

Stavovi studenata prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva

Pavina, Antonela

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:632510>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-28**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Antonela Pavina
STAVOVI STUDENATA PREMA POSLIJEPOROĐAJNOJ DEPRESIJI KOD
OČEVA
Završni rad

Rijeka, 2024

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE
PROFESSIONAL STUDY OF NURSING

Antonela Pavina

STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS POSTPARTUM DEPRESSION IN FATHERS

Bachelor thesis

Rijeka, 2024

Mentor rada: Vanda Cattonaro, mag.med.techn.

Završni rad obranjen je dana 18. srpnja 2024. na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Radoslav Kosić, mag.edu.rehab.
2. Anja Del Vechio, mag.med.techn.
3. Vanda Cattonaro, mag.med.techn.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Prijediplomski stručni studij Sestrinstvo
Vrsta studentskog rada	Rad s istraživanjem
Ime i prezime studenta	Antonela Pavina
JMBAG	351012796

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Stavovi studenata prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva
Ime i prezime mentora	Vanda Cattonaro
Datum predaje rada	04.07.2023.
Identifikacijski br. podneska	2412935910
Datum provjere rada	06.07.2023.
Ime datoteke	Antonela Pavina – Završni rad.pdf
Veličina datoteke	1,92 MB
Broj znakova	53530
Broj riječi	8863
Broj stranica	45

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	12%
-----------------	-----

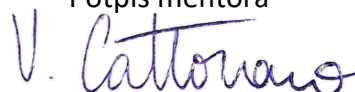
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	06.07.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

06.07.2024.

Potpis mentora



SADRŽAJ

SAŽETAK

1.	UVOD	1
	1.1 PPD kod očeva i rizični čimbenici	1
	1.2. Utjecaj PPD na dijete	3
	1.3. Podrška zdravstvenih radnika prema očevima s PPD	3
	1.4 Povezanost rodne ravnopravnosti i PPD kod očeva	4
2.	CILJEVI I HIPOTEZE	6
3.	ISPITANICI I METODE	7
	3.1. Ispitanici	7
	3.2. Postupak i instrumentarij	7
	3.3. Statistička obrada podataka	9
	3.4. Etički aspekti istraživanja	9
4.	REZULTATI	10
	4.1. Obilježja ispitanika	10
	4.2. DDads upitnik	12
	4.3. Skala stavova o ravnopravnosti spolova	16
	4.4. Analiza i provjera hipoteza	18
5.	RASPRAVA	23
	5.1. Ograničenja istraživanja	26
6.	ZAKLJUČCI	27
	LITERATURA	28
	PRIVITCI	31
	PRIVITAK A: Popis ilustracija	31
	PRIVITAK B: Upitnik	32

POPIS KRATICA

DS – diplomski studij

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5. izdanje

EPDS – Edinburška ljestvica poslijeporođajne depresije

FZSRI – Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

PDS – prijediplomski studij

PPD – poslijeporođajna depresija

SAŽETAK

UVOD: Poslijeporođajna depresija (PPD) se može pojaviti kod majki i očeva tijekom godine dana nakon rođenja djeteta. PPD ima negativne učinke na kognitivni i emocionalni razvoj djeteta, kvalitetu života roditelja i zadovoljstvo brakom. Ljudi većinom nisu svjesni da PPD mogu doživjeti i očevi i zbog toga je potrebno osvijestiti populaciju, a pogotovo zdravstvene djelatnike o pojavnosti PPD kod očeva.

CILJ: Cilj ovog istraživanja je bio ispitati stavove studenata Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci prema PPD kod očeva.

METODE: U istraživanju je sudjelovalo 146 studenata Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Istraživanje je provedeno tijekom veljače i ožujka 2024. g. Korišten je upitnik od tri cjeline: sociodemografski podaci, DDads upitnik i Skala stavova o ravnopravnosti spolova.

REZULTATI: Većina studenata (56%) upoznata je s činjenicom da se PPD može javiti i kod očeva te imaju pretežno pozitivne stavove o tom problemu. Nisu utvrđene statistički značajne razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studenata i studentica, niti među studentima različitih studijskih programa. Stavovi prema PPD kod očeva nisu bili povezani sa stavovima o ravnopravnosti spolova. Studenti koji su osviješteni o PPD kod očeva pokazuju nešto pozitivnije stavove prema PPD kod očeva u usporedbi s onima koji nisu osviješteni.

ZAKLJUČCI: Rezultati naglašavaju potrebu za daljnjim podizanjem svijesti i edukacijom o PPD kod očeva kako bi se smanjila stigma i unaprijedila podrška roditeljima.

Ključne riječi: očevi, poslijeporođajna depresija, ravnopravnost spolova, stavovi, studenti zdravstvenih usmjerenja

SUMMARY

INTRODUCTION: Postpartum depression (PPD) can occur in both mothers and fathers within a year after the birth of a child. PPD has negative effects on the cognitive and emotional development of the child, the quality of life of the parents, and marital satisfaction. People are generally unaware that fathers can also experience PPD, which is why it is necessary to raise awareness among the population, especially healthcare professionals, about the occurrence of PPD in fathers.

OBJECTIVE: The objective of this research was to examine the attitudes of students from the Faculty of Health Studies at the University of Rijeka towards PPD in fathers.

METHODS: The study involved 146 students from the Faculty of Health Studies at the University of Rijeka. The research was conducted during February and March 2024. A questionnaire consisting of three parts was used: sociodemographic data, the DDads questionnaire, and the Gender Equality Attitudes Scale.

RESULTS: Most students (56%) are aware that PPD can also occur in fathers and have predominantly positive attitudes towards this issue. No statistically significant differences were found in attitudes towards PPD in fathers between male and female students, nor among students of different study programs. Attitudes towards PPD in fathers were not related to attitudes towards gender equality. Students who are aware of PPD in fathers show slightly more positive attitudes towards PPD in fathers compared to those who are not aware.

CONCLUSIONS: The results highlight the need for further awareness and education about PPD in fathers to reduce stigma and improve support for parents.

Keywords: fathers, postpartum depression, gender equality, attitudes, health occupations students

1. UVOD

Poslijeporođajna depresija (PPD) opisuje se kao epizoda velikog depresivnog poremećaja (eng. major depressive disorder - MDD) koja se može pojaviti kod majki i očeva tijekom godine dana nakon rođenja djeteta (1). PPD ima negativne učinke na kognitivni i emocionalni razvoj djeteta, kvalitetu života roditelja i zadovoljstvo brakom (2,3). Neki od rizičnih čimbenika za razvoj PPD kod očeva su povijest depresije, bračne nesuglasice, siromaštvo, majčina depresija i neželjena trudnoća (1). Stope PPD kod očeva razlikuju se među studijama, ovisno o populaciji koja se istražuje (4,5).

Kombinacija lažnih uvjerenja, stigme i normi koje se očekuju od muškaraca pridonijela je tome da mnogi očevi izbjegavaju potražiti stručnu pomoć u vezi PPD (6). Od očeva se očekuje da budu čvrst oslonac majkama iako se dolaskom djeteta i njihov život u potpunosti mijenja. Kao i majke, očevi se moraju prilagoditi novoj ulozi. Tradicionalne roditeljske uloge majku stavljaju u prvi plan kao primarnu skrbnicu o djeci dok se uloga oca zanemaruje iako su i oni ravnopravni roditelji (7). Rodno uvjetovani stavovi prema roditeljstvu prisutni su i među zdravstvenim radnicima te mogu utjecati na njihov svakodnevni rad s roditeljima i predstavljati prepreku u prepoznavanju PPD kod očeva (8).

Pretraživanjem literature pronađeno je svega nekoliko istraživanja u kojima se spominju stavovi prema PPD kod očeva. Rezultati pokazuju da ljudi većinom nisu svjesni da PPD mogu doživjeti i očevi (9), da su stavovi pozitivniji prema PPD kod majki u usporedbi sa stavovima prema PPD kod očeva (10,11), te da muškarci imaju negativnije stavove od žena prema PPD općenito (10).

1.1 PPD kod očeva i rizični čimbenici

DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5. izdanje) definira perinatalnu depresiju kao stanje koje može započeti tijekom trudnoće ili nakon poroda. PPD se pojavljuje u roku godine dana nakon poroda, a svoj vrhunac kod očeva doseže između 3 do 6 mjeseci djetetova života. Simptomi koji se pojavljuju u PPD su emocionalni simptomi, somatski simptomi te negativna roditeljska ponašanja, a kod muškaraca se poseban naglasak stavlja i na simptome kao što su zlouporaba supstanci, rizična ponašanja i emocionalna rigidnost (12). No, većina istraživanja koja podupiru ove kriterije fokusira se na majke, a ne

na očeve (13). Prema istraživanjima prevalencija pojavljivanja PPD kod očeva je 8-13%, no ukoliko i partnerica pati od PPD, tada se mogućnost pojave PPD kod oca penje i do 50% (14,15). Majčina depresija smatra se najjačim prediktorom za razvoj depresije kod očeva u poslijeporođajnom razdoblju (14). Ovaj uzročno-posljedični odnos još nije u potpunosti razjašnjen, ali muški partneri depresivnih žena navode kako osjećaju manje potpore, strah, zbunjenost, frustraciju, bespomoćnost, ljutnju i neizvjesnost u pogledu budućnosti (16).

Muškarci se u većini slučajeva odlučuju ne prijaviti simptome PPD te puno rjeđe potraže pomoć (17). Pokazalo se da je jedan od glavnih razloga netraženja pomoći upravo samostigmatizacija koja smanjuje motivaciju za postizanjem željenih ciljeva ponašanja te samim time smanjuje i samopoštovanje (18). Očevi također navode da pomoć ne traže zbog nedostatka svijesti o PPD te nedostatka dostupne pomoći (6). Uz rijetko traženje pomoći, javlja se i problem propusta u rutinskoj poslijeporođajnoj i pedijatrijskoj skrbi gdje se ne prepoznaju PPD kod očeva te ona prođe nezamijećeno u odnosu na majčine simptome. Zbog velike pozornosti na majku u razdoblju trudnoće, porođaja i brige o djetetu u samom početku, očevi se mogu osjećati kao da su njihove želje i potrebe marginalizirane i stavljene u drugi plan (19).

Prema autorima Kim i Swain, postoji niz rizičnih čimbenika koji pospješuju pojavu PPD kod očeva (3). Razlikujemo biološke te socijalne rizične čimbenike koji utječu na razvoj PPD. Od bioloških rizičnih čimbenika mogu se navesti hormonalne promjene kod muškaraca koje se javljaju rođenjem djeteta. Smanjivanjem razine testosterona omogućuje se veća privrženost i angažiranost oko djeteta te smanjenje agresivnosti. Vazopresin, kortizol, prolaktin i estrogen kod očeva rastu prilikom rođenja djeteta i imaju pozitivan učinak na odnos oca i novorođenčeta. Niske razine testosterona su direktno povezane s mogućnošću razvoja depresije, a ukoliko se jave niske razine ostalih navedenih hormona javljaju se simptomi kao što su napetost, loše raspoloženje, netrpeljivost te poteškoće povezivanja s djetetom. Od socioloških rizičnih čimbenika veliku ulogu imaju i promjene u načinu života koje dolaze zajedno s novim članom obitelji. Može se pojaviti i problem u razvoju privrženosti i povezivanja s djetetom kao i osjećaj izostavljenosti i isključenosti dok se dijete i majka povezuju. Nedostatak podrške, zanemarivanje očevih osjećaja i promjene u bračnim odnosima koje donosi dolazak djeteta u obitelj uvelike utječu na mogućnost pojave PPD (3). Što se tiče liječenja PPD kod očeva, u ublažavanju simptoma najboljom se pokazala psihoterapija, kao što su kognitivno-bihevioralna terapija i interpersonalna terapija. Nadalje,

istraživanja su pokazala kako očevi preferiraju individualnu ili partnersku psihoterapiju u odnosu na farmakoterapiju (1).

1.2. Utjecaj PPD na dijete

Poslijeporođajna depresija kod očeva može imati značajan utjecaj na mentalno zdravlje i sam odnos s djetetom. Depresivni očevi imaju tendenciju manje obavljati roditeljske aktivnosti sa svojom djecom, poput čitanja priča i pjevanja dječjih pjesmica. Osim toga, manje je vjerojatno da će se depresivni očevi igrati vani sa svojom djecom, ograničavajući im istraživanje i pristup okolini. Posljedice PPD kod očeva prate dijete kroz cijeli njegov razvoj (20).

U studiji provedenoj 8 tjedana nakon rođenja djeteta, Gentile i Fusco su istaknuli da PPD ima specifičan i dugotrajan štetan učinak na rani bihevioralni i emocionalni razvoj djeteta, što se očituje pretjeranim plakanjem (20). Djeca čiji očevi pate od očinske depresije u dobi od 3 godine imaju tendenciju razviti poremećaje ponašanja i hiperaktivnosti. Mladi dječaci su posebno osjetljivi na učinke očevog roditeljstva, naglašava studija Ramchandani i sur. (21). U dobi od 6 do 7 godina, rizik od razvoja psihijatrijskih poremećaja (poput opozicijskih ili poremećaja ponašanja) dvostruko je veći kod djece depresivnih očeva nego kod očeva bez simptoma depresije (21). PPD također je povezan s eksternaliziranim ponašanjima kod djece kao što su agresivno ponašanje, poremećaji ponašanja, antisocijalni poremećaj osobnosti te internaliziranim ponašanjima za koje se mogu navesti primjeri depresije, tjeskobe, socijalnog povlačenja i izolacije tijekom djetinjstva i adolescencije (22).

1.3. Podrška zdravstvenih radnika prema očevima s PPD

Vjeruje se da su muškarci za razliku od žena manje skloni tražiti pomoć za bilo koje zdravstveno stanje, uključujući PPD (23). Većina psihosocijalnih čimbenika rizika se ranom identifikacijom mogu otkloniti ili ublažiti kako bi se smanjila prevalencija simptoma PPD kod očeva (24). Zato je važno naglasiti upućenost zdravstvenih djelatnika i njihovo znanje o ranom prepoznavanju PPD kod očeva kako bi se mogla pružiti pravovremena i kvalitetna pomoć. Istraživanja pokazuju da ukoliko su očevi dobili podršku od primalja, medicinskih sestara i svojih partnerica, prijavili su manje simptoma depresije od očeva koji takvu podršku nisu dobili (25). Međutim, mentalno zdravlje očeva nedovoljno je zastupljeno u obrazovanju

budućih zdravstvenih radnika koji se zbog toga mogu osjećati nespremnima pružiti adekvatnu podršku očevima u praksi (26).

Nadalje, uz manjak obrazovanja o PPD kod očeva, zdravstveni djelatnici nailaze na niz drugih teškoća vezanih uz prepoznavanje simptoma. U kvalitativnoj deskriptivnoj studiji o iskustvima medicinskih sestara u dječjim zdravstvenim centrima, očinski PPD je opisan kao nejasan i teško prepoznatljiv. Ista studija ističe složenost za stručnjake u angažiranju s očevima. Kao problem navode manjak komunikacije jer očevi često manje izražavaju svoje osjećaje i brige vezane za roditeljstvo (8). Nedostatak literature još je jedna prepreka u prepoznavanju simptoma kod očeva. Što se tiče postavljanja dijagnoze, još uvijek ne postoje jasni kriteriji za dijagnozu PPD kod očeva. Trenutno ne postoje alati dovoljno akreditirani kako bi mogli služiti za procjenu PPD kod očeva. Najčešće korišteni upitnici, kao što je EPDS ne uzimaju u obzir spolne razlike, te su stoga manje predvidljivi za procjenu simptoma PPD u muškaraca (27). Simptomi opisani u postojećoj literaturi obuhvaćaju depresivno ili tužno raspoloženje, gubitak interesa, promjena u apetitu ili tjelesnoj težini te poteškoće sa spavanjem. Ostali simptomi uključuju gubitak energije i smanjenu sposobnost razmišljanja ili koncentracije (28). Uz navedene poteškoće, zdravstveni djelatnici često imaju priliku razgovarati samo s majkom ukoliko otac ne prisustvuje pregledima. Upravo na tim pregledima mogu majci skrenuti pažnju na njezinog partnera i pojavu simptoma PPD kod partnera. Upoznata time da i majke i očevi mogu doživjeti PPD, majka bi mogla osigurati pomoć ili daljnji probir za svog partnera ako se identificiraju simptomi (27).

1.4 Povezanost rodne ravnopravnosti i PPD kod očeva

Rodna ravnopravnost, prema UNICEF-u, podrazumijeva osiguranje jednakih prava, mogućnosti i dostojanstva za sve osobe bez obzira na spol. Ona uključuje promicanje jednakih prilika za djevojčice i dječake, žene i muškarce, u svim aspektima života, uključujući obrazovanje, zdravstvo, zapošljavanje, političko sudjelovanje i pristup resursima. Rodna ravnopravnost također podrazumijeva borbu protiv rodno utemeljenog nasilja i diskriminacije te podršku za promjene u rodnim normama i stereotipima kako bi se osigurala pravednija društva za sve (29). Protiv rodne nejednakosti treba se boriti na svim razinama u društvu. Primjerice, FZSRI provodi plan rodne ravnopravnosti čiji su neki od ciljeva promocija i provedba politika rodne ravnopravnosti u sustavu visokog obrazovanja, razvijanje sustava zapošljavanja i napredovanja osjetljivog na rodnu ravnopravnost kao i

otkloniti rodno utemeljene stereotipe, predrasude te prakse koje potiču rodnu neravnopravnost (30). Unatoč naporima društva, rodne nejednakosti i dalje su snažno prisutne.

Kako prijelaz u roditeljstvo utječe na mentalno zdravlje pojedinaca, te jesu li muškarci i žene različito pogođeni ovim životnim prijelazom, još uvijek nije dovoljno jasno shvaćeno. Dolaskom djeteta, muškarci i žene se susreću s raznim zahtjevima kad je u pitanju roditeljstvo. Majke često preuzimaju veći dio kućanskih poslova i brige o djeci, što proizlazi iz pomaka prema tradicionalnijim rodnim stavovima i podjeli rada nakon ulaska u roditeljstvo (31).

Istraživanja pokazuju da veća rodna ravnopravnost uglavnom ima pozitivan učinak na zdravlje muškaraca i žena, no potrebno je poticati i podržavati muškarce da preuzmu više netradicionalnih uloga (32). Preuzimanje netradicionalnih uloga može se primijeniti i na kontekst PPD kod očeva. Tradicionalne rodne uloge koje pretpostavljaju da su očevi glavni za financijsku stabilnost obitelji, a majke glavne njegovateljice, mogu stvoriti pritisak na očeve da se osjećaju odgovornima za financijski doprinos, ali možda ne i za emocionalnu podršku ili aktivno sudjelovanje u skrbi za dijete. Neravnoteža u podjeli obiteljskih zadataka i nedostatak podrške za očeve u preuzimanju aktivnije uloge u brizi o djeci mogu doprinijeti osjećaju izolacije, stresa i nemoći (33). Stoga, promicanje rodne ravnopravnosti uključuje podršku očevima da preuzmu veću ulogu u skrbi za djecu, kao i osiguranje podrške i resursa za njihovo mentalno zdravlje tijekom tranzicije u roditeljstvo.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Cilj ovog istraživanja je ispitati stavove studenata Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva.

Specifični ciljevi su:

C1: Ispitati razlike u stavovima prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva s obzirom na spol ispitanika

C2: Ispitati razlike u stavovima prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva s obzirom na studijski program

C3: Ispitati povezanost stavova prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva i stavova o ravnopravnosti spolova

S obzirom na ciljeve istraživanja postavljaju se sljedeće hipoteze:

H1: Studentice će imati pozitivnije stavove prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva u usporedbi sa studentima

H2: Nema značajne razlike u stavovima među studijima prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva

H3: Ispitanici koji imaju tradicionalnije stavove o ravnopravnosti spolova imati će negativnije stavove prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Ispitanici u istraživanju su bili studenti koji pohađaju Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Istraživanje se odvijalo u veljači i ožujku 2024. g. U istraživanju se koristila metoda prigodnog uzorkovanja, a planirani broj ispitanika je bio 100.

U istraživanje su bili uključeni studenti svih studijskih programa Fakulteta zdravstvenih studija, a kriterij isključenja su obuhvatili studente koji ne razumiju hrvatski jezik.

3.2. Postupak i instrumentarij

Za prikupljanje podataka u ovom istraživanju korišten je upitnik koji se sastoji od tri cjeline: sociodemografski podaci, DDads upitnik i Skala stavova o ravnopravnosti spolova.

Sociodemografski podaci uključivali su pitanja o dobi, spolu, studijskom programu i godini studija.

DDads upitnik (eng. *DDads questionnaire*) koristi se za utvrđivanje osviještenosti, znanja i stavova opće populacije prema perinatalnoj depresiji kod očeva, a originalna verzija se sastoji od 4 dijela s ukupno 16 pitanja. Prvi dio obuhvaća 2 otvorena pitanja o osviještenosti ispitanika o PPD kod očeva. Drugi dio obuhvaća 3 pitanja višestrukog izbora o poznavanju simptoma i liječenja PPD kod očeva. Treći dio je skala od 21 čestice kojom se procjenjuju stavovi i uvjerenja ispitanika o PPD kod očeva. Četvrti dio se sastoji od 10 pitanja za prikupljanje sociodemografskih podataka ispitanika. U ovom istraživanju koristio se samo drugi i treći dio upitnika, odnosno pitanja o poznavanju simptoma i liječenja, te skala stavova i uvjerenja. Poznavanje simptoma i liječenja ispitivao se uz pomoć 3 pitanja višestrukog izbora. Rezultati ovog dijela upitnika prikazani su samo deskriptivno. Skala stavova i uvjerenja sadrži 21 tvrdnju o PPD kod očeva, a ispitanici izražavaju stupanj suglasnosti s tim tvrdnjama na Likertovoj ljestvici od 6 stupnjeva, od 1 = „Uopće se ne slažem“ do 6 = „U potpunosti se slažem“. Skala sadrži i opciju „Ne znam“ koja je označena brojkom 0. Čestice 8, 13, 14 i 15 obrnuto su kodirane. Rezultati svih čestica su se zbrajali. Mogući raspon rezultata na skali iznosio je 0-126 bodova, te je viši rezultat označavao negativniji stav prema

PPD kod očeva. DDads upitnik razvili su Vermeulen i sur. 2021. godine (34), te je za korištenje i prijevod upitnika na hrvatski dobivena dozvola prvog autora. Kako bi bio primjenjiv u ovom istraživanju, upitnik je preveden na hrvatski jezik od strane tri neovisna prevoditelja koji su naknadno zajednički objedinili i usuglasili konačni prijevod.

Skala stavova o ravnopravnosti spolova koristila se za mjerenje stavova ispitanika prema jednakosti muškaraca i žena (35). Skala se sastojala od 64 čestice koje opisuju ponašanje žena i muškaraca u tradicionalnim i netradicionalnim ulogama. Ispitanici su davali odgovore koristeći Likertovu ljestvicu od 5 stupnjeva, od -2 = „Uopće se ne slažem“ do 2 = „U potpunosti se slažem“. Visoki rezultati upućuju na nediskriminirajući stav prema spolu, dok niski rezultati signaliziraju tradicionalne i konzervativne stavove o ulogama muškaraca i žena. Ovaj instrument se sastojao od pet subskala – skala roditeljskih uloga (15 čestica), skala socijalno-interpersonalno-heteroseksualnih uloga (12 čestica), skala profesionalnih uloga (16 čestica), skala bračnih uloga (12 čestica) i skala obrazovnih uloga (9 čestica). Za potrebe ovog istraživanja koristila se samo subskala roditeljskih uloga i subskala bračnih uloga, ukupno 27 čestica. Čestice 1,2,4,5,6,8,9,10,11,12,14,18,19,20,22,23,24 obrnuto su kodirane. Iako su odgovori u upitniku prikazani oznakama od -2 do 2, prilikom izračuna rezultata te oznake se konvertiraju u bodove od 1 do 5. Tvrdnje se boduju tako da veći stupanj slaganja s tvrdnjom dobiva više bodova (-2=1; -1=2; 0=3; 1=4; 2=5), dok se kod obrnuto kodiranih tvrdnji neslaganje s tvrdnjom boduje višim bodovima (-2=5; -1=4; 0=3; 1=2; 2=1). Svi odgovori na čestice se zatim zbrajaju kako bi se dobio ukupni rezultat. Mogući raspon rezultata iznosio je 27-135. Skala je slobodna za korištenje u istraživačke svrhe.

Upitnik je bio distribuiran u fizičkom obliku u veljači i ožujku 2024. g. na Fakultetu zdravstvenih studija. Predviđeno vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika bilo je 15 minuta. Prije početka ispunjavanja, ispitanici su detaljno informirani o načinu popunjavanja upitnika i osigurano im je anonimno sudjelovanje. Također su dobili informacije o svrsi istraživanja i načinu obrade njihovih odgovora. Podatke je prikupljala studentica koja provodi istraživanje. U dogovoru s predstavnicima studija ispitanicima je pristupila osobno i podijelila upitnike. Ispunjene upitnike ispitanici su ubacili u zapečaćenu kutiju kojoj je pristup imala samo istraživačica. Svi studenti dobili su isti upitnik, a oni upitnici koji nisu u potpunosti ispunjeni neće biti uključeni u analizu.

3.3. Statistička obrada podataka

Stavovi o PPD kod očeva je bila zavisna varijabla izražena na intervalnoj ljestvici. Nezavisne varijable su bile spol ispitanika, studij i stavovi prema ravnopravosti spolova. Spol ispitanika i studij bili su izraženi na nominalnoj, dok je ravnopravnost bila izražena na intervalnoj ljestvici.

Deskriptivna statistika uključivala je nominalne podatke koji su bili prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama te numeričke podatke prikazane aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom.

Razlike u stavovima o PPD s obzirom na spol usporedili su se pomoću t-testa, razlike u stavovima o PPD s obzirom na studij pomoću ANOVA testa, a povezanost stavova o PPD i ravnopravnosti ispitali su se Pearsonovom korelacijom. Svi prikupljeni podaci bili su obrađeni uz pomoć računalnog programa Microsoft Office Excel i Statistica. Razina statističke značajnosti postavljena je na $p < 0,05$.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Za ovo istraživanje pribavljena je dozvola Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Sudjelovanje u istraživanju bilo je potpuno anonimno. Od ispitanika nisu traženi osobni niti identifikacijski podaci. Samo studentica koja je provodila istraživanje imala je pristup prikupljenim podacima, a obvezala se čuvati tajnost tih podataka. Ispitanici su se dobrovoljno uključili u istraživanje i imali su mogućnost odustati u bilo kojem trenutku. Na početku istraživanja, ispitanici su detaljno informirani o svrsi, ciljevima te načinu korištenja podataka. Ispunjavanje upitnika predstavljalo je istovremeno i informirani pristanak ispitanika na sudjelovanje u istraživanju i dozvolu za korištenje podataka u istraživačke svrhe. Istraživanje je bilo provedeno u skladu s etičkim načelima, a podaci su se koristili samo u istraživačke svrhe.

4. REZULTATI

4.1. Obilježja ispitanika

Na sudjelovanje u istraživanju odazvalo se ukupno 147 osoba, odnosno studenata i studentica Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Prilikom analize podataka, identificiran je jedan ekstremni odstupnik koji je na glavnoj varijabli Stavovi prema PPD kod očeva (DDads upitnik) označio odgovore za sve čestice "nisam siguran", što je rezultiralo ukupnim rezultatom od 0 bodova. Ovaj ispitanik značajno je odstupao od ostatka uzorka i narušavao distribuciju podataka. Specifično, analiza distribucije podataka po skupinama pokazala je da je prisutnost ovog odstupnika rezultirala nenormalnom distribucijom u dvije skupine po nezavisnim varijablama, te je u druge dvije skupine bila na granici statističke značajnosti. Kako bi se osigurala valjanost statističkih analiza i ispunili uvjeti za provođenje parametrijskih statističkih testova, ovaj odstupnik je isključen iz daljnjih analiza. Nakon isključenja, distribucija podataka po svim skupinama nezavisnih varijabli postala je normalna, čime su ispunjeni preduvjeti za korištenje parametrijskih statističkih testova (Tablica 1.). Nakon isključenja odstupnika broj ispitanika u istraživanju je N=146.

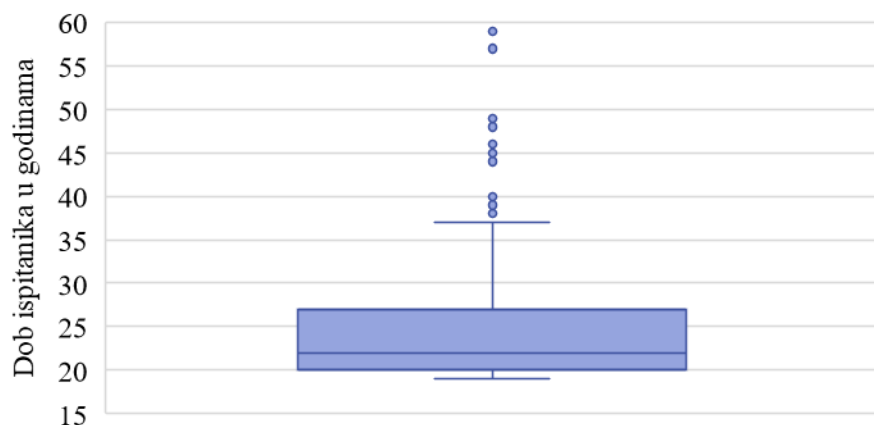
Tablica 1. Analiza normalnosti distribucije Stavova prema PPD kod očeva po skupinama ispitanika prije i poslije isključenja ekstremnog odstupnika

Stavovi prema PPD kod očeva s obzirom na:	Uključen odstupnik (n=147)	Isključen odstupnik (n=146)
Spol	0,031*	0,192
Status studenta	0,067	0,200
Razina studija	0,043*	0,200
Smjer	0,072	0,200
Godina	0,050	0,200
Upoznatost s PPD kod očeva	0,051	0,095

*Statistički značajne p-vrijednosti ($p < 0,05$)

Napomena: U tablici su navedene p-vrijednosti Kolmogorov-Smirnovljevog testa za skupine kojima pripada ispitanik identificiran kao ekstremni odstupnik, no te skupine nisu eksplicitno imenovane kako bi se očuvala anonimnost ispitanika

Prosječna starost studenata/-ica je 22 godine, s rasponom od 20 do 27 godina, što je prikazano kao medijan i 25/75 percentili (Slika 1.). Ovi statistički pokazatelji su korišteni jer dob ne slijedi normalnu raspodjelu, što je potvrđeno Kolmogorov-Smirnovljevim testom ($p < 0,001$).



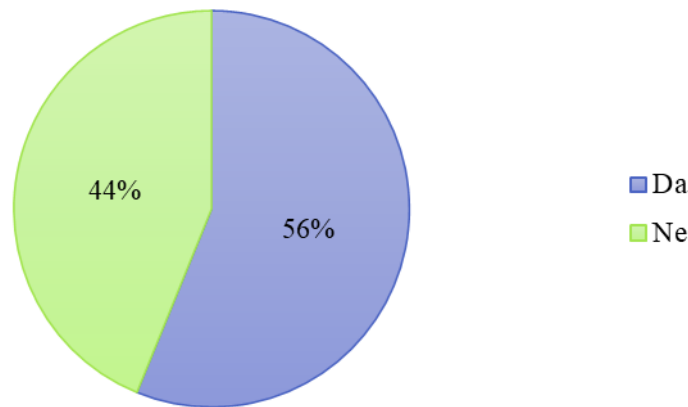
Slika 1. Distribucija dobi studenata/-ica

Obilježja ispitanika po kategorijskim varijablama prikazana su apsolutnim i relativnim frekvencijama u Tablici 2.

Tablica 2. Obilježja ispitanika izražena apsolutnim i relativnim frekvencijama

		n	%
Spol	Muško	20	14%
	Žensko	126	86%
Status studenta	Redovni	93	64%
	Izvanredni	53	36%
Razina studija	Prijediplomski	113	77%
	Diplomski	33	23%
Prijediplomski smjer	Sestrinstvo	74	51%
	Fizioterapija	16	11%
	Primaljstvo	8	6%
	Radiološka tehnologija	15	10%
Prijediplomski godina	Prva	40	27%
	Druga	22	15%
	Treća	51	35%
Diplomski smjer	Fizioterapija	-	-
	Sestrinstvo – Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja	10	7%
	Sestrinstvo – Menadžment u sestrinstvu	5	3%
	Sestrinstvo – Javno zdravstvo	9	6%
	Sestrinstvo – Gerontologija i palijativna skrb starijih	2	1%
	Klinički nutricionizam	-	-
	Primaljstvo	7	5%
Diplomski godina	Prva	19	13%
	Druga	14	10%

Od ukupno 146 ispitanika, 82 (56,2%) je odgovorilo da su upoznati s činjenicom da se poslijeporođajna depresija (PPD) može javiti i kod očeva. Preostalih 64 ispitanika (43,8%) nisu bili upoznati s ovom informacijom (Slika 2.).

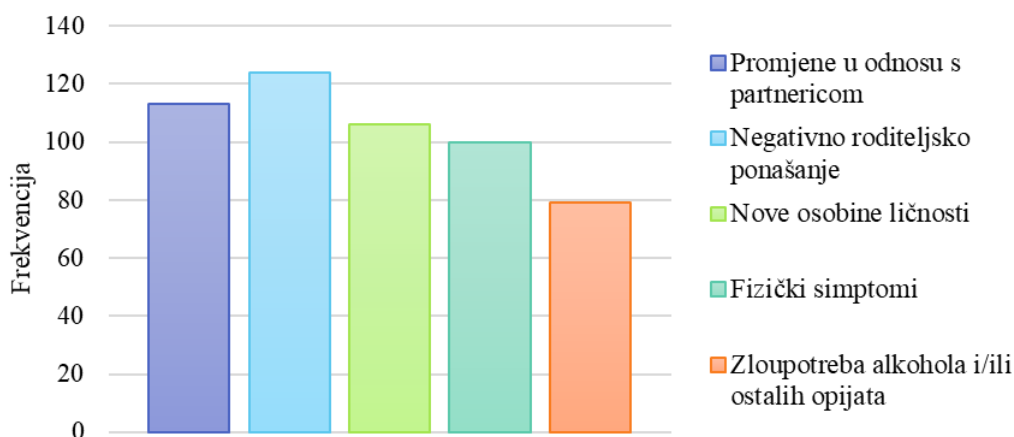


Slika 2. Osviještenost o PPD kod očeva

4.2. DDads upitnik

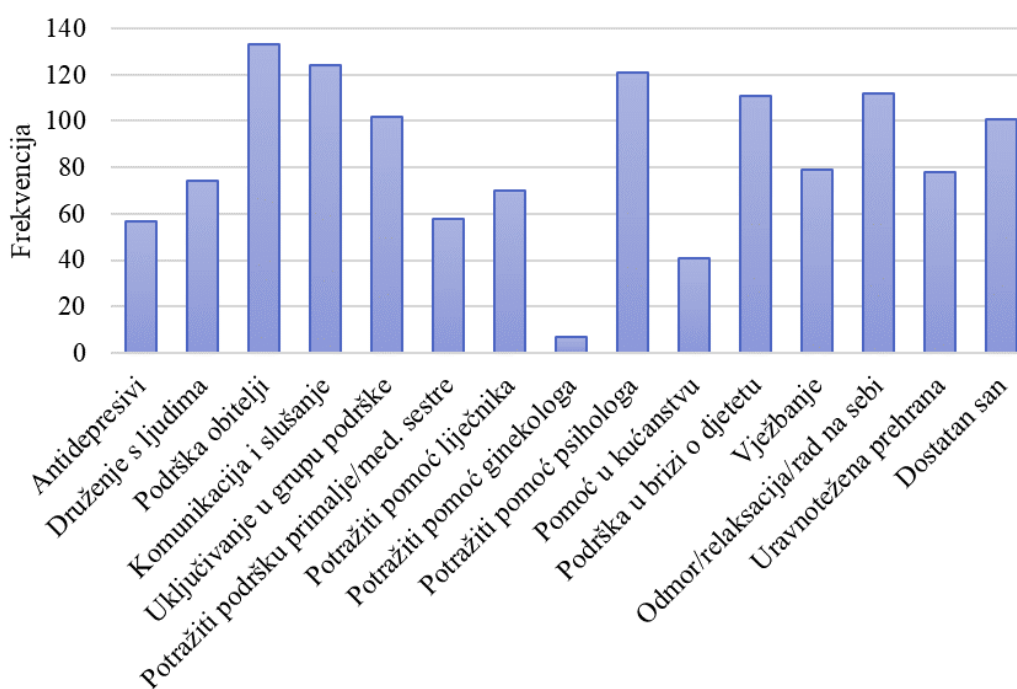
U ovom istraživanju korišteni su dijelovi DDads upitnika za procjenu osviještenosti, znanja i stavova prema perinatalnoj depresiji kod očeva, koji sadrže pitanja o poznavanju simptoma i liječenja PPD kod očeva te skalu za procjenu stavova ispitanika o PPD kod očeva.

Na pitanje 'Kako možemo prepoznati simptome očinske depresije?', ispitanici su mogli odabrati više odgovora. Najčešće prepoznati simptomi uključuju negativno roditeljsko ponašanje (84,2%), promjene u odnosu s partnerom (76,7%), te nove osobine ličnosti poput povlačenja i razdražljivosti (71,9%). Fizički simptomi poput probavnih problema i nesanice prepoznalo je 67,8% ispitanika, dok je zloupotrebu alkohola i/ili opijata prepoznalo 53,4% ispitanika. Samo jedan ispitanik (0,7%) naveo je druge simptome, kao što je kockanje. Slika 3. grafički prikazuje učestalost prepoznatih simptoma očinske depresije.



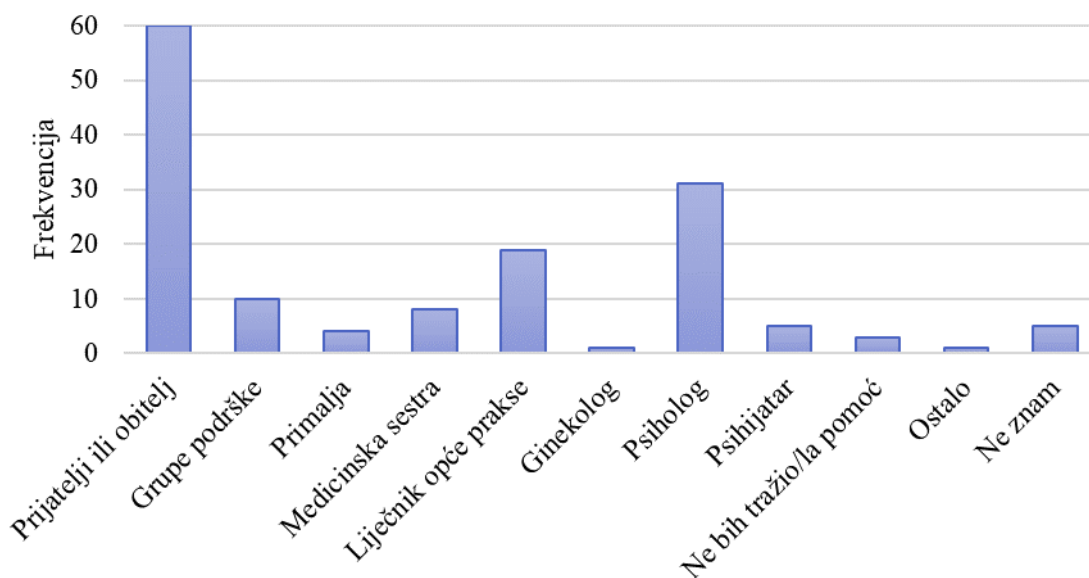
Slika 3. Prepoznavanje simptoma PPD kod očeva

Ispitanici su imali mogućnost odabrati više odgovora na pitanje 'Koji načini liječenja su prikladni za muškarce s očinskom depresijom?'. Najčešće spominjani načini liječenja bili su podrška obitelji (90,4%), komunikacija i slušanje (84,2%), te pomoć psihologa (82,2%). Ostali često spominjani načini liječenja uključuju odmor, relaksaciju i rad na sebi (76,0%), podršku u brizi o djetetu (75,3%), te uključivanje u grupu za podršku (69,9%). Dostatan san prepoznalo je 68,5% ispitanika, dok su vježbanje (53,4%), druženje s ljudima (50,0%), i traženje pomoći liječnika (47,3%) također prepoznati kao važni načini liječenja. Antidepresivi su navedeni od strane 39,0% ispitanika. Slika 4. prikazuje učestalost odabranih načina liječenja.



Slika 4. Načini liječenja prikladni za muškarce s PPD

Ispitanici su odgovarali na pitanje o tome kome bi se prvo obratili za pomoć u slučaju prepoznavanja ovog stanja kod sebe ili svog partnera. Imali su mogućnost odabira samo jednog ponuđenog odgovora na ovo pitanje. Rezultati su pokazali da je najveći broj ispitanika (41,1%) izjavio da bi se prvo obratili prijateljima ili obitelji za pomoć. Zatim, značajan postotak ispitanika (21,2%) izabrao bi psihologa kao prvog kontakta za pomoć, dok bi se liječniku opće prakse prvo obratilo 13,0% ispitanika. Manji broj ispitanika (6,8%) rekao je da bi se prvo obratili grupi podrške, dok bi se psihijatru prvo obratilo 5,5% ispitanika. Primalji ili medicinskoj sestri prvo bi se obratilo 3,4% ispitanika. Ginekolog bi bio prvi izbor za samo 0,7% ispitanika. Samo jedan ispitanik odabrao je odgovor „Drugo“ te je izjavio da bi se prvo obratio svom partneru ili partnerici za pomoć. Tek 2,7% ispitanika ne zna kome bi se obratili, dok je 2,1% ispitanika izjavilo da ne bi tražilo pomoć. Podaci o preferencijama u traženju pomoći za PPD prikazani su grafički (Slika 5.)



Slika 5. Kome bi se ispitanici prvo obratili za pomoć kod poslijeporođajne depresije?

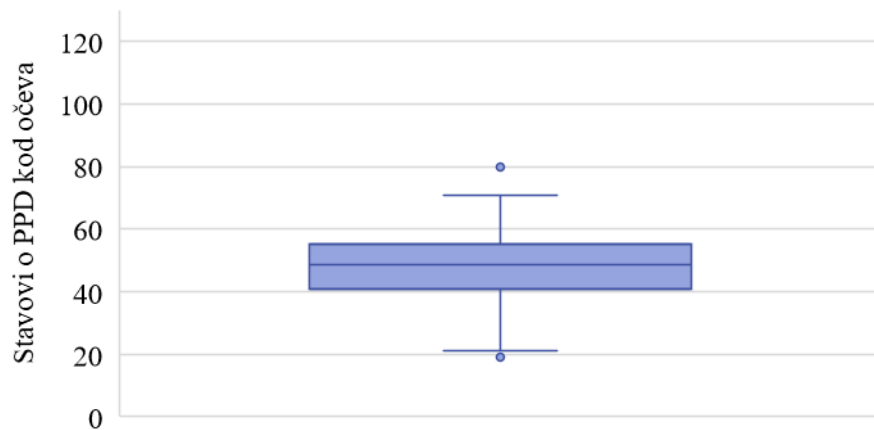
Skala stavova o PPD kod očeva sastoji se od 21 tvrdnje. Ispitanici su ocjenjivali svoje stavove na Likertovoj ljestvici od 1 do 6, gdje je 1 označavao potpuno neslaganje, a 6 potpuno slaganje. Skala također uključuje opciju "Ne znam", označenu s 0. Čestice 8, 13, 14 i 15 kodirane su obrnuto. Rezultati svih tvrdnji su zbrojeni, a mogući rezultat na skali kreće se od 0 do 126 bodova, pri čemu viši rezultat ukazuje na negativniji stav prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva. Frekvencije i postoci odgovora na svaku česticu prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. DDads Skala stavova o PPD kod očeva – frekvencije i postoci

		0	1	2	3	4	5	6
1.	Normalno je da se muškarci osjećaju depresivno tijekom trudnoće svoje partnerice.	8 6%	13 9%	23 16%	22 15%	51 35%	23 16%	6 4%
2.	Očinska depresija normalan je dio roditeljstva.	11 8%	10 7%	24 16%	24 16%	46 32%	22 15%	9 6%
3.	Muškarcima dolazi prirodno kako brinuti o bebi.	8 6%	12 8%	42 29%	34 23%	36 25%	13 9%	1 1%
4.	Muškarci razvijaju očinsku depresiju jer se ne mogu nositi s roditeljstvom.	11 8%	6 4%	24 16%	22 15%	53 36%	24 16%	6 4%
5.	Muškarci dobiju očinsku depresiju jer imaju nerealna očekivanja.	19 13%	10 7%	19 13%	22 15%	47 32%	25 17%	4 3%
6.	Očinska depresija nije postojala u prethodnim generacijama.	21 14%	38 26%	52 36%	14 10%	10 7%	10 7%	1 1%
7.	Očinska depresija nije ozbiljno stanje.	6 4%	50 34%	60 41%	21 14%	7 5%		2 1%
8.	Očinska depresija zahtijeva posebno liječenje.	15 10%	3 2%	14 10%	17 12%	43 30%	40 27%	14 10%
9.	Očinska depresija riješit će se sama od sebe kako dijete raste.	13 9%	24 16%	55 38%	20 14%	25 17%	9 6%	
10.	O očinskoj depresiji se govori samo kad se želi nauditi djetetu ili ga ubiti.	19 13%	55 38%	30 21%	11 8%	15 10%	13 9%	3 2%
11.	O očinskoj se depresiji govori samo kada otac razmišlja o samoubojstvu.	14 10%	51 35%	31 21%	15 10%	14 10%	17 12%	4 3%
12.	Jedino će muškarci s karijerom patiti od očinske depresije.	7 5%	73 50%	54 37%	6 4%	3 2%	3 2%	
13.	Muškarci čije partnerice pate od depresije skloniji su pojavi depresije.	20 14%	7 5%	21 14%	15 10%	47 32%	30 21%	6 4%
14.	Muškarce bi trebalo provjeravati pate li od simptoma očinske depresije tijekom partneričine trudnoće.	4 3%	3 2%	6 4%	9 6%	50 34%	58 40%	16 11%
15.	Muškarce bi trebalo provjeravati pate li od simptoma očinske depresije nakon što je dijete rođeno.	4 3%	3 2%	7 5%	10 7%	35 24%	67 46%	20 14%
16.	Muškarce bi trebalo provjeravati pate li od simptoma očinske depresije samo ako i partnerica ima poslijeporođajnu depresiju.	5 3%	39 27%	53 36%	18 12%	13 9%	14 10%	4 3%
17.	Muškarci koji uzimaju lijekove za očinsku depresiju su slabiji.	2 1%	101 69%	32 22%	6 4%	2 1%	3 2%	
18.	Muškarci s očinskom depresijom ne mogu biti dobri očevi.	5 3%	97 66%	32 22%	7 5%	2 1%	2 1%	1 1%
19.	Očinska depresija znak je slabosti.	2 1%	101 69%	34 23%	3 2%	4 3%	2 1%	
20.	Muškarci sami odabiru očinsku depresiju.	3 2%	105 72%	30 21%	5 3%	1 1%	1 1%	1 1%
21.	Muškarci s očinskom depresijom jednostavno žele pažnju svoje partnerice.	4 3%	74 51%	43 30%	15 10%	9 6%	1 1%	

Oznake: 0 = nisam siguran; 1 = uopće se ne slažem; 2 = ne slažem se; 3 = djelomično se ne slažem; 4 = djelomično se slažem; 5 = slažem se; 6 = u potpunosti se slažem

Normalnost distribucije ukupnih rezultata na DDads skali provjerena je Kolmogorov-Smirnovljevim testom, $p=0,200$, što sugerira da podaci nisu znatno odstupali od normalne distribucije. Prosječna vrijednost ukupnih rezultata iznosi $47,64 \pm 11,32$, iskazano aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Cronbachova alfa za pouzdanost interne konzistentnosti iznosi $0,769$, što ukazuje na prihvatljivu pouzdanost skale. Distribucija ukupnih rezultata prikazana je grafički (Slika 6.).



Slika 6. Distribucija rezultata DDads skale stavova o PPD kod očeva

4.3. Skala stavova o ravnopravnosti spolova

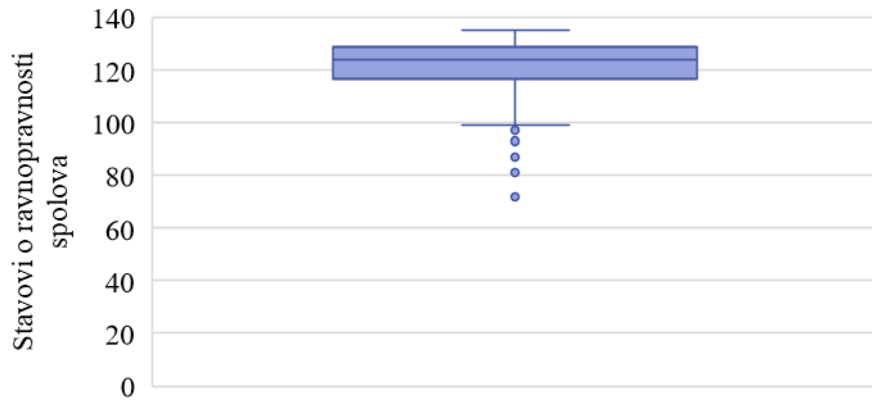
Skala stavova o ravnopravnosti spolova sastoji se od pet subskala, ali u ovom istraživanju, s obzirom na ciljeve, korištene su samo subskale roditeljskih i bračnih uloga, što čini ukupno 27 čestica. Ispitanici su ocjenjivali svoje stavove na Likertovoj ljestvici od 5 stupnjeva, od -2 do 2. Čestice 1,2,4,5,6,8,9,10,11,12,14,18,19,20,22,23,24 obrnuto su kodirane. Mogući rezultat na skali kreće se od 27 do 135, pri čemu viši rezultati ukazuju na egalitarne stavove, dok niži rezultati sugeriraju tradicionalne stavove. Sve čestice, zajedno s frekvencijama i postotcima odgovora, prikazane su u Tablici 4.

Test normalnosti distribucije Kolmogorov-Smirnov pokazao je $p < 0,001$, što sugerira da podaci nisu normalno distribuirani. Medijan ukupnih rezultata na ovoj skali bio je 124, uz raspon interkvartilne vrijednosti, koji predstavlja srednjih 50% podataka, od 116,75 (25. percentil) do 129 (75. percentil). Pouzdanost skale iznosila je $\alpha = 0,708$, što ukazuje na prihvatljivu unutarnju konzistentnost skale. Distribucija ukupnih rezultata prikazana je grafički (Slika 7.).

Tablica 4. Skala ravnopravnosti spolova – frekvencije i postoci

		-2	-1	0	1	2
1.	Ako se želi biti siguran da će dijete biti cijepljeno u odgovarajućoj dobi, odgovornost za to treba imati majka a ne otac.	97 66%	24 16%	22 15%	2 1%	1 1%
2.	Žena je sposobna kao i muškarac napraviti manje popravke u kućanstvu.		3 2%	5 3%	46 32%	92 63%
3.	Žena ima jednako pravo kao i njen suprug odlučivati o tome gdje će živjeti obitelj.	1 1%	1 1%	1 1%	9 6%	134 92%
4.	Očevi, a ne majke, morali bi voditi računa o tome s kim izlazi njihov sin ili kćer.	94 64%	18 12%	20 14%	5 3%	9 6%
5.	Očevi moraju biti sposobni mijenjati pelene svojim bebama.	1 1%	1 1%	5 3%	18 12%	121 83%
6.	Muškarci trebaju predstavljati obitelj na sastancima kućnog savjeta.	58 40%	14 10%	57 39%	10 7%	7 5%
7.	Briga o dječjim izvanškolskim aktivnostima uglavnom bi trebala biti majčina, a ne očeva.	112 77%	20 14%	12 8%	2 1%	
8.	Majka zna bolje od oca ocijeniti koje TV programe smiju gledati njihova mala djeca.	76 52%	28 19%	29 20%	10 7%	3 2%
9.	Zajednička zarada bračnih supružnika trebala bi zakonski biti pod kontrolom muža.	126 86%	9 6%	7 5%	1 1%	3 2%
10.	Majke mogu bolje od očeva kupovati djeci odjeću za školu.	45 31%	18 12%	41 28%	31 22%	10 7%
11.	Otac i majka trebaju biti jednako odgovorni da vode dijete na redovitu kontrolu kod zubara.	1 1%	2 1%	3 2%	7 5%	133 91%
12.	Supruga treba brinuti o tome da se rođendanske čestitke i pokloni pošalju na vrijeme.	87 60%	24 16%	27 18%	6 4%	2 1%
13.	Ako djecu treba kazniti, onda to treba učinit otac.	113 77%	13 9%	15 10%	5 3%	
14.	Zaposleni muž i žena moraju podjednako dijeliti kućne poslove.	1 1%	3 2%	5 3%	23 16%	114 78%
15.	Muškarac bi trebao biti glava obitelji.	72 49%	14 10%	29 20%	18 12%	13 9%
16.	Očevi znaju bolje od majki pružiti djeci pravilno seksualno obrazovanje.	99 67%	19 13%	27 18%	1 1%	
17.	Muškarci su općenito nezavisniji od njihovih supruga.	64 44%	26 18%	40 27%	14 10%	2 1%
18.	Ako žele obiteljski auto, djeca trebaju za dopuštenje pitati oca, a ne majku.	121 83%	10 7%	11 8%	3 2%	1 1%
19.	Da bi brak bio uspješan, žena treba svoje potrebe prilagođavati muževljevim.	123 84%	12 8%	8 5%	2 1%	1 1%
20.	Očevi, a ne majke, trebaju određivati koliki će biti dječji džeparac.	118 81%	14 10%	12 8%	2 1%	
21.	Za razvoj dječjeg morala važno je da otac ima autoritet, a ne majka.	106 73%	16 11%	17 12%	6 4%	1 1%
22.	Većina žena sposobna je voditi obiteljske financije jednako dobro kao i muževi.	2 1%	2 1%	8 5%	20 14%	114 78%
23.	Očevi i majke trebaju imati jednaku odgovornost da se u svoje slobodno vrijeme igraju s djecom.		1 1%	5 3%	11 8%	129 88%
24.	Očevi nisu tako sposobni tako dobro kao majke brinuti se o svojoj bolesnoj djeci.	69 47%	36 25%	25 17%	12 8%	4 3%
25.	Karijera udate žene trebala bi biti jednako važna kao i karijera njenog supruga.	1 1%	1 1%	4 3%	11 8%	129 88%
26.	Žena može jednako dobro kao i suprug odlučivati o tome koji će auto obitelj kupiti.		8 5%	12 8%	25 17%	101 69%
27.	Važno je da očevi, jednako kao i majke, vode računa o školskim obavezama djece.			4 3%	14 10%	128 88%

Oznake: -2 = uopće se ne slažem; -1 = uglavnom se ne slažem; 0 = niti se slažem, niti se ne slažem; 1 = uglavnom se slažem; 2 = u potpunosti se slažem

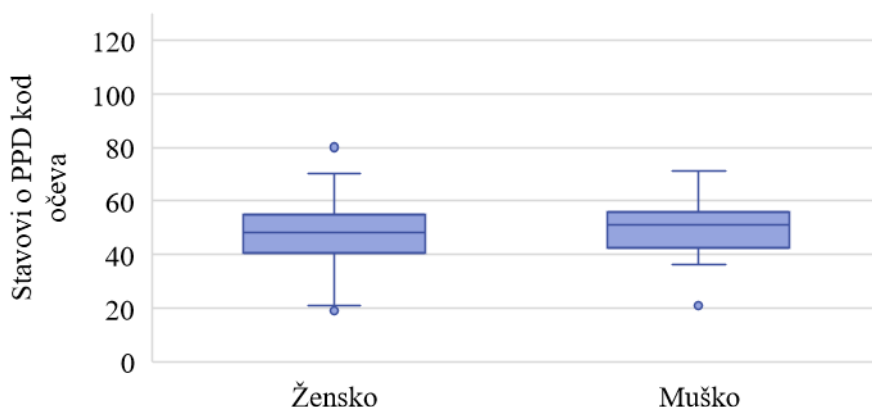


Slika 7. Distribucija rezultata na Skali stavova o ravnopravnosti spolova

4.4. Analiza i provjera hipoteza

Hipoteza H1 postavljena je kao pretpostavka da studentice imaju pozitivnije stavove prema PPD kod očeva u usporedbi sa studentima. Kako bi se testirala ova hipoteza, korišten je t-test za nezavisne uzorke. Prije provođenja t-testa, evaluirani su preduvjeti za njegovu primjenu, uključujući normalnost distribucije koja je procijenjena Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Rezultati K-S testa pokazali su da distribucija rezultata DDads skale nije značajno odstupala od normalne ni za studente ($p = 0,192$) ni za studentice ($p = 0,200$), što znači da je preduvjet normalnosti zadovoljen. Leveneov test za jednakost varijanci nije bio značajan ($p = 0,643$), što ukazuje da su varijance između skupina jednake.

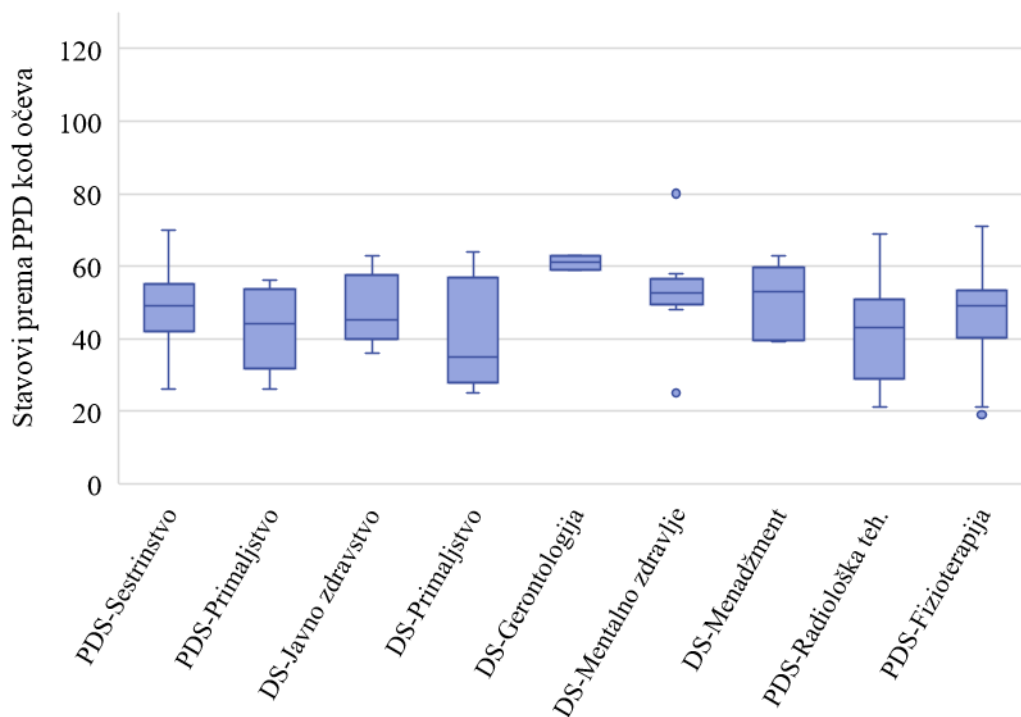
Rezultati t-testa pokazali su da nema statistički značajne razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studenata ($50,15 \pm 11,49$) i studentica ($47,24 \pm 11,28$), $t(144)=1,070$, $p=0,287$ (Slika 8.). Razlike koje postoje su male i nisu statistički značajne.



Slika 8. Razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studenata i studentica

Hipoteza H2 postavljena je kao pretpostavka da nema značajne razlike u stavovima prema PPD kod očeva između ispitanika različitih studijskih programa. Za provjeru ove hipoteze korišten je Kruskal-Wallis test, koji je neprametrijski ekvivalent jednosmjernog ANOVA testa. Ovaj test je izabran zbog neispunjavanja pretpostavki normalnosti distribucije za neke od skupina, što je procijenjeno Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Distribucija rezultata za većinu studijskih programa nije značajno odstupala od normalne. Međutim, za nekoliko programa normalnost nije zadovoljena kao što je diplomski studij Sestrinstvo – Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja: $p=0,046$; dok za diplomski studij Sestrinstvo – Gerontologija i palijativna skrb starijih ($n = 2$) nije bilo moguće izračunati p -vrijednost u testovima normalnosti zbog vrlo malog broja uzoraka. Stoga je Kruskal-Wallis test korišten kao prikladnija metoda za analizu.

Prosječne vrijednosti rezultata DDads upitnika među različitim studijskim programima bile su sljedeće: PDS-Sestrinstvo ($48,84 \pm 9,715$), PDS-Fizioterapija ($46,19 \pm 13,57$), PDS-Primaljstvo ($43,00 \pm 11,25$), PDS-Radiološka tehnologija ($42,27 \pm 12,78$), DS-Mentalno ($52,60 \pm 13,27$), DS-Menađžment ($50,20 \pm 10,43$), DS-Javno zdravstvo ($48,22 \pm 9,58$), DS-Gerontologija ($61,00 \pm 2,83$) i DS-Primaljstvo ($41,57 \pm 14,95$). Rezultati Kruskal-Wallis testa pokazali su da nema statistički značajnih razlika u stavovima prema PPD kod očeva među ispitanicima različitih studijskih programa, $H(8)=12,32$, $p=0,137$ (Slika 9.).



Slika 9. Razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studijskih programa

Kako bi se detaljnije ispitala razlike među studijskim programima, analizirana je i njihova povezanost s osviještenosti da se PPD može javiti i kod očeva. Budući da se radi o dvije kategorijske varijable, za ovu analizu korišten je Fisherov egzaktni test. Ovaj test je primijenjen zbog visoke učestalosti očekivanih frekvencija manjih od 5 u kontingencijskoj tablici (10 od 18 ćelija), što krši pretpostavke za Pearsonov hi-kvadrat test (Tablica 5.).

Fisherov egzaktni test pokazuje statistički značajnu povezanost između studijskih programa u odnosu na njihovu osviještenost da se PPD može javiti i kod očeva ($p=0,010$). Studenti prijediplomskog studija sestrinstva (PDS-Sestrinstvo), diplomskog studija Sestrinstvo – Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja (DS-Mentalno zdravlje) i diplomskog studija primaljstva (DS-Primaljstvo) pokazali su najveću razinu osviještenosti, s redom 64,9%, 70% i 100% studenata koji su na pitanje „Jeste li upoznati s činjenicom da se PPD može javiti i kod očeva?“ odgovorili "Da". Najnižu razinu osviještenosti pokazali su studenti prijediplomskog studija radiološke tehnologije (PDS-Radiološka tehnologija), gdje je samo 26,7% ispitanika odgovorilo "Da".

Tablica 5. Osviještenost da se PPD može javiti i kod očeva prema studijskim programima

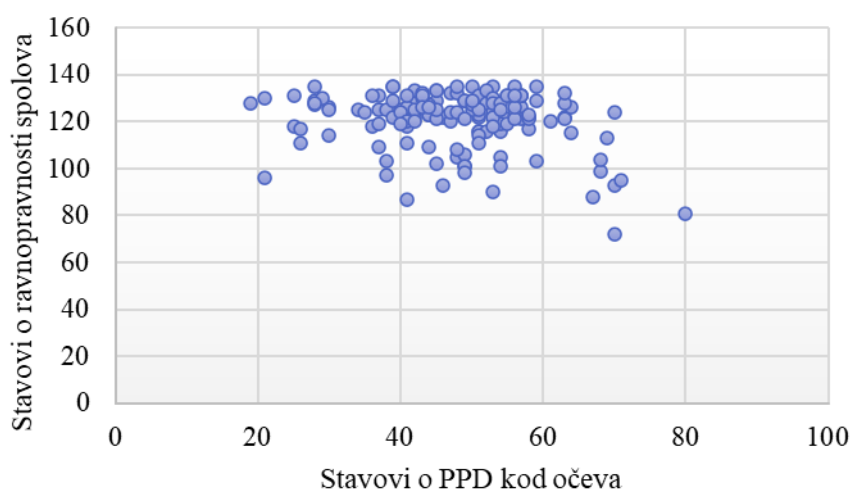
Studijski program	Da	Ne	Ukupno
PDS-Sestrinstvo	48 (65%)	26 (35%)	74 (100%)
PDS-Fizioterapija	6 (38%)	10 (62%)	16 (100%)
PDS-Primaljstvo	3 (38%)	5 (62%)	8 (100%)
PDS-Radiološka tehnologija	4 (27%)	11 (73%)	15 (100%)
DS-Mentalno zdravlje	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)
DS-Menadžment u sestrinstvu	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)
DS-Javno zdravstvo	4 (44%)	5 (56%)	9 (100%)
DS-Gerontologija i palijativna skrb	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
DS-Primaljstvo	7 (100%)	0 (0%)	7 (100%)
Ukupno	82 (56%)	64 (44%)	146 (100%)

Napomena: PDS = prijediplomski studij, DS = diplomski studij; puni nazivi studijskih programa navedeni u Tablici 2., str. 11

Hipoteza H3 postavljena je kao pretpostavka da studenti koji imaju tradicionalnije stavove o ravnopravnosti spolova imaju negativnije stavove prema PPD kod očeva. Pearsonova korelacija pretpostavlja normalnost distribucije podataka, što nije bio slučaj u ovom uzorku. Prema rezultatima Kolmogorov-Smirnovljevog testa za DDads skalu $p=0,200$, te za Skalu ravnopravnosti spolova $p<0,001$, što sugerira da distribucija DDads rezultata ne odstupa značajno od normalne, dok varijabla Ravnopravnost spolova pokazuje značajnu devijaciju od

normalne distribucije. Zbog toga je za testiranje ove hipoteze korištena Spearmanova korelacija umjesto Pearsonove. Spearmanova korelacija, kao neparametrijska metoda, ne zahtijeva normalnost distribucije te je stoga prikladnija za analizu odnosa između varijabli kada su podaci asimetrični ili kada sadrže odstupnike.

Rezultati pokazuju korelacijski koeficijent od $-0,139$, što ukazuje na slabu negativnu korelaciju između ovih varijabli (Slika 10.). Međutim, $p=0,094$ ukazuje da ova korelacija nije statistički značajna. Iako postoji slaba negativna tendencija, ona nije dovoljno jaka niti statistički potvrđena da bi podržala postavljenu hipotezu.

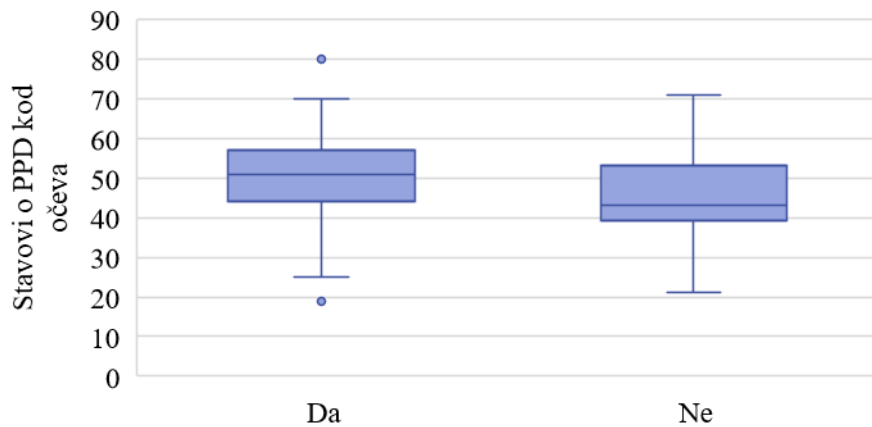


Slika 10. Povezanost stavova o PPD kod očeva i stavova o ravnopravnosti spolova

Radi pružanja dodatnog konteksta za glavne hipoteze istraživanja, provedena je i statistička analiza razlika u rezultatima na DDads skali ovisno o osviještenosti o PPD kod očeva, odnosno odgovorima ispitanika na pitanje jesu li upoznati s činjenicom da se PPD može javiti i kod očeva. Za ovu analizu korišten je t-test za nezavisne uzorke. Pretpostavke za provođenje t-testa uključuju normalnost distribucije i jednakost varijanci među skupinama. Normalnost distribucije procijenjena je Kolmogorov-Smirnovljevim testom, koji je pokazao da su distribucije za obje skupine normalne (Da: $p=0,198$; Ne: $p=0,095$;). Leveneov test za jednakost varijanci nije pokazao značajnu razliku u varijancama između dvije skupine ($p=0,883$), što omogućava korištenje t-testa.

Deskriptivna statistika pokazuje da ispitanici koji su upoznati s činjenicom da se PPD može javiti i kod očeva ($49,41 \pm 11,45$) imaju više prosječne rezultate na DDads skali u usporedbi s

onima koji nisu upoznati s tom činjenicom ($45,36 \pm 10,81$). Rezultati t-testa pokazali su statistički značajnu razliku između dvije skupine ($t(144)=2,176$, $p=0,031$). Studenti koji su osviješteni o PPD kod očeva pokazuju nešto pozitivnije stavove prema PPD kod očeva u usporedbi s onima koji nisu osviješteni (Slika 11.).



Slika 11. Razlike u rezultatima na DDads skali s obzirom na osviještenost o PPD kod očeva

5. RASPRAVA

PPD kod očeva je još uvijek tema o kojoj se nedovoljno govori, kako u društvu, tako i među zdravstvenim djelatnicima. Ovo istraživanje usmjereno je na analizu stavova studenata Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva. Cilj istraživanja bio je ispitati ove stavove u odnosu na tri specifična aspekta: spol ispitanika, studijski program koji pohađaju i povezanost s njihovim stavovima o ravnopravnosti spolova.

Rezultati istraživanja pokazuju da gotovo polovica ispitanih studenata na Fakultetu zdravstvenih studija nije upoznata s PPD kod očeva. Od ukupno 146 ispitanika, njih 82 (56,2%) je odgovorilo da su upoznati s činjenicom da se poslijeporođajna depresija (PPD) može javiti i kod očeva dok preostalih 64 ispitanika (43,8%) to nije znalo. Ovi rezultati upućuju na još uvijek nedovoljnu razinu informiranosti među zdravstvenim djelatnicima i potrebu za stavljanjem naglaska na daljnju edukaciju o PPD kod očeva. Bez obzira na osviještenost, stavovi ispitanika prema PPD kod očeva bili su pretežno pozitivni.

U istraživanju korišteni su dijelovi Ddads upitnika koji se baziraju na prepoznavanju simptoma i liječenju, te procjeni stavova ispitanika prema PPD kod očeva. Iako je osviještenost studenata o pojavi PPD kod očeva bila različita, većina se složila u prepoznavanju simptoma. Najčešće prepoznati simptomi, gdje je velik postotak studenata točno odgovorio, bili su negativno roditeljsko ponašanje (84,2%), promjene u odnosu s partnerom (76,7%), te nove osobine ličnosti poput povlačenja i razdražljivosti (71,9%). Ovi simptomi ukazuju na duboki utjecaj očinske depresije na obiteljsku dinamiku i emocionalno stanje očeva. Osim psihičkih simptoma, fizičke simptome u obliku probavnih smetnji i nesanice prepoznalo je 67,8% ispitanika. Ovaj podatak dodatno potvrđuje da očinska depresija nije samo emocionalno i psihičko stanje, već može imati i značajne fizičke manifestacije, što je većina studenata i prepoznala. Posebno su zabrinjavajući podaci o zlouporabi alkohola i/ili opijata koje je prepoznalo 53,4% ispitanika. Samo jedan ispitanik (0,7%) naveo je druge simptome, poput kockanja, što može ukazivati na specifične slučajeve koji zahtijevaju individualizirani pristup.

Na pitanje 'Koji načini liječenja su prikladni za muškarce s očinskom depresijom?', ispitanici najčešće prepoznaju podršku obitelji (90,4%). Studenti su vrlo dobro prepoznali važnost

podrške u prevladavanju depresije, što je u skladu s ranijim istraživanjima koja ističu važnost socijalne podrške u mentalnom zdravlju. Primjerice, studija koju su proveli Whisman i Weinstock (2006) pokazala je da socijalna podrška može značajno smanjiti simptome depresije kod muškaraca, uključujući i one s očinskom depresijom (36). Sljedeći najčešće birani odgovori bili su komunikacija i slušanje (84,2%), pomoć psihologa (82,2%), odmor, relaksacija i rad na sebi (76,0%) te podrška u brizi o djetetu (75,3%). Vježbanje (53,4%) i dostatan san (68,5%) su također prepoznati kao važni faktori, što je u skladu s istraživanjima koja pokazuju da fizička aktivnost i dobar san mogu značajno smanjiti simptome depresije (37). Antidepresivi, iako prepoznati od strane 39,0% ispitanika, imaju manju učestalost primjene nego drugi načini liječenja (1).

Kada je studentima postavljeno pitanje kome bi se prvo obratili za pomoć kada bi oni sami ili njihov partner/-ica prepoznali simptome PPD, 41,1% bi se prvo obratilo obitelji i prijateljima, a tek 21,2% bi potražilo pomoć psihologa. Ovo može ukazivati da i dalje postoji općenito neprepoznavanje ozbiljnosti PPD kod očeva te da se mnogi još uvijek osjećaju nelagodno tražiti pomoć od stručnjaka. Stigmatizacija i samostigmatizacija može biti jedan od glavnih faktora koji otežavaju pravovremeno i adekvatno liječenje poslijeporođajne depresije, budući da većina ispitanika prvo traži podršku unutar obitelji i među prijateljima, umjesto obraćanja psihologu. Činjenica da je samo jedan ispitanik naveo partnera ili partnericu pod ostalo u upitniku kao prvi izbor podrške, dok je većina ispitanika sklonija obraćanju obitelji i prijateljima, naglašava potrebu za jačanjem svijesti i razumijevanja PPD ne samo među pojedincima, već i unutar partnerskih odnosa. Također, mali postotak ispitanika koji ne znaju kome bi se obratili (2,7%) ili izjavljuju da ne bi tražili pomoć (2,1%) može ukazati na nedostatak informacija ili osjećaj nesigurnosti u pronalaženju podrške.

Hipoteza H1 pretpostavlja da studentice imaju pozitivnije stavove prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva u usporedbi sa studentima. Prema rezultatima na skali stavova o PPD kod očeva može se zaključiti da su stavovi ispitanika prema PPD kod očeva pretežno pozitivni, budući da je prosječni rezultat bliže donjem dijelu skale koji označava pozitivniji stav. Prema nekim istraživanjima, rezultati pokazuju da javnost gleda na depresivne muškarce negativnije od depresivnih žena te da su muškarci skloniji zadržavanju stigmatizirajućih stavova prema depresiji (38), dok se u rezultatima ovog istraživanja naišlo na to da nema statistički značajne razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studenata i studentica. Ovdje treba

uzeti u obzir puno manji broj muških (14%) nego ženskih ispitanika u uzorku što je možda moglo utjecati na rezultate.

Hipoteza H2 pretpostavlja da stavovi prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva ne variraju značajno među ispitanicima iz različitih studijskih programa, što je potvrđeno. Činjenica da u prosječnim vrijednostima rezultata DDads upitnika nema statistički značajnih razlika među različitim zdravstvenim studijskim programima može ukazivati na homogenost stavova o poslijeporođajnoj depresiji. Ovo je posebno značajno jer zdravstveni radnici različitih usmjerenja - poput sestrinstva, fizioterapije, primaljstva, radiološke tehnologije - svi mogu imati priliku interakcije s očevima koji se suočavaju s izazovima poslijeporođajne depresije. Iako nisu utvrđene značajne razlike u prosječnim vrijednostima rezultata DDads upitnika između studenata različitih studijskih programa, utvrđene su razlike u osviještenosti o PPD kod očeva. Najveću razinu osviještenosti, odgovorom „da“ na pitanje „Jeste li upoznati s činjenicom da se PPD može javiti i kod očeva?“, pokazali su studenti prijediplomskog studija sestrinstva, diplomskog studija Sestrinstvo – promicanje i zaštita mentalnog zdravlja te diplomskog studija primaljstva. Ove varijacije u razini osviještenosti mogu odražavati specifične kurikulume i naglaske unutar svakog programa. Primjerice, primaljstvo i mentalno zdravlje su područja koja bi prirodno mogla uključivati više sadržaja vezanih za emocionalno i psihološko zdravlje oba roditelja nakon rođenja djeteta.

Hipoteza H3 pretpostavlja da studenti s tradicionalnijim stavovima o ravnopravnosti spolova imaju negativnije stavove prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva. Istraživanja pokazuju da još uvijek postoji stigmatizacija prema PPD kod očeva jer se za njih tradicionalno smatra da moraju biti „glava“ obitelji, pa posljedično tome ne smiju imati zdravstvenih problema sada kada su postali očevi i kada je njihova uloga postala drugačija (8). Ipak, u ovom istraživanju ova korelacija nije bila dovoljno jaka da bi potvrdila ovu hipotezu.

Također, rezultati su pokazali da studenti koji su osviješteni o PPD kod očeva pokazuju nešto pozitivnije stavove prema PPD kod očeva u usporedbi s onima koji nisu osviješteni. Osviještenost o PPD kod očeva može igrati bitnu ulogu u oblikovanju pozitivnih stavova. Studenti koji su informirani o mogućnosti da i očevi mogu doživjeti PPD vjerojatno imaju bolje razumijevanje i empatiju prema ovoj situaciji. Znanje o PPD može smanjiti stigmatu i predrasude povezane s mentalnim zdravljem kod muškaraca, što može rezultirati pozitivnijim

stavovima i boljom podrškom (3). Upravo iz tog razloga potrebno je osvještavati studente o ovom problemu.

S obzirom na to da gotovo polovica ispitanih studenata nije bila upoznata s PPD kod očeva, postoji jasna potreba za većim naglaskom na edukaciji o ovom stanju u okviru zdravstvenih studija. Također, rezultati ukazuju na potrebu za širim društvenim kampanjama koje bi povećale svijest o PPD kod očeva, smanjile stigmatu i potaknule muškarce da potraže pomoć bez osjećaja srama ili krivnje. Iako hipoteza o tradicionalnijim stavovima nije potvrđena, osviještenost o PPD kod očeva pokazala se važnom za pozitivne stavove. Stoga je važno promovirati ravnopravnost spolova kako bi se smanjila stigma vezana uz mentalno zdravlje muškaraca.

5.1. Ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje ima nekoliko nedostataka. Izazovi u prikupljanju podataka na koje se naišlo tijekom provođenja ovog istraživanja su slab odaziv i mali broj ispitanika pojedinih studija, naročito diplomskih. Jedno od ograničenja istraživanja bila je i nemogućnost pristupa svim studentima putem fizičkih oblika ankete. Zbog logističkih i vremenskih ograničenja, nije bilo moguće osobno anketirati sve studente na fakultetu. Kako bi se prevladao ovaj izazov i osigurala reprezentativnost uzorka, odlučeno je poslati ankete putem e-maila. Ovaj pristup omogućio je uključivanje većeg broja sudionika iz različitih studijskih programa, iako nije bilo moguće garantirati jednak odaziv kao kod fizičkih anketa. Nadalje, korišten je malen i prigodan uzorak zbog čega se dobiveni rezultati ne mogu generalizirati kao rezultati cijele populacije.

6. ZAKLJUČCI

U ovom istraživanju analizirani su stavovi studenata Fakulteta zdravstvenih studija prema poslijeporođajnoj depresiji kod očeva, s fokusom na razlike između spolova, različitih studijskih programa i stavove o ravnopravnosti spolova. Na temelju postavljenih hipoteza i dobivenih rezultata, mogu postaviti sljedeći zaključci:

Prva hipoteza predviđala je da će studentice imati pozitivnije stavove prema PPD kod očeva u usporedbi sa studentima. Međutim, rezultati pokazuju da nema statistički značajne razlike u stavovima između studenata i studentica u vezi s PPD kod očeva, stoga se hipoteza H1 odbacuje.

Druga hipoteza predviđala je da neće biti značajnih razlika u stavovima prema PPD kod očeva među studentima različitih studijskih programa, što je analizom podataka potvrđeno, stoga se hipoteza H2 prihvaća.

Treća hipoteza predviđala je da će ispitanici s tradicionalnijim stavovima o ravnopravnosti spolova imati negativnije stavove prema PPD kod očeva. Međutim, rezultati nisu potvrdili ovu hipotezu, jer nije postojala dovoljno jaka negativna korelacija između stavova o ravnopravnosti spolova i stavova prema PPD kod očeva. Stoga se hipoteza H3 odbacuje.

Ovo istraživanje doprinosi razumijevanju stavova studenata Fakulteta zdravstvenih studija prema poslijeporođajnoj kod očeva, ukazujući na potrebu za integriranjem edukacije o poslijeporođajnoj depresiji kod očeva u obrazovanje zdravstvenog osoblja, pružajući studentima potrebne resurse za podršku i razumijevanje ove važne teme. Nastavak istraživanja u ovom području pružit će temelj za razvoj ciljanih intervencija i politika usmjerenih na poboljšanje mentalnog zdravlja roditelja i obiteljske dinamike.

LITERATURA

1. Scarff JR. Postpartum Depression in Men. *Innov Clin Neurosci*. 2019;16(5–6):11-14.
2. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Heal*. 2019;15:174550651984404.
3. Kim P, Swain JE. Sad Dads: Paternal Postpartum Depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(2):35 -47.
4. Sundström Poromaa I, Comasco E, Georgakis MK, Skalkidou A. Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *J Neurosci Res*. 2017;95(1-2):719-730.
5. Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, i ostali. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *J Affect Disord*. 2020;263:491–9.
6. Pedersen SC, Maindal HT, Ryom K. “I Wanted to Be There as a Father, but I Couldn’t”: A Qualitative Study of Fathers’ Experiences of Postpartum Depression and Their Help-Seeking Behavior. *Am J Mens Health*. 2021;15(3).
7. Petts RJ. *Father Involvement and Gender Equality in the United States*. London: Routledge; 2022. 157 str.
8. Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler AJ. We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses’ recognition of postnatal depression in fathers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):24.
9. Smith T, Gemmill AW, Milgrom J. Perinatal anxiety and depression: Awareness and attitudes in Australia. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(5):378–87.
10. Felder JN, Banchevsky S, Park B, Dimidjian S. Public Attitudes and Feelings of Warmth Toward Women and Men Experiencing Depression During the Perinatal Period. *Psychiatr Serv*. 2017;68(8):796–802.
11. Swami V, Barron D, Smith L, Furnham A. Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. *J Ment Health*. 2020;29(2):217–24.
12. Chen J, Zhao J, Chen X, Zou Z, Ni Z. Paternal perinatal depression: A concept analysis. *Nurs Open*. 2023;10(8):4995.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; 5th ed. American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2013.

14. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961–9.
15. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26–35.
16. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. 2013;27(6):479-85.
17. Guillemette TN, Monn JL, Chronister M. An Evidence-Based Project to Improve Paternal Postpartum Depression. *J Nurse Pract*. 2023;19(4):104495.
18. Reay M, Mayers A, Knowles-Bevis R, Knight MTD. Understanding the Barriers Fathers Face to Seeking Help for Paternal Perinatal Depression: Comparing Fathers to Men Outside the Perinatal Period. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;21(1):16.
19. Wainwright S, Caskey R, Rodriguez A, Holicky A, Wagner-Schuman M, Glasgow AE. Screening fathers for postpartum depression in a maternal-child health clinic: a program evaluation in a midwest urban academic medical center. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):675.
20. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res*. 2017;252:325-332.
21. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG; ALSPAC study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*. 2005;365(9478):2201-5.
22. Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;205:44-59.
23. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs*. 2005;49(6):616-23.
24. Oyelade OO, Olowe AO. Fathers get depressed too: lifestyle and relationship factors, stress and sleep quality are associated with depression in new fathers in the first 6 months postbirth. *Evid Based Nurs*. 2020;23(3):76.
25. Wells MB, Aronson O. Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support: A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. *J Affect Disord*. 2021;280(Pt A):127–35.
26. Oldfield VR, Carr MEd H, Oldfield V. Postnatal Depression: Student Health Visitors' Perceptions of Their Role in Supporting Fathers. *J Heal Visit*. 2017;5(3):143–9.

27. Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, De Stefano R, Zoccali RA, Muscatello MRA. When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1139.
28. Essadek A, Marie A, Rioux MA, Corruble E, Gressier F. Perception of Paternal Postpartum Depression among Healthcare Professionals: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*. 2023;12(1):68.
29. De Vos M. The European Court of Justice and the march towards substantive equality in European Union anti-discrimination law. *Int J Discrim Law*. 2020;20(1):62–87.
30. Plan rodne ravnopravnosti Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci 2022. – 2026. [Internet]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2023. [citirano 22. lipnja 2024.] Dostupno na: https://fzsri.uniri.hr/files/PROPISI-I-DOKUMENTI/FZSRI_Plan_rodne_ravnopravnosti_2022.-2026._final.pdf
31. Baxter J, Buchler S, Perales F, Western M. A Life-Changing Event: First Births and Men’s and Women’s Attitudes to Mothering and Gender Divisions of Labor. *Soc Forces*. 2015;93(3):989–1014.
32. King TL, Kavanagh A, Scovelle AJ, Milner A. Associations between gender equality and health: a systematic review. *Health Promot Int*. 2020;35(1):27-41.
33. Bataille CD, Hyland E. Involved fathering: how new dads are redefining fatherhood. *Pers Rev*. 2023;52(4):1010–32.
34. Vermeulen J, Buyl R, D’haenens F, Demedts D, Tricas-Sauras S, Haddani I, i ostali. The Development of the DDads Questionnaire: Awareness, Knowledge and Attitudes of the General Population Towards Paternal Depression. *Front Psychiatry*. 2021;11:561954.
35. Raboteg-Šarić Z. Skala stavova o ravnopravnosti spolova. U: Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z, urednici. Zbirka psiholoških skala i upitnika. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2002.
36. Weinstock LM, Whisman MA. Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: a test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(1):68-74.
37. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Med*. 2009;39(6):491-511.
38. Felder JN, Banchefsky S, Park B, Dimidjian S. Public Attitudes and Feelings of Warmth Toward Women and Men Experiencing Depression During the Perinatal Period. *Psychiatr Serv*. 2017;68(8):796-802.

PRIVITCI

PRIVITAK A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1.	Analiza normalnosti distribucije Stavova prema PPD kod očeva po skupinama ispitanika prije i poslije isključenja ekstremnog odstupnika	10
Tablica 2.	Obilježja ispitanika izražena apsolutnim i relativnim frekvencijama	11
Tablica 3.	DDads Skala stavova o PPD kod očeva – frekvencije i postoci	15
Tablica 4.	Skala ravnopravnosti spolova – frekvencije i postoci	17
Tablica 5.	Osviještenost da se PPD može javiti i kod očeva prema studijskim programima	20

Slike

Slika 1.	Distribucija dobi studenata/-ica	11
Slika 2.	Upoznatost s PPD kod očeva	12
Slika 3.	Prepoznavanje simptoma PPD kod očeva	13
Slika 4.	Načini liječenja prikladni za muškarce s PPD	13
Slika 5.	Kome bi se ispitanici prvo obratili za pomoć kod poslijeporođajne depresije?	14
Slika 6.	Distribucija rezultata DDads skale stavova o PPD kod očeva	16
Slika 7.	Distribucija rezultata na Skali stavova o ravnopravnosti spolova	18
Slika 8.	Razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studenata i studentica	18
Slika 9.	Razlike u stavovima prema PPD kod očeva između studijskih programa	19
Slika 10.	Povezanost stavova o PPD kod očeva i stavova o ravnopravnosti spolova	21
Slika 11.	Razlike u rezultatima na DDads skali s obzirom na osviještenost o PPD kod očeva	22

STAVOVI STUDENATA O POSLIJEPOROĐAJNOJ DEPRESIJI KOD OČEVA

Poštovani studenti,

Ispred vas je upitnik kojim se istražuju stavovi o poslijeporođajnoj depresiji kod očeva. Ovo istraživanje provodi Antonela Pavina, studentica prijediplomskog studija sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, u svrhu izrade završnog rada.

Vaše sudjelovanje u istraživanju je potpuno dobrovoljno i anonimno, te slobodno možete odustati od ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku. Prikupljeni podaci će se koristiti isključivo u istraživačke svrhe. Za ispunjavanje ovog upitnika će biti potrebno oko 10 minuta.

Hvala na Vašem sudjelovanju!

Kontakt: apavina@student.uniri.hr

Potvrđujem da sam pročitao/-la upute te da sam imao/-la priliku postavljati pitanja.

Razumijem svrhu ovog istraživanja i moju ulogu kao sudionika.

Razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno i da mogu odustati od ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku bez navođenja razloga.

Razumijem da će moji podaci biti anonimni i povjerljivi.

Pristajem na sudjelovanje u istraživanju: **Da** **Ne**

STAVOVI STUDENATA O POSLIJEPOROĐAJNOJ DEPRESIJI KOD OČEVA

Opći podaci

KOLIKO IMATE GODINA? _____ SPOL: Muški Ženski

KOJI STUDIJSKI PROGRAM POHAĐATE? STATUS STUDENTA: GODINA STUDIJA:

- Prijediplomski**
- Sestrinstvo
 - Fizioterapija
 - Primaljstvo
 - Radiološka tehnologija
- Diplomski**
- Fizioterapija
 - Sestrinstvo – Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja
 - Sestrinstvo – Menadžment u sestrinstvu
 - Sestrinstvo – Javno zdravstvo
 - Sestrinstvo – Gerontologija i palijativna skrb starijih
 - Klinički nutricionizam
 - Primaljstvo

JESTE LI UPOZNATI S ČINJENICOM DA SE POSLIJEPOROĐAJNA DEPRESIJA MOŽE JAVITI I KOD OČEVA? Da Ne

DDads upitnik

POZNAVANJE SIMPTOMA I LIJEČENJE

U ovom dijelu upitnika procjenjujemo znanje studenata o očinskoj depresiji. Pažljivo pročitajte pitanja i označite odgovore koje smatrate točnima.

1. Kako možemo prepoznati simptome očinske depresije?

(moguće je više točnih odgovora)

- Promjena u odnosu s partnerom (smanjena privrženost, porast problema u partnerskom odnosu, povećana odbojnost prema partneru, nasilje u vezi, smanjena predanost partnerskom odnosu)
- Negativno roditeljsko ponašanje: smanjene pozitivne emocije, smanjena privrženost, smanjena osjetljivost, povećana odbojnost, nametljivo ponašanje i smanjena uključenost
- Nove osobine ličnosti: povlačenje/izbjegavanje/izolacija (od socijalnih situacija, posla ili obitelji), neodlučnost, cinizam, napadaji bijesa, samokritičnost, razdražljivost
- Fizički simptomi: probavni problemi (smetnje), promjene u apetitu i težini, proljev, zatvor, glavobolja, zubobolja, mučnina i nesаница
- Zloupotreba alkohola i/ili ostalih opijata
- Drugo: _____

2/6

2. Koji načini liječenja su prikladni za muškarce s očinskom depresijom?

(moguće je više odgovora)

- Antidepresivi
- Druženje s ljudima
- Potpora obitelji
- Komunikacija i slušanje
- Uključiti se u grupu za podršku
- Potražiti podršku primalje/medicinske sestre
- Potražiti pomoć liječnika
- Potražiti pomoć ginekologa
- Potražiti pomoć psihologa
- Pomoć u kućanstvu
- Podrška u brizi o djetetu
- Vježbanje
- Odmor/relaksacija/rad na sebi
- Uravnotežena prehrana
- Dostatan san

3. Kada biste Vi ili Vaš partner prepoznali poslijeporođajnu depresiju, kome biste se prvo obratili za pomoć?

(Odaberite jedan odgovor)

- Prijatelji ili obitelj
- Grupe podrške (uživo ili online)
- Primalja
- Medicinska sestra
- Liječnik opće prakse
- Ginekolog
- Psiholog
- Psihijatar
- Ne bih tražio/la pomoć
- Ostalo: _____
- Ne znam

STAVOVI I UVJERENJA: TVRDNJE O OČINSKOJ DEPRESIJI

Pažljivo pročitajte tvrdnje i razmislite u kojoj mjeri se slažete s pojedinom tvrdnjom. Pored svake tvrdnje označite broj koji odgovara navedenom:

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Djelomično se ne slažem	Djelomično se slažem	Slažem se	Potpuno se slažem	Ne znam
1	2	3	4	5	6	0
Normalno je da se muškarci osjećaju depresivno tijekom trudnoće svoje partnerice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Očinska depresija normalan je dio roditeljstva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muškarcima dolazi prirodno kako brinuti o bebi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muškarci razvijaju očinsku depresiju jer se ne mogu nositi s roditeljstvom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muškarci dobiju očinsku depresiju jer imaju nerealna očekivanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3/6

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Djelomično se ne slažem	Djelomično se slažem	Slažem se	Potpuno se slažem	Ne znam	
1	2	3	4	5	6	0	
Očinska depresija nije postojala u prethodnim generacijama.	1	2	3	4	5	6	0
Očinska depresija nije ozbiljno stanje.	1	2	3	4	5	6	0
Očinska depresija zahtijeva posebno liječenje.	1	2	3	4	5	6	0
Očinska depresija riješit će se sama od sebe kako dijete raste.	1	2	3	4	5	6	0
O očinskoj depresiji se govori samo kad se želi nauditi djetetu ili ga ubiti.	1	2	3	4	5	6	0
O očinskoj se depresiji govori samo kada otac razmišlja o samoubojstvu.	1	2	3	4	5	6	0
Jedino će muškarci s karijerom patiti od očinske depresije.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarci čije partnerice pate od depresije skloniji su pojavi depresije.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarce bi trebalo provjeravati pate li od simptoma očinske depresije tijekom partneričine trudnoće.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarce bi trebalo provjeravati pate li od simptoma očinske depresije nakon što je dijete rođeno.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarce bi trebalo provjeravati pate li od simptoma očinske depresije samo ako i partnerica ima poslijeporođajnu depresiju.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarci koji uzimaju lijekove za očinsku depresiju su slabiji.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarci s očinskom depresijom ne mogu biti dobri očevi.	1	2	3	4	5	6	0
Očinska depresija znak je slabosti.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarci sami odabiru očinsku depresiju.	1	2	3	4	5	6	0
Muškarci s očinskom depresijom jednostavno žele pažnju svoje partnerice.	1	2	3	4	5	6	0

Skala stavova o ravnopravnosti spolova

U ovom upitniku navedene su neke tvrdnje o ženama i muškarcima. Svaku tvrdnju pažljivo pročitajte. Nakon toga, odlučite se u kojoj mjeri se slažete ili ne slažete s pojedinom tvrdnjom.

Nas zanima Vaše vlastito mišljenje, a ne mišljenje o muškarcima i ženama koje je u našem društvu općeprihvaćeno.

Pored svake tvrdnje napisana je skala u rasponu od -2 do 2 na kojoj trebate označiti samo jedan broj koji označava Vaš stupanj slaganja s određenom tvrdnjom.

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	Potpuno se slažem
-2	-1	0	1	2

Ako se želi biti siguran da će dijete biti cijepljeno u odgovarajućoj dobi, odgovornost za to treba imati majka a ne otac.	-2	-1	0	1	2
Žena je sposobna kao i muškarac napraviti manje popravke u kućanstvu.	-2	-1	0	1	2
Žena ima jednako pravo kao i njen suprug odlučivati o tome gdje će živjeti obitelj.	-2	-1	0	1	2
Očevi, a ne majke, morali bi voditi računa o tome s kim izlazi njihov sin ili kćer.	-2	-1	0	1	2
Očevi moraju biti sposobni mijenjati pelene svojim bebama.	-2	-1	0	1	2
Muškarci trebaju predstavljati obitelj na sastancima kućnog savjeta.	-2	-1	0	1	2
Briga o dječjim izvanškolskim aktivnostima uglavnom bi trebala biti majčina, a ne očeva.	-2	-1	0	1	2
Majka zna bolje od oca ocijeniti koje TV programe smiju gledati njihova mala djeca.	-2	-1	0	1	2
Zajednička zarada bračnih supružnika trebala bi zakonski biti pod kontrolom muža.	-2	-1	0	1	2
Majke mogu bolje od očeva kupovati djeci odjeću za školu.	-2	-1	0	1	2
Otac i majka trebaju biti jednako odgovorni da vode dijete na redovitu kontrolu kod zubara.	-2	-1	0	1	2
Supruga treba brinuti o tome da se rođendanske čestitke i pokloni pošalju na vrijeme.	-2	-1	0	1	2

5/6

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	Potpuno se slažem	
-2	-1	0	1	2	
Ako djecu treba kazniti, onda to treba učiniti otac.	-2	-1	0	1	2
Zaposleni muž i žena moraju podjednako dijeliti kućne poslove.	-2	-1	0	1	2
Muškarac bi trebao biti glava obitelji.	-2	-1	0	1	2
Očevi znaju bolje od majki pružiti djeci pravilno seksualno obrazovanje.	-2	-1	0	1	2
Muškarci su općenito nezavisniji od njihovih supruga.	-2	-1	0	1	2
Ako žele koristiti obiteljski auto, djeca trebaju za dopuštenje pitati oca, a ne majku.	-2	-1	0	1	2
Da bi brak bio uspješan, žena treba svoje potrebe prilagođavati muževljevim.	-2	-1	0	1	2
Očevi, a ne majke, trebaju određivati koliki će biti dječji džeparac.	-2	-1	0	1	2
Za razvoj dječjeg morala važno je da otac ima autoritet, a ne majka.	-2	-1	0	1	2
Većina žena sposobna je voditi obiteljske financije jednako dobro kao i muževi.	-2	-1	0	1	2
Očevi i majke trebaju imati jednaku odgovornost da se u svoje slobodno vrijeme igraju s djecom.	-2	-1	0	1	2
Očevi nisu tako sposobni tako dobro kao majke brinuti se o svojoj bolesnoj djeci.	-2	-1	0	1	2
Karijera udate žene trebala bi biti jednako važna kao i karijera njenog supruga.	-2	-1	0	1	2
Žena može jednako dobro kao i suprug odlučivati o tome koji će auto obitelj kupiti.	-2	-1	0	1	2
Važno je da očevi, jednako kao i majke, vode računa o školskim obavezama djece.	-2	-1	0	1	2

Hvala na sudjelovanju!

6/6