za 3% više nego u kontinuirano praćenom uzorku. Granični i patološki obrasci ponašanja koji ometaju uspostavu veze majke s novorođenčetom prisutniji su u roditelja koje žive u nuklearnoj obitelji ($t\text{-test}=5,75$, $p<,05$), u onih s nezadovoljavajućim financijskim stanjem ($t\text{-test}=14,57$, $p<,001$; $t\text{-test}=7,13$, $p<,05$) i u roditelja s neplaniranom trudnoćom ($t\text{-test}=9,8$, $p<,01$; $t\text{-test}=(8,85)$, $p<,05$).

2. Nemogućnost organiziranja osnovne skrbi o novorođenčetu, nesprijetnost roditelja za odgoj djeteta i loš odnos s partnerom mjere su obiteljskog funkcioniranja koje doprinose oblikovanju patoloških obrazaca ponašanja u odnosu majke prema djetetu trinaesti dan nakon poroda ($R_c=0,22$; $SS=4$; $p<,01$). Ograničen opseg i kvaliteta socijalnih kontakata i poteškoće u skrbi o novorođenčetu mjere su obiteljskog funkcioniranja koje doprinose oblikovanju granično poremećenih obrazaca ponašanja u odnosu majke prema djetetu trideset treći dan nakon poroda ($R_c=0,21$; $SS=4$; $p<,05$).

37,19% rodilja je nezaposleno što je za približno 12% više od hrvatskog prosjeka. Značajne poteškoće u svim mjerama obiteljskog funkcioniranja imaju rodilje s nezadovoljavajućim financijskim stanjem (t-test=2,19, $p<,05$; t-test=3,32, $p<,001$), rodilje s neriješenim stambenim pitanjem (t-test=2,06, $p<,05$; t-test=3,09, $p<,01$), i rodilje koje žive u nuklearnoj obitelji (t-test=2,02, t-test=2,66, $p<,05$; t-test=3,43, $p<,001$). Rodilje s jednim djetetom imaju značajnije poteškoća od rodilja s dvoje, troje i više djece (t-test=3,04, $p<,05$; t-test=5,01, $p<,01$; t-test=5,67; $p<,001$). Poteškoće se očituju u njihovoj pripremljenosti za odgojne zadatke, u opsegu i kvaliteti socijalnih kontakata i iskustvima koja su imale u svojoj primarnoj obitelji.

3. Na temelju dijagnostičkih kriterija koje su definirali Boufidou (92) (2009. god.), Kennerley (40) (1989. god.) i Gondiakis (46) (2008. god.) utvrđena je gornja vršna procjena simptoma postporođajne tuge na temelju kojeg je moguće razlikovati teški poremećaj postporođajne tuge od blagog poremećaja postporođajne tuge (40, 46, 92). Gornja vršna procjena (cut-off point) simptoma postporođajne tuge treći dan nakon poroda u našem uzorku rodilja iznosi $>5,03$. Tako da je 33,67% rodilja imalo izražen teški poremećaj postporođajne tuge treći dan nakon poroda. Gornji vršna procjena simptoma postporođajne tuge trinaesti dan nakon poroda $>3,32$, a trideset treći dan bila je $>3,12$. To upućuje na opadanje teških simptoma postporođajne tuge u rodilje koji su naglašeniji treći dan. Trinaesti dan nakon poroda simptomi postporođajne tuge su manje izraženi. Takav slijed opadanja izraženosti simptoma procijenjen je i na kraju mjeseca (33 dan) (42, 44). Postoje značajne razlike u izraženosti simptoma postporođajne tuge između procjena rodilje treći i trideset treći dan nakon poroda, $p<,05$; $p<,01$; $p<,001$, (Tablica 12.b.). Simptomi postporođajne tuge značajnije su prisutni u rodilja koje nemaju riješeno stambeno pitanje (t-test=-2,57, $p<,05$; t-test=-2,66, $p<,01$), u rodilja s nezadovoljavajućim financijskim stanjem (t-test=-2,57, $p<,05$; t-test=3,52, $p<,001$), u onih koje nisu planirale trudnoću trideset treći dan poslije poroda (t-test=-2,67, $p<,01$; t-test=3,22, $p<,001$). U rodilja s neriješenim stambenim pitanjem značajno su izraženiji simptomi preosjetljivosti i depresije. Rodilje u našem uzorku većinom su planirale trudnoću (70,1%). Neplaniranih trudnoća je 29,9% što je znatno manje od američkog prosjeka 40% (97). Simptomi postporođajne tuge značajno su najnaglašeniji treći dan nakon poroda u rodilja koje su imale komplikacije u porodu (t-test=2,76, $p<,01$; t-test=3,94, $p<,001$), u onih u

kojih je napravljena epiziotomija, u roditelja u kojih je napravljen carski rez (t-test=5,38, $p < ,01$) i u onih žena čija su novorođenčad imala Apgar procjenu od 5-8 (t-test=3,55, $p < ,05$; t-test=5,02, $p < ,01$; t-test=12,15, $p < ,001$). Emocionalna tupost je naglašenija u roditelja trideset treći dan nakon poroda i to u onih čija su djeca nakon rođenja imala Apgar procjenu od 5-9 (t-test=3,28, $p < ,05$).

Simptomi postporođajne tuge primarna tuga i smanjeno samopouzdanje značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenčeta treći dan života novorođenčeta. Ova dva simptoma postporođajne tuge doprinose 21% ($R^2 = 0,21$; $F(7,384)=14,15$; $p < ,001$) objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenčeta.

Trinaesti dan nakon poroda simptomi postporođajne tuge preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje roditelja značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenčeta. Ova dva simptoma postporođajne tuge doprinose 23% ($R^2 = 0,23$; $F(7,315)=13,38$; $p < ,001$) objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenčeta.

Trideset treći dan nakon poroda iste varijable značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenčeta (Tablica 19.c.). Simptomi postporođajne tuge preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose 20% ($R^2 = 0,20$; $F(7,281)=9,87$; $p < ,001$) objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenčeta.

Smanjeno samopouzdanje majke je konstantna mjera postporođajne tuge koja roditelji 33 dana nakon poroda otežava uspostavljanje veze majka novorođenčeta.

Dobiveni rezultati upućuju da emocionalno stanje roditelja doprinosi uspostavi veze majka djeteta u značajnom, ali znatno manjem omjeru nego što se mislilo. Simptomi postporođajne tuge primarna tuga, preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose 21% (treći dan nakon poroda), 23% (trinaesti dan nakon poroda) i 20% (trideset treći dan nakon poroda) objašnjenju varijabiliteta uspostavljenog odnosa majka novorođenčeta. Okolinski i situacijski čimbenici kao obiteljsko funkcioniranje, socijalni status, osobne karakteristike roditelja i osobitosti poroda objašnjavaju veći dio tog odnosa. To upućuje da se pažnja s majčinog ponašanja naspram djeteta usmjeri na emocionalne potencijale koje nudi proširena obitelj roditelja i na međugeneracijski dodir u brizi za novorođenčeta.

7. LITERATURA

1. Winnicott DW. The theory of the parent-infant relationship. In: D. W. Winnicott, The maturational processes and the facilitating environment. London, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, p. 41,51. (Original work published 1960, 37-55). (Pristupljeno 22. Rujna 2014): Dostupno na: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/Donald-Winnicott-The-Maturational-Process-and-the-Facilitating-Environment-Studies-in-the-Theory-of-Emotional-Development-1965.pdf>
2. Edited by Smith GF. Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine. Sosa R. Chapter 9 Maternal Bonding: An Overview. Published by Mead Johnson Nutritional Division, 1980. (Pristupljeno 18. Rujna 2014). Dostupno na : <http://www.neonatology.org/classics/mj1980/ch09.html>
3. Ainsworth MDS. Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J, & P. Marris P (Eds.), Attachment across the life cycle. New York, Routledge, 1991, Chapter 2, pp. 33-49. [http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=4FKIAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA33&dq=Ainsworth,+M.+D.+S.+\(1991\).+Attachment+and+other+affectional+bonds+across+the+life+cycle&ots=r4cTX4xsey&sig=CwRsR48_4ISrIzegSFbmMFIQeg&redir_esc=y#v=onepage&q=Ainsworth%2C%20M.%20D.%20S.%20\(1991\).%20Attachment%20and%20other%20affectional%20bonds%20across%20the%20life%20cycle&f=false](http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=4FKIAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA33&dq=Ainsworth,+M.+D.+S.+(1991).+Attachment+and+other+affectional+bonds+across+the+life+cycle&ots=r4cTX4xsey&sig=CwRsR48_4ISrIzegSFbmMFIQeg&redir_esc=y#v=onepage&q=Ainsworth%2C%20M.%20D.%20S.%20(1991).%20Attachment%20and%20other%20affectional%20bonds%20across%20the%20life%20cycle&f=false)
4. Vasta R, Haith MM, Miller SA. Child Psychology, The Modern Science, Second Edition, New York: John Wiley&Sons Inc.,1995, p. 447-465;467-485.
5. Malekpour M. Effects of Attachment on Early and Later Development. The British Journal of Developmental Disabilities Vol. 53, Part 2, JULY 2007, No. 105, pp. 81-95. (Pristupljeno: 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.bjdd.org/new/105/81to95.pdf>
6. Bowlby J. Attachment and loss- Volume 1 Attachment. Second Edition. New York: Basic Books, Tavistock Institute of Human Relations 1969, 1982; str. 20. (Pristupljeno: 20. Rujna 2014) Dostupno na: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>

7. Ainsworth MDS. & Bowlby, J. (1991), An ethological approach to personality development. *American Psychologist*. Vol. 46 (4) April 1991, pp. 333-341. (Pristupljeno 1. Rujna 2014). Dostupno na : http://is.muni.cz/el/1423/podzim2012/PSY703/um/ainsworth_bowlby_1991.pdf
8. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, Vol 28(5), Sep 1992, 759-775. (Pristupljeno 28. Kolovoza 2014). Dostupno na : http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1993-01038-001>
9. Brodie R. John Bowlby: The father of Attachment Theory. *Child Development Media, Inc.* (Pristupljeno 1. Rujna 2014). Dostupno na : <http://www.childdevelopmentmedia.com/john-bowlby-the-father-of-attachment-theory.html>
10. Senn, M. J. E. John Bowlby Intervju with Milton Senn. *The Online Journal of American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work*, Issue 2, December 2007. (Pristupljeno 1. Rujna 2014). Dostupno na : http://beyondthecouch.org/1207/bowlby_int.htm
11. Bowlby J. *The Making & Breaking of Affectional Bonds*. The making and breaking of affectional bonds. London, Tavistock Publications, 1979, p. 129. ISBN 0-415-04326-3. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: http://books.google.hr/books?id=thmqz2KNM58C&printsec=frontcover&hl=hr&source=gsb_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
12. Davies D. *Child Development. A Practitioner's Guide*, Third Edition. The Guilford Press, New York. The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012, str. 8-11. ISBN 978-1-60623-909-4. (Pristupljeno: 20. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/378/Child%20Development%20A%20Practitioner's%20Guide.pdf>
13. Ajduković M, Kregar K, Orešković M.L. Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada*. Travanj 2007, 14 (1), str. 59-91. (Pristupljeno 28. Kolovoza 2014). Dostupno na: <http://business.highbeam.com/435996/article-1G1-176980033/attachment-theory-and-modern-social-workteorija-privrzenosti>

14. Oatley K, Jenkins JM. Understanding Emotions, Oxford: Blackwell Publishers, 1998, p. 139-178, p. 190-202, p. 209-230.
15. Walton GE, Bower TGR. Newborns Form "Prototypes" in Less Than 1 Minute. Psychological Science, May 1993 vol. 4no. 3 203-205. doi: 10.1111/j.1467-9280.1993.tb00488.x (Pristupljeno: 11. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/40062538?uid=3738200&uid=2&uid=4&sid=21104665324197>
16. Bushnell IWR. Mother's Face Recognition in Newborn Infants: Learning and Memory Studije. Infant and Child Development. Inf. Child Dev. 10: 67-74 (2001) DOI: 10.1002/icd.248. <http://infantlab.fiu.edu/articles/Bushnell%202001%20ICD%20FACE%20NEWBORNS.pdf>
17. Querleu D, Lefebvre C, Titran M, Renard X, Morillion M, Crepin G. [Reaction of the newborn infant less than 2 hours after birth to the maternal voice]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1984;13(2):125-34. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6736589>
18. Wenar C. Developmental Psychopathology-From Infancy through Adolescence. Third international edition, McGraw-Hill, Inc., 1994, 33-62.
19. Kaitz M, Lapidot P, Bronner R, Eidelman AI (1992). Parturient women can recognize their infant by touch. Developmental Psychology, Vol 28(1), Jan 1992, 35-39. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1992-19691-001>
20. Thompson RA, Limber S. (1990). „Social anxiety“ in infancy: Stranger wariness and separation distress. In H. Leitenberg (Ed.), Handbook of social and evaluation anxiety (pp. 85-137). New York: Plenum.
21. Majić G. (2011) Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, 2011. University of Zagreb Medical School Repository, 2011. (Pristupljeno: 22. rujna 2014). Dostupno na: http://medlib.mef.hr/987/1/Majic_G_disertacija_rep_987.pdf
22. Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine. Zagreb, Školska knjiga, 1988, 299-349.

23. Vicedo M. The evolution of Harry Harlow: from the nature to the nurture of love. *History of Psychiatry*, 21(2) 1–16. DOI: 10.1177/0957154X10370909 http://individual.utoronto.ca/vicedo/vicedoca/Publications_files/Vicedo_HofP.pdf
24. Fuertes M¹, Santos PL, Beeghly M, Tronick E. More than maternal sensitivity shapes attachment: infant coping and temperament. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Dec;1094:292–6. (Pristupljeno: 18. Rujna, 2014.) dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=More+than+maternal+sensitivity+shapes+attachment%3A+infant+coping+and+temperament>
25. Saudino KJ. Behavioral Genetics and Child Temperament. *J Dev Behav Pediatr*. Jun 2005; 26(3): 214–223. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188235/pdf/nihms2462.pdf>
26. Bates JE, Pettit GS, Dodge KA, Ridge B. Interaction of Temperamental Resistance to Control and Restrictive Parenting in the Development of Externalizing Behavior. *Dev Psychol*. 1998 September ; 34(5): 982–995. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791965/pdf/nihms149975.pdf>
27. Kroes G, Veerman JW, De Bruy EEJ. Bias in parental reports? Maternal psychopathology and the reporting of problem behavior in clinic-referred children. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 19(3), 2003, 195–203. doi: [10.1027//1015-5759.19.3.195](https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.3.195) (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.psycontent.com/content/j0557w6398681105/> www.psycontent.com/.../J0557W639868L105.pdf
28. Wandersman L, Wandersman A, Kahn S. Social support in the transition to parenthood. *J Community Psychol* 1980;8:332–42. (Pristupljeno 18. Rujna 2014). Dostupno na: http://books.google.hr/books?id=EHVQ_4tDRecC&pg=PA269&lpg=PA269&dq=Wandersman+L,+Wandersman+A,+Kahn+S.+Social+support+in+the+transition+to+parenthood.+J+Community+Psychol+1980;8:332%E2%80%9342.&source=bl&ots=2kZbVabnss&sig=nOnmf_M6ozqpCS1JFcIDSKEwQrw&hl=hr&sa=X&ei=ddcdVNPWGaLuyQO7jIHgCg&ved=0CBoQ6AEwAA#v=onepage&q=Wandersman%20L%2C%20Wandersman%20A%2C%20Kahn%20S.%20Social%20support%20in%20the%20transition%20to%20parenthood.%20J%20Community%20Psychol%201980%3B8%3A332%E2%80%9342.&f=false

29. Williams LR. Nurse-managed postpartum home care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22:25–31. (Pristupljeno 20. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8429411>
30. The American Heritage® Dictionary of the English Language, Fourth Edition, 2003. Retrieved September 20 2014 from (Pristupljeno 20. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.thefreedictionary.com/bonding>
31. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*. 2005 May;8(1):45-51. (Pristupljeno 22. Rujna 2014): Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15868385>
32. Smith GF, Vidyasagar D. Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine. Sosa R. Maternal Bonding: An Overview. Chapter 9. Published by Mead Johnson Nutritional Division, 1980. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.neonatology.org/classics/mj1980/ch09.html>
33. Leon I. Psychology of Reproduction: Pregnancy, Parenthood, and Parental Ties. *Glob. libr. women's med.* (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10419 (Pristupljeno 20. Rujna 2014). Dostupno na: http://www.glowm.com/section_view/heading/Psychology%20of%20Reproduction:%20Pregnancy,%20Parenthood,%20and%20Parental%20Ties/item/418
34. Ljubešić, M. Rana komunikacija i njezina uloga u učenju i razvoju djeteta. *Dijete i društvo*. Časopis za promicanje prava djeteta, 2001, 3(3), 261-278. Ova referenca treba biti br.34
35. Jovančević M. O važnosti ranog odnosa dojenče – roditelj. *Pravo djeteta na život u obitelji*. Zagreb: ured UNICEF-a za Hrvatsku, 2008. (Pristupljeno 20. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.unicef.hr/upload/file/294/147255/FILENAME/2-Knjiga-FINAL.pdf>
36. Field T. Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev*. Feb 2010; 33(1):1. (Pristupljeno 20. Rujna 2014). Dostupno na: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819576/
37. Edhborg M, Matthiesen A-S, Lundh W, Widstrom A-M. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and fathers. *Arch Womens Ment Health* (2005) 8: 221–231. DOI 10.1007/s00737-005-

- 0097-5 (Pristupljeno 20. Rujna 2014). Dostupno na: <http://sundspsykologerna.se/files/Edhborg-et-al-2005-Some-early-indicators-for-depressive-symptoms-and-bonding-2-months-pp.pdf>
38. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Risk factors for postpartum depression. In Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, & Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions, 2003, 41-42. (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_1.pdf
 39. Brockington IF. Maternity blues and post-partum euphoria. *British Journal of Psychiatry*, 1988 March, 152, 433-434.
 40. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry*. 1989 Sep;155:356-62.
 41. O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
 42. Murata A, Nadaoka T, Morioka Y, Oiji A, Saito H. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest*. 1998 Aug;46(2):99-104. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9701689>
 43. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ* 1994;308:949 <http://www.bmj.com/content/308/6934/949>
 44. O'Hara, M W and Swain, AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1996; 8: 37–54.
 45. Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJ, Kahalle S, Zugaib M. Maternity „blues“: Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology* 2008, Vol. 11, No. 2, 593-599.
 46. Gondiakis F, [Leonardou](#) A. Maternity Blues and Post-partum Depression—Findings from Greece. *European Psychiatric Review*, 2008;1(2):21-23.
 47. [Kumar R](#). Postnatal mental illness: a transcultural perspective, [Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol](#), 1994 Nov;29(6):250-64.
 48. [Adewuya](#) AO. [The](#) maternity blues [in](#) Western Nigerian [women: prevalence and risk factors](#). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*(2005) 193, 1522-5.

49. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors Associated with Early Postpartm Maternity Blues and Depression Tendency among Japanese Mothers with Full-term Healthy Infants. *Nagoya J. Med. Sci.* 76. 129 ~ 138, 2014. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: http://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/7612/14_Takahashi.pdf
50. BydlowskiS, LalanneC, GolsB, Vaivre-Douret L. Postpartum Blues: a Marker of Early Neonatal Organization? *Infant Mental Health Journal*, [Volume 34, Issue 6](#), pages 508–515, November/December 2013. DOI: 10.1002/imhj.21410
51. [Nagata M](#), [Nagai Y](#), [Sobajima H](#), [Ando T](#), [Nishide Y](#), [Honjo S](#). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants . *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Mar;101(3):209-17. . (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721869>
52. [Nagata M](#), [Nagai Y](#), [Sobajima H](#), [Ando T](#), [Honjo S](#). Depression in the mother and maternal attachment-results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology.* 2003May-Jun;36(3):142-51. . (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12845285>
53. [Sakumoto K](#), [Masamoto H](#), [Kanazawa K](#). Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan.*Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Jul;78(1):25-30. . (Pristupljeno 17. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113967>
54. [David HD](#). Healthy family functioning: a cross-cultural appraisal' *Bull World Health Organ.* 1978; 56(3): 327–342. (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395596/>
55. *Mosby's Medical Dictionary*, 8th edition. © 2009, Elsevier. (Pristupljeno: 19. Rujna 2014). Dostupno na: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/family+functioning>
56. "Transition to Parenthood." *International Encyclopedia of Marriage and Family*. 2003. Retrieved September 19, 2014 from Encyclopedia. (Pristupljeno: 19. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3406900432.html>
57. Cowan PA, Cowan CP. Changes in marriage during the transition to parenthood: Must we blame the baby? In: Michaels GY, Goldberg WA, editors. *The transition to*

- parenthood: Current theory and research. New York: Cambridge University Press; 1988. pp. 116-138. (Pristupljeno: 19. Rujna 2014). Dostupno na: http://books.google.hr/books?id=EHVQ_4tDRecC&pg=PA89&lpg=PA89&dq=Transition+to+Parenthood+and+postpartum+blues
58. Lawrence E, Cobb RJ, Bradbury TN. Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood. *J Fam Psychol.* Feb 2008; 22(1): 41–50.doi: [10.1037/0893-3200.22.1.41](https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.41)(Pristupljeno: 19. Rujna 2014). Dostupno na:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367106/>
59. Regev M. The Transicion to the Parenthood. Registered Psychologist&Registered . Marriage and Family Therapist. (Pristupljeno: 21. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.drregev.com/counselling/transition-parenthood/>
60. [Belsky J](#).The determinants of parenting: a process model. [Child Dev.](#) 1984 Feb;55(1):83-96. (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6705636>
61. Feldman R. Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationship in five high risk populations. *Development and Psychopathology* 19 ~2007!, 293–312. DOI: 10.1017/S0954579407070150 (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: [file:///C:/Users/Neda/Downloads/d&p.2007.maternal%20and%20child%20risk%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Neda/Downloads/d&p.2007.maternal%20and%20child%20risk%20(1).pdf)
62. [Xie RH](#), [Yang J](#), [Liao S](#), [Xie H](#), [Walker M](#), [Wen SW](#). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression.[Aust N Z J Obstet Gynaecol.](#) 2010 Aug;50(4):340-5. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01185.x.(Pristupljeno 16. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20716261>
63. Edhborg M. Postpartum depressive Symptoms in Family Perspective: some Indicators Experiences and Consequences. Karolinska University press, Stockholm, 2004-12-3. ISBN 91-7140-146-6 (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: <http://diss.kib.ki.se/2004/91-7140-146-6/thesis.pdf>
64. Cutrona CE. Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 93(4), Nov 1984, 378-390. doi: [10.1037/0021-](https://doi.org/10.1037/0021-)

- [843X.93.4.378](#) Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na:
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1985-06752-001>
65. Luo Lu. Transition to Parenthood: Stress, Resources, and Gender Differences in a Chinese Society. *Journal of Community Psychology*, July 2006, Vol. 34, No. 4, 471–488. DOI: 10.1002/jcop.20110 (Pristupljeno 21. rujna 2014). Dostupno na: <file:///C:/Users/Neda/Downloads/02e7e528336731221e000000.pdf>
66. Bernard LL. Personality Development Throught the Direct Imitation of Persone. Chapter 22 in *An Introduction to Social Psychology*. New York: Henry Holt and Co., (1926): 342-359. (Pristupljeno 23. Rujna 2014). Dostupno na: https://www.brocku.ca/MeadProject/Bernard/1926/1926_22.html
67. Bandura A. The Role of Imitation in Personality Development. *The Journal of Nursery Education*, Vol. 18, No. 3, April 1963. (Pristupljeno 23. rujna 2014): Dostupno na: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1963.pdf>
68. Kuscü MK, Akman I, Karabeki`roglu A, Yurdakul Z, Orhan L, Özdemir N, Akma M, Ozek E. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: The impact of maternal suport styles and family support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Ginecology*. 2008 Vol. 29, No. 1, p. 33-38. (doi:10.1080/01674820701535480) (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820701535480>
69. Heh SS, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, July 2004, Vol. 41, Issue 5, p. 573-579. (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(04\)00004-5/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(04)00004-5/abstract)
70. Perry SE, Hockenberry MJ, [Leonard Lowdermilk](#) D, [Wilson](#) D. *Maternal Child Nursing Care. Part 1 Maternity Nursing, Community Care: The Family and Culture*. Elsevier Health Sciences, 2013, p. 526, 527. ISBN: 978-0-323-09610-2 (Pristupljeno 22. Rujna 2014). Dostupno na: <http://books.google.hr/books?id=nbIKAQAAQBAJ&pg=PA527&lpg=PA527&dq=Transition+to+Parenthood+and+postpartum+blues&source=bl&ots=nN7BPJ6XeP&sig=PK1FrIjyiYO4yoBxer92VaKyx0I&hl=hr&sa=X&ei=w0EXVIqqOun4yQpsn4>

[II&ved=0CFkQ6AEwBg#v=onepage&q=Transition%20to%20Parenthood%20and%20postpartum%20blues&f=false](http://www2.sunysuffolk.edu/wilsonv/Articles/BeyondNucler.pdf)

71. Bengston VL. Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family* 63 (February 2001): 1–16. (Pristupljeno 22. rujna 2014): Dostupno na: <http://www2.sunysuffolk.edu/wilsonv/Articles/BeyondNucler.pdf>
72. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation; *Arch Womens Ment Health* (2006) 9: 233–242 DOI 10.1007/s00737-006-0132-1 (Pristupljeno: 14. Ožujak 2014). Dostupno na: <http://sundspyskologerna.se/files/Brockington-et-al-2006-PBQ-validation-pdf.pdf>
73. Vermulst AA, Kroes RE, De Meyer & Wermen JW. Family Functioning Questionnaire . Praktikon bv, Nijmegen , 2011. (Pristupljeno: 3. Travanj 2014). Dostupno na: http://www.praktikon.nl/media/14103/a4_vgfo_en.pdf
74. Rosenblum LA, Andrews MW. Influences of environmental demand on maternal behavior and infant development. *Acta Paediatr Suppl.* 1994 Jun;397:57-63. Review. (Pristupljeno 12. Prosinca 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7981475>
75. Kinsey CB, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kristen H. Kjerulff KH. Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal–infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, Volume 30, Issue 5, pages e188-e194, May 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.006> (Pristupljeno 7. Prosinca 2014). Dostupno na: <http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138%2814%2900061-8/pdf>
76. Ragozin AS, Basham RB, Crnic KA, Greenberg MT, Robinson NM. Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology*, Vol 18(4), Jul 1982, 627-634. <http://psycnet.apa.org/journals/dev/18/4/627/>
77. Kokubu M, Okano T, Sugiyama T. Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Archives of Women's Mental Health*, June 2012, Volume 15, Issue 3, pp 211-216. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-012-0279-x>
78. Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health* [2006,

- 9(5):243-251].Pristupljeno 7. Prosinca 2014). Dostupno na: <http://europepmc.org/abstract/med/16699838>
79. Cowan PA. Beyond meta-analysis: a plea for a family systems view of attachment. *Child Dev.* 1997 Aug;68(4):601-3.) (Pristupljeno 21. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9306639>
80. Rothbaum F, Rosen K, Ujiie T, Uchida N. Family systems theory, attachment theory, and culture. *Fam Process.* 2002 Fall;41(3):328-50. (Pristupljeno 12. Prosinac 2014). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12395563>
81. Johan C. H. van Bussel & Bernard Spitz & Koen Demyttenaere. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch Womens Ment Health* (2010) 13:373–384. DOI 10.1007/s00737-009-0140-z <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/279438/1/Three+self-report+questionnaires+of+the+early+mother-to-infant+bond.+Reliability+and+validity+of+the+dutch+version....pdf>
82. Kitamura T, Takegata M, Haruna M, Yoshida K, Yamashita H, Murakami M, Goto Y. The Mother-Infant Bonding Scale: Factor Structure and Psychosocial Correlates of parental Bonding Disorders in Japan. *Journal of Child and Family Studies* (2013): 1-9, October 17, 2013. Pristupljeno 13. Prosinca 2014). Dostupno na: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10826-013-9849-4#page-2>
83. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry.* 1991 Jan;158:46-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2015451>
84. M. Edhborg, W. Lundh, L. Seimyr, and AM Widström. The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Arch Womens Ment Health* (2003) 6:211–216. DOI 10.1007/s00737-003-0020-x (Pristupljeno: 7. Prosinac 2014). Dostupno na: <http://sundspyskologerna.se/files/Edhborg-et-al.2003-The-parent-child-relationship-in-the-context-of-maternal-depressive-mood.pdf>
85. Yuan, SY; Freeman R. Can Social Support in the Guise of an Oral Health Education Intervention Promote Mother-Infant Bonding in Chinese Immigrant Mothers and Their Infants? *Health Education Journal*, v70 n1 p57-66 Mar 2011. (Pristupljeno: 7. Prosinac 2014). Dostupno na: <http://eric.ed.gov/?id=EJ950674>

86. Puljiz V, Zrinščak S. Hrvatska obiteljska politika u europskom kontekstu. Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, UDK: 304-055.5/.7(497.5). (Pristupljeno 4. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/170/174>
87. Reidman GL. Preparation for Parenthood. Nurse-Midwife, Female Health Associates, West Suburban Hospital Medical Center, Oak Park, Illinois (Vol 2, Chaps 18, 19). (Pristupljeno 4. Rujna 2014). Dostupno na: <https://www.glowm.com/resources/glowm/cd/pages/v2/v2c019.html>
88. Australian Government Department of Families. Impact of government policy on family Functioning/family relationships. Family Impact Information Sheet No. 4. RTF (Pristupljeno 26. Rujna 2014). Dostupno na: <https://www3.aifs.gov.au/cfca/publications/family-relationships-quarterly-no-1>
89. Australian Institute of Family Studies website. Extended Family in Australia. The Family Beyond the Household. Family Matters No. 32, August 1992, pp. 4-9. (Pristupljeno 26. Rujna 2014). Dostupno na: <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/fm1/fm32pm.html>
90. Kregar, 2005. Predavanje za stručni upravni studij Ak god. 2009/2010). (Pristupljeno 26. Rujna 2014). Dostupno na: http://www.pravos.unios.hr/sociologija/predavanja/Predavanje_o_obitelji.pdf
91. Ha J, Kim Y. Factors Influencing Self-confidence in the Maternal Role among Early Postpartum Mothers. Journal list > Korean J Women Health Nurs > Volume 19(1); March 2013 > KOJ00000966. (Pristupljeno 6. Listopad 2014) Dostupno na: <http://kjwhn.org/search.php?where=aview&id=10.4069/kjwhn.2013.19.1.48&code=2102KJWHN&vmode=PUBREADER>
92. Boufidou F, Lambrinou I, Argeitis J, Zervas IM, Pliatsika P, Leonardou AA, Petropoulos DH, Papadias K, Nikolaou C. CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. *Journal of Affective Disorders*, 115 (2009) 287-292. (Pristupljeno 10. Veljača 2015) Dostupno na: <http://www.drnikolaou.gr/images/pdf/A62.pdf>
93. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000;6:349-54.

- (Pristupljeno 8. Listopad 2014) Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177155>
94. Curtis MA, Corman H, Noonan K, Reichman NE. Maternal Depression as a Risk Factor for Family Homelessness. *American Journal of Public Health*: September 2014, Vol. 104, No. 9, pp. 1664-1670. doi: 10.2105/AJPH.2014.301941 (Pristupljeno 6. Listopad 2014) Dostupno na: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.301941>
95. Sierra J. "Risk factors related to postpartum depression in low-income Latina mothers" [Doctoral Dissertations]. University of Connecticut, 2008. Paper AAI3279301. (Pristupljeno 7. Listopad 2014) Dostupno na: <http://digitalcommons.uconn.edu/dissertations/AAI3279301>
96. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature . *General Hospital Psychiatry* 26 (2004) 289–295. (Pristupljeno 7. Listopad 2014) Dostupno na: [http://ymn.kr/userfiles/antenatal%20risk%20factors%20PPD%20-synthesis%20\(2004\)_120905090458.pdf](http://ymn.kr/userfiles/antenatal%20risk%20factors%20PPD%20-synthesis%20(2004)_120905090458.pdf)
97. Welch LG, Miller LA. Emotional and Educational Components of Pregnancy. *The Global Library of Women's Medicine*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10415 (Pristupljeno 9. Listopad 2014) Dostupno na: http://www.glowm.com/section_view/heading/Emotional%20and%20Educational%20Components%20of%20Pregnancy/item/414
98. North Carolina Department of Health and Human Services. Chapter XII-Pregnancy Services. (Pristupljeno 10. Listopad 2014) Dostupno na: <http://info.dhhs.state.nc.us/olm/manuals/dss/csm-75/man/CScXII-05.htm>
99. **Public Health Agency Of Canada, Health Promotion, Mental Health.** Depression in Pregnancy. (Pristupljeno 7. Listopad 2014) Dostupno na: http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/preg_dep-eng.php
100. Beck CT. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Jul-Aug;31(4):394-402. (Pristupljeno 9. Listopad 2014) Dostupno na: <http://www.hawaii.edu/hivandaids/Revision%20of%20the%20Postpartum%20Depression%20Predictors%20Inventory.pdf>

101. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. PMID:11570712 [PubMed - indexed for MEDLINE] (Pristupljeno 9. Listopad 2014) Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712>
102. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, JaddoeVW, Coolman M, Stegers EA, Tiemeier H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. BJOG. 2010 Oct;117(11):1390-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x. (Pristupljeno 10. Listopad 2014) Dostupno na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x/full>
103. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. Aust N Z J Psychiatry. 2001 Feb;35(1):69-74. (Pristupljeno 10. Listopad 2014) Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11270460>
104. Zietlow AL, Schlüter MK, Nonnenmacher N, Müller M, Reck C. Maternal Self confidence Postpartum and at Pre-school Age: The role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. Matern Child Health J. 2014 Oct; 18(8):1873-80. doi: 10,1007 / s10995-014-1431-1. (Pristupljeno: 7. Ožujka 2015). Dostupno na: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10995-014-1431-1#page-2>
105. Ha J, Kim Y. Factors Influencing Self-confidence in the Maternal Role among Early Postpartum Mothers. Journal list > Korean J Women Health Nurs > Volume 19(1); March 2013 > KOJ00000966. (Pristupljeno 6. Listopad 2014) Dostupno na: <http://kjwhn.org/search.php?where=aview&id=10.4069/kjwhn.2013.19.1.48&code=2102KJWHN&vmode=PUBREADER>
106. Kim HW, Hwang MS, Hong KJ. Primipara's maternal Identity & Self Confidence for Caring the Baby During the Immediate Postpartum Period. Korean J Women Health Nurs. 1998 Mar;4(1):65-77 Korean. (Pristupljeno 6. Listopad 2014). Dostupno na: <http://journal.women-health-nursing.or.kr/kjwhn/abstract.html?left=left2&abstract=a199865>
107. Kazmi FS, et al. Relationship between Social Support and Postpartum Depression. Pak. Inst. Med. Sci. 2013; 9(4): 191-194. 191. Original Article. (Pristupljeno 5. Listopada 2014). Dostupno na: <http://www.apims.net/Volumes/Vol9->

[4/Relationship%20between%20Social%20Support%20and%20Postpartum%20Depression.pdf](#)

8. SAŽETAK

NASLOV: Utjecaj obiteljske podrške tijekom postporođajnog razdoblja na pojavnost postporođajne tuge u roditelja i spremnost roditelja na prihvaćanje novorođenčeta

CILJ ovog istraživanja bio je utvrditi utjecaj obiteljske podrške tijekom postporođajnog razdoblja na pojavnost postporođajne tuge u roditelja i spremnost roditelja na prihvaćanje novorođenčeta.

ISPITANICI: Istraživanje je provedeno u „Klinici za ženske bolesti i porođaje“ KBC-Split i Patronažnoj službi Doma zdravlja Splitsko dalmatinske Županije u razdoblju od 1. lipnja do 15. kolovoza 2014. godine.

U istraživanju su u tri mjerenja sudjelovale 282 roditelje. 395 roditelja sudjelovalo je u prvom mjerenju dok ih je 328 sudjelovalo u prvom i drugom mjerenju. Osipanje uzorka je 113 roditelja. Roditelja starosne dobi od 18 do 22 godine je 6,40%, od 23 do 28 godina je 32,93%, od 29 do 36 godina je 47,56%, a iznad 36 godina je 13,10% roditelja. Najviše je roditelja s srednjom stručnom spremom 55,79%, 42,98% roditelja sa višom i 1,21% roditelja s visokom stručnom spremom te sa osnovnom školom. U bračnoj zajednici živi 89,32% roditelja, u nevjenčanoj 10,36%, a samohrana majka je jedna (0,30%). Prvorotkinja je 46,04%, a višerotkinja 53,96%. U gradu živi 53,92% roditelja, 46,08% roditelja živi u ruralnom naselju. Nezaposlenih je 37,19% roditelja, a u radnom odnosu je 59,75%.

METODE: U provedenoj prospektivnoj studiji sva tri mjerenja sudjelovale su 282 roditelje. One su popunjavale upitnike dan pred otpust iz rodilišta, 10. i 30. dan poslije otpusta iz rodilišta. Uz sociodemografski upitnik primijenjeni su validirani upitnici: Blues Questionnaire: Kennerley 1989.(40); Postpartum Bonding Questionnaire (73) i Family Functioning Questionnaire (74).

REZULTATI: U ispitivanom uzorku 282 roditelje njih 30,13% treći dan po porodu iskazuje smetnje odnosa majka djeteta bilo da se radi o graničnom odnosu ili patološkom. Taj je udio u drugom mjerenju 23,02% roditelja, dok su smetnje prisutne u 22,68% roditelja mjesec dana poslije (Tablica 5.b.). Nemogućnost organiziranja osnovne skrbi o novorođenčetu, nespremnost roditelje za odgoj djeteta i loš odnos s partnerom mjere su obiteljskog funkcioniranja koje doprinose oblikovanju patoloških obrazaca ponašanja u odnosu majke prema djetetu 33 dana nakon poroda. Ograničen opseg i kvaliteta socijalnih kontakata i loša iskustva roditelje iz primarne obitelji mjere su obiteljskog funkcioniranja koje doprinose oblikovanju granično poremećenih obrazaca ponašanja u odnosu majke prema djetetu 33 dana nakon poroda. 37,19% roditelja je nezaposleno što je za približno 12% više od hrvatskog prosjeka. Značajne poteškoće u svim mjerama obiteljskog funkcioniranja imaju roditelje s nezadovoljavajućim financijskim stanjem, roditelje s

neriješenim stambenim pitanjem i roditelje koje žive u nuklearnoj obitelji. Rodilje s jednim djetetom imaju značajnije poteškoće od roditelja s dvoje, troje i više djece. Poteškoće se očituju u njihovoj pripremljenosti za odgojne zadatke, u opsegu i kvaliteti socijalnih kontakata i iskustvima koja su imale u svojoj primarnoj obitelji. Gornja vršna procjena (cut-off point) simptoma postporođajne tuge treći dan nakon poroda u našem uzorku roditelja iznosi $>5,03$. 33,67% roditelja imalo je izražen teški poremećaj postporođajne tuge treći dan nakon poroda. Gornja vršna procjena simptoma postporođajne tuge 13 dana nakon poroda $>3,32$, a 33 dana nakon poroda je $>3,12$. To upućuje na opadanje teških simptoma postporođajne tuge u roditelje koji su naglašeni treći dan. 13 dana nakon poroda simptomi postporođajne tuge bili su manje izraženi. Slijed opadanja izraženosti simptoma procijenjen je i na kraju mjeseca (33 dana nakon poroda) (42, 44). Postoje značajne razlike u izraženosti simptoma postporođajne tuge između procjena roditelja 3 i 33 dana nakon poroda (Tablica 12.c.). Simptomi postporođajne tuge značajno su najnaglašeniji treći dan nakon poroda u roditelja koje su imale komplikacije u porodu, u onih u kojih je napravljena epiziotomija, u roditelja u kojih je napravljen carski rez i u onih žena čija su novorođenčad imala Apgar procjenu od 5-8. Emocionalna tupost bila je naglašenija u roditelja 33 dana nakon poroda i to u onih čija su djeca nakon rođenja imala Apgar procjenu od 5-9.

Simptomi postporođajne tuge primarna tuga i smanjeno samopouzdanje značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenčeta treći dan života novorođenčeta. Ova dva simptoma postporođajne tuge doprinose 21% objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenčeta. Trinaesti dan nakon poroda simptomi postporođajne tuge preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje roditelja značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenčeta. Ova dva simptoma postporođajne tuge doprinose 23% objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenčeta. 33 dana nakon poroda iste varijable značajno otežavaju uspostavu veze majka novorođenčeta (Tablica 19. a-c.). Simptomi postporođajne tuge preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose 20% objašnjenju varijabiliteta uspostavljene veze majka novorođenčeta.

Smanjeno samopouzdanje majke je konstantna mjera postporođajne tuge koja roditelji 33 dana nakon poroda otežava uspostavljanje veze majka novorođenčeta.

ZAKLJUČAK: Emocionalno stanje roditelja doprinosi uspostavi veze majka djeteta u značajnom, ali znatno manjem omjeru nego što se mislilo. Simptomi postporođajne tuge

primarna tuga, preosjetljivost i smanjeno samopouzdanje doprinose 21% (3 dana nakon poroda), 23% (13 dana nakon poroda) i 20% (33 dana nakon poroda) objašnjenju varijabiliteta uspostavljenog odnosa majka novorođenče. Okolinski i situacijski čimbenici kao obiteljsko funkcioniranje, socijalni status, osobne karakteristike roditelja i osobitosti poroda objašnjavaju veći dio tog odnosa. To upućuje da se pažnja s majčinog ponašanja naspram djeteta usmjeri na emocionalne potencijale koje nudi proširena obitelj roditelja i na međugeneracijski dodir u brizi za novorođenče.

KLJUČNE RIJEČI: poslijeporođajna tuga, obiteljsko funkcioniranje, veza majka-dijete

SUMMARY

TITLE: The influence of family support during the post-partal period on the incidence of postpartum blues among mothers and their readiness to accept newborn

AIM: The goal of this study was to examine the influence of family support during the postpartum period on the incidence of postpartum blues among young mothers and their readiness to accept their newborn child

STUDY POPULATION: This study took place at the „Hospital for women's health and labors“ at the Clinical Hospital Center Split and at „Home care service“ of Splitsko-Dalmatinska County Health Center. Study was conducted during the period of June 1st until August 15th of 2014. In this study, all three measurements were completed by 282 parturient women. At the beginning of the study, 395 mothers were enrolled during the first measurement while 328 completed second measurement. However, the final stage and third measurement was reached and completed by 282 women, establishing a dropout rate of 28%.

In terms of age distribution among the women who gave birth, most of them fit the range between 29 to 36 years of age (47.6%), while third of them (32.9%) were in between 23 to 28 years of age. Youngest age group (18 to 22 years of age) was represented by 6.4% while there were 13.1% of women who were older than 36 years. Majority of mothers (55.8%) had a high school diploma, 43% had a higher education while 1.21% had high education diploma or had only elementary school diploma.

Dominant majority of mothers were married (89.3%), 10.4% were not married while one mother (0.3%) identified herself as a single parent. More than half of women were multiparous (54%) while 46% gave birth for the first time. Likewise, 54% lived in the urban, city setting while 46% lived in the rural areas. Most of the women were employed (59.8%) while 37.2% were unemployed.

METHODS: In this prospective study, all three designated instruments were completed by 282 mothers. They were asked to complete a first questionnaire the day before they were discharged from hospital and then on the 10th (second questionnaire) and 30th day (third questionnaire) after being discharged. Along with the sociodemographic questionnaire, following validated questionnaires were used: Blues Questionnaire (Kennerley 1989) (40), Postpartum Bonding Questionnaire (73) and Family Functioning Questionnaire(74).

RESULTS: In our sample pool (N=282), almost a third (30.1%) of mothers exhibited disturbances in terms of mother-newborn relationship at the 3rd day postpartum. This relationship was either borderline or pathological. This proportion changed to 23% at the

second measurement while disturbances were still reported in 22.7% of women, 30 days after their discharge from hospital. The inability to organize a basic care about a newborn, unpreparedness of a mother to raise a child and a bad relationship with their partner are established measures of family functioning that contribute to the possible development of pathological patterns in terms of mother's behavior towards the child - 33 days postpartum.

The limited magnitude and quality of social contacts and bad previous experiences of a mother, originating from their primary family, are measures that contribute to borderline pathological patterns of behavior of a mother towards her child. In our study, 37.2% mothers were unemployed which is 12% above the Croatian national unemployment rate. Significant difficulties were identified in all measures of family functioning among those women who had insufficient financial resources, who did not have adequate housing or lived in a nuclear family. Women with only one child had significantly more difficulties than those women who had more children. These problems among first-time mothers arise due to their level of preparedness for upcoming challenges and the range and quality of social contacts and experiences that they had in their primary family.

The upper cut-off point for postpartum blues symptoms at the 3rd day after labor in our sample was > 5.03 , meaning that 33.7% of mothers had a substantial postpartum blues, three days after labor. The upper cut-off point for postpartum blues symptoms, thirteen days after labor was > 3.32 and more than 3.12 on a 33rd day. This trend suggests that the severe symptoms of a postpartum blues were declining after the day three when they were expressed the most. This trend was observed at the day 13 and continued towards the end of the month (33rd day postpartum).

Certain statistical differences were identified in terms of the expression of the postpartum blues symptoms among the mothers, based on first (day 3) and last measurement (33 days postpartum). Symptoms of postpartum blues on a day three were significantly worse among those mothers who had the episiotomy, who gave birth via caesarean section and whose newborns had Apgar score ranging from 5 to 8. Emotional dullness was the most highlighted symptom among mothers whose newborns had Apgar score ranging from 5 to 9. This was recorded at the third measurement (day 33 postpartum).

Symptoms of postpartum blues – primary depression and decreased self-confidence are factors that significantly complicate the normal relationship between a mother and a child,

three days after labor. These two symptoms contributed 21% to the explanation of the variability of a mother-child formed connection. Thirteen days after labor, dominant symptoms of postpartum blues were emotional hypersensitivity and decreased self-confidence. These symptoms complicate mother-child relationship as well and contribute by 23% to variability of the mother-child established relationship.

These mentioned variables also significantly complicate the mother-child relationship 33 days postpartum and contribute by 20% to the variability of the mother-child bond formation.

Data clearly showed that the decreased self-confidence of a mother was a constant measure (factor) of postpartum blues that has been persistent at all stages of measurement during the 33 day postpartum period. This variable burdened the mother-child bond formation.

CONCLUSION: The emotional state of the mother contributes to a successful formation of mother-child relationship, however, to a significantly lesser extent than previously thought. Symptoms of postpartum blues: primary depression, hypersensitivity and decreased self-confidence contribute 21 % (3 days postpartum), 23% (13 days postpartum) and 20% (33 days postpartum) to variability of formed mother-child relationship. Environmental and situational determinants such as family functioning, social status, individual characteristics of a mother along with the circumstances of the laboring process explain the most part of mother-child relationship formation. This suggests that the attention should be diverted towards the emotional potentials that are offered through the expanded family of the women and towards the intergenerational paradigm in the care for the newborn.

KEYWORDS

Postpartum blues, family functioning, mother-child relationship

PRILOG

Sociodemografski upitnik_SDU

DATUM PORODA:.....

MJESTO STANOVANJA: Grad..... Selo.....

Napišite vaš odgovor u prazni prozor ili označite slovom X tvrdnju koja Vam odgovara

1. GODINE STAROSTI:		11. SASTAV OBITELJI:	<input type="radio"/> proširena obitelj <input type="radio"/> nuklearna obitelj
2. OBRAZOVANJE:	<input type="radio"/> osnovna škola <input type="radio"/> srednja škola <input type="radio"/> VŠS ili VSS	12. PODRŠKA ČLANOVA OBITELJI U PERIODU POSLIJE PORODA:	<input type="radio"/> da <input type="radio"/> ne
3. BROJ ŽIVE DJECE:		13. PODRŠKA ČLANOVA PROŠIRENE OBITELJI:	<input type="radio"/> da <input type="radio"/> ne
4. BROJ TRUDNOĆA:		14. PODRŠKA SUSJEDA I PRIJATELJA:	<input type="radio"/> da <input type="radio"/> ne
5. PLANIRANJE TRUDNOĆE:	<input type="radio"/> planirana <input type="radio"/> neplanirana	15. APGAR SCORE DJETETA:	
6. IZVOR PRIHODA OBITELJI:	<input type="radio"/> plaća muža <input type="radio"/> plaća žene <input type="radio"/> oboje zaposleni <input type="radio"/> ostali prihodi	16. SPOL DJETETA:	<input type="radio"/> žensko <input type="radio"/> muško <input type="radio"/> blizanci
7. PRIHODI U ODNOSU NA ŽIVOTNE TROŠKOVE:	<input type="radio"/> zadovoljavaju <input type="radio"/> ne zadovoljavaju	17. VRSTA PORODA:	<input type="radio"/> spontani vaginalni porod <input type="radio"/> porod s episiotomijom <input type="radio"/> carski rez
8. STAMBENO PITANJE:	<input type="radio"/> riješeno <input type="radio"/> neriješeno	18. KOMPLIKACIJE U TRUDNOĆI:	<input type="radio"/> da <input type="radio"/> ne
9. BRAČNI STATUS:	<input type="radio"/> vjenčana zajednica <input type="radio"/> nevjenčana zajednica <input type="radio"/> samohrani roditelj	19. KOMPLIKACIJE U PORODU:	<input type="radio"/> da <input type="radio"/> ne
10. VRIJEME U BRAKU:		20. PUŠENJE:	<input type="radio"/> pušač <input type="radio"/> nepušač

**Proširena obitelj se odnosi na zajedničko domaćinstvo s svojim roditeljima ili roditeljima supružnika, a nuklearna obitelj na supruga i djecu.*

Životopis

Neda Tomić vms.

Kućna adresa: *Stanka Vraza 17*
21000 Split
e-mail: ntomic021@gmail.com
Tel: *021/473-636*
Mob: *091/575-8453*
Rođena: *18. 4. 1961. god. u Lećevici*
Državljanstvo: *Hrvatsko*
Bračno stanje: *udana*

OBRAZOVANJE

1975. - završena osnovna škola

1979. - završena srednja škola za medicinske sestre u Splitu.

1981. - položen stručni ispit.

1987. - završena Viša škola za medicinske sestre i tehničare bolničkog smjera, u poslovnoj jedinici Škola za medicinske sestre Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, braneći diplomski rad pod temom „Psihijatrijska gerijatrija“ koji je napravljen pod mentorstvom prof. dr. Borbena Uglešića.

2007. - završava treću razlikovnu godinu na studiju sestrinstva pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, stekla stručni naziv prvostupnica sestrinstva.

2011. - završava Razlikovni modul, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija u Splitu, Sveučilišni studij sestrinstva.

2011. - upisuje Diplomski studij sestrinstva na Sveučilištu u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Ispiti uspješno položeni s prosjekom ocjena 4,8.

2015. –brani magistarski rad sa temom: „Utjecaj obiteljske podrške tijekom postporođajnog razdoblja na pojavnost postporođajne tuge u roditelja i spremnost roditelja na prihvaćanje novorođenčeta“.

DODATNE EDUKACIJE

1999. - Tečaj usavršavanja zdravstvenih djelatnika u PZZ prema prvom HR projektu zdravstva, MZ i HZZO, na Visokoj zdravstvenoj školi u Zagrebu.

2000. - Tečaj usavršavanja medicinskih sestara o posebnostima u skrbi osoba sa šećernom bolešću, Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac u Zagrebu 2000. god.

2011. - stiče certifikat Međunarodne savjetnice za dojenje (IBCLC), uspješno polažući ispit poslije 80-satne edukacije „Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju“ održane na Medicinskom fakultetu u Splitu.

RADNO ISKUSTVO

Ukupno 35 godina staža.

1979. - primljena u radni odnos na Kliniku za psihijatriju KBC „Firule“ Split.

1989. - poslije sporazumno raskinutog ugovora o radu sklapa novi s Domom zdravlja „dr. Ljubo Buljević“ u Omišu i radi u pedijatrijskoj ambulanti u savjetovalištu i na cijepljenju, od 1995-1997 radi na mjestu glavne sestre, a od toga razdoblja u patronažnoj djelatnosti.

2003. - fuziranjem svih domova zdravlja u Splitsko-dalmatinskoj županiji postaje djelatnica Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije.

ČLANSTVO U PROFESIONALNIM UDRUGAMA

- Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS)
- Hrvatsko katoličko društvo medicinskih sestara i tehničara (HKDMST)

PREZENTIRANI RADOVI

2011. - „ Osobne i profesionalne kreposti medicinske sestre“ - simpozij „Život u krilu zdrave obitelji - Etika i bioetika u djelovanju medicinske sestre“ HKDMST. Rad objavljen u časopisu „Samaritanac“, lipanj, 2012, br.23.

2011. - „ Novo rađanje“ – stručni rad objavljen u časopisu „Samaritanac“, rujan, 2011, br.22.

2012. - „Rodni identitet sestrinstva“ - međunarodni simpozij „Život u krilu zdrave obitelji - dostojanstvo žene, medicinske sestre, majke i supruge“ HKDMST

2013. - „Duhovni aspekt sestrinske skrbi“ - simpozij „Život u krilu zdrave obitelji - Uloga medicinske sestre u potrebama obitelji danas“ HKDMST