

NEPLANIRANA TRUDNOĆA: UTJECAJ SOCIJALNE PODRŠKE NA MENTALNO ZDRAVLJE TRUDNICE I ISHOD TRUDNOĆE

Savić, Victoria

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:535623>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#) / [Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Victoria Savić

NEPLANIRANA TRUDNOĆA: UTJECAJ SOCIJALNE PODRŠKE NA
MENTALNO ZDRAVLJE TRUDNICE I ISHOD TRUDNOĆE: rad s
istraživanjem

Završni rad

Rijeka, 2023.

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

Victoria Savić

UNPLANNED PREGNANCY: THE INFLUENCE OF SOCIAL SUPPORT
ON THE MENTAL HEALTH OF PREGNANT WOMAN AND THE
PREGNANCY OUTCOME: research

Bachelor thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: Helena Štrucelj, mag. psych.

Završni rad obranjen je dana 29. lipnja 2023. na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. mr. sc. Sanda Tamarut, dipl. san. ing.
2. Magdalena Kurbanović univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC
3. dr. sc. Toni Buterin, mag. sanit. ing.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

| | |
|------------------------|--|
| Sastavnica | Fakultet zdravstvenih studija |
| Studij | Preddiplomski stručni studij Primaljstvo |
| Vrsta studentskog rada | Završni rad |
| Ime i prezime studenta | Victoria Savić |
| JMBAG | / |

Podatci o radu studenta:

| | |
|-------------------------------|--|
| Naslov rada | Neplanirana trudnoća: utjecaj socijalne podrške na mentalno zdravlje trudnice i ishod trudnoće |
| Ime i prezime mentora | Helena Štrucelj |
| Datum predaje rada | 13. 6. 2023. |
| Identifikacijski br. podneska | 2115208842 |
| Datum provjere rada | 13. 6. 2023. |
| Ime datoteke | Završni rad_Savić_2023-konačna |
| Veličina datoteke | 133,14K |
| Broj znakova | 55848 |
| Broj riječi | 9573 |
| Broj stranica | 39 |

Podudarnost studentskog rada:

| | |
|-----------------|----|
| Podudarnost (%) | 6% |
|-----------------|----|

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

| | |
|--|--|
| Mišljenje mentora | Zadovoljava |
| Datum izdavanja mišljenja | 13. 6. 2023. |
| Rad zadovoljava uvjete izvornosti | <input checked="" type="checkbox"/> da |
| Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti | <input type="checkbox"/> |
| Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno) | |

Datum

13. 6. 2023.

Potpis mentora



SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Planiranje obitelji | 2 |
| 1.2. Neplanirana trudnoća | 3 |
| 1.2.1. Dob, stupanj obrazovanja i financijski status žena koje su neplanirano zatrudnjele | 4 |
| 1.3. Negativne posljedice neplanirane trudnoće | 4 |
| 1.3.1. Fizičko zdravlje, tijek i ishod trudnoće | 4 |
| 1.3.2. Mentalno zdravlje..... | 5 |
| 1.3.3. Odluka o prekidu trudnoće | 6 |
| 1.4. Podrška u neplaniranoj trudnoći | 7 |
| 1.4.1. Podrška partnera i obitelji | 8 |
| 1.4.2. Stručna podrška | 9 |
| 2. CILJEVI I HIPOTEZE | 11 |
| 3. ISPITANICI, MATERIJALI I METODE | 13 |
| 3.1. Ispitanice | 13 |
| 3.2. Postupak i instrumentarij | 13 |
| 3.3. Statistička obrada podataka..... | 15 |
| 3.4. Etički aspekti istraživanja | 15 |
| 4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA | 17 |
| 5. RASPRAVA | 22 |
| 6. ZAKLJUČAK | 27 |
| LITERATURA..... | 28 |
| Privitak A: Popis ilustracija..... | 31 |
| Tablice | 31 |
| Slike..... | 31 |
| ŽIVOTOPIS | 32 |

SAŽETAK

Trudnoća je u životu svake žene novo iskustvo i razdoblje velikih promjena. Do posebno velikih promjena dolazi u životu žene koja svoju trudnoću nije planirala. U ovakvoj je situaciji posebno važna socijalna podrška koju žena treba dobiti u svojoj okolini. Mnogim je istraživanjima dokazano da socijalna podrška i njena kvaliteta ima utjecaj na mentalno zdravlje žene, ali i na trudnoću. Neke se žene uslijed pomanjkanja socijalne podrške odluče na prekid trudnoće, što dovodi do novih opterećenja za njeno mentalno, ali i fizičko zdravlje.

Cilj je ovog istraživanja bio na području Republike Hrvatske ispitati stavove žena koje su neplanirano zatrudnjele o tome jesu li dobile dovoljno kvalitetnu socijalnu podršku i smatraju li da je ona imala utjecaj na njihovo mentalno zdravlje, eventualne komplikacije u trudnoći i ishod same trudnoće. Osim toga jedan od ciljeva je bio istražiti i povezanost kvalitete socijalne podrške sa sociodemografskim obilježjima ispitanica. U istraživanju je sudjelovalo 214 ispitanica s neplaniranom trudnoćom te je ono provedeno pomoću *online* upitnika izrađenog za potrebe ovog istraživanja.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem su pokazali kako je kvaliteta socijalne podrške pružena ženama s neplaniranom trudnoćom u Republici Hrvatskoj još uvijek nedostatna i kako ona kao takva može imati važan utjecaj na trudnoću, odluku o zadržavanju ili prekidanju trudnoće, ali i samu trudnicu, točnije njeno mentalno zdravlje.

Ključne riječi: ishod trudnoće, mentalno zdravlje, neplanirana trudnoća, socijalna podrška

SUMMARY

Pregnancy is a new experience and a time of big changes in every woman's life. Particularly big changes occur in the life of a woman who did not plan her pregnancy. In such a situation, the social support that a woman should receive from the society in her environment is especially important. Many studies have proven that social support and its quality have a major impact on a woman's mental health, but also on pregnancy. Due to the lack of social support, some women decide to terminate their pregnancy, which leads to new burdens for their mental and physical health.

The aim of this research was to examine the attitudes of women who had an unplanned pregnancy in the territory of the Republic of Croatia, on whether they received sufficient quality social support and whether it had an impact on their mental health, possible complications during pregnancy and the outcome of the pregnancy itself. In addition, one of the goals was to investigate the connection between the quality of social support and the sociodemographic characteristics of the respondents. 214 respondents with an unplanned pregnancy participated in the research, and it was conducted using an *online* questionnaire created for the purposes of this research.

The results of this research showed that the quality of social support provided to women with an unplanned pregnancy in the Republic of Croatia is still insufficient and that it can have an important impact on the pregnancy, the decision to maintain or terminate the pregnancy, but also on the pregnant woman herself, specifically her mental health.

Key words: mental health, pregnancy outcome, social support, unplanned pregnancy

1. UVOD

Trudnoća i prilagodba na majčinsku ulogu su među najzbudljivijim i najljepšim periodima u životu žene. Ovaj životni događaj predstavlja razdoblje velikih promjena i prilagodbe na novi način života, a posebice je važna psihološka komponenta prilagodbe na novonastalu situaciju i ulogu. Trudnoća također može biti razdoblje života popraćeno burnim promjenama raspoloženja, miješanjem osjećaja i misli, što je najčešće uzrokovano naglim promjenama razina hormona, ali i drugim čimbenicima. Neki od simptoma poteškoća s mentalnim zdravljem u trudnoći mogu biti iscrpljenost ili pak pretjerana aktivnost, nesanica, napadaji panike, pretjeran osjećaj straha, gubitak samopouzdanja, pa čak i usamljenost (1).

Zbog svih navedenih kako psiholoških, ali i fizičkih promjena u tijelu žene, nerijetko se javljaju problemi s mentalnim zdravljem, ali kako je svaki pojedinac različit, žene se na različit način nose s istima. Problemi s mentalnim zdravljem zastupljeni kod gotovo petine žena tijekom prenatalnog i postnatalnog perioda, što može potrajati od nekoliko mjeseci do godine dana (2). Trudnice koje su u trudnoći imale manju socijalnu podršku imaju veći rizik za razvoj nekog vida mentalnog poremećaja ili bolesti u porodu ili nakon njega (3). Na ovu je temu 2021. godine napravljen sustavni pregled istraživanja o povezanosti socijalne podrške u trudnoći s mentalnim zdravljem trudnice. Od ukupno 22 istraživanja koja su uzeta za narativnu analizu, njih čak 20 pokazalo je značajnu povezanost socijalne podrške u trudnoći i mentalnog zdravlja trudnice (4).

Kako je neplanirana trudnoća sama po sebi stresna, s njom dolaze i nove stresne situacije u životu, kojih možda ne bi bilo da se ona nije dogodila. Svaki takav stresan događaj znatno može utjecati na psihološko stanje majke te jednako tako svaka neočekivana promjena vezana uz trudnoću može biti dodatan stresan okidač i kao takav može znatno utjecati na tijek i ishod trudnoće. U trudnice koja prolazi ovakvo iskustvo, svaki stresni podražaj može dovesti do razvitka negativnih psiholoških simptoma poput tjeskobe, straha i nesigurnosti. Do ovakvih pojava dolazi zbog toga što majka ne zna što očekivati i nije sigurna u svoje sposobnosti i mogućnosti da s obzirom na neočekivane promjene vodi brigu o sebi, a posebno o djetetu. Često u ovakvim situacijama izostaje ono najvažnije, a to je socijalna podrška okoline i najbližih, s posebnim naglaskom na podršku partnera koji bi ujedno trebao biti i oslonac ženi koja se našla u situaciji koja mijenja život iz korijena (5).

1.1. Planiranje obitelji

Trudnoća, porod i rođenje djeteta donose novu ulogu u životu, a to je uloga roditelja. Za pojedinca je to velika životna promjena, pogotovo kada se roditeljem postaje po prvi puta. Roditeljstvo je posebice za majku zahtjevno kako fizički tako i psihički (6).

Kako bi žena zajedno s partnerom s kojim će graditi obitelj ovu bitnu ulogu ostvarila u što opuštenijem, ali i sigurnijem okruženju, trudnoću je potrebno planirati. Planiranje obitelji je temeljno pravo svakog pojedinca. Pod pojmom planiranja obitelji podrazumijeva se pravo pojedinca da izabere partnera s kojim će ostvariti obitelj, da planira kada i na koji način želi ostvariti trudnoću i na kraju koliko potomaka želi imati. Kada netko trenutno nije u za to povoljnoj situaciji, u vidu planiranja obitelji govorimo o odabiru najbolje i najpovoljnije metode kontracepcije. U planiranje obitelji osim svega ovdje navedenog također ubrajamo i informiranost o spolnom zdravlju, prevenciji spolno prenosivih bolesti, neplodnosti, sprječavanju neplaniranih trudnoća te odabiru optimalnog vremena za ostvarivanje roditeljstva. Sve ovo je važno kako bi pojedinci planirajući obitelji povećali kvalitetu života i smanjili rizike za vlastito zdravlje kako fizičko, tako i mentalno, kao i zdravlje svoje buduće djece (7).

Govoreći o odluci o ostvarivanju majčinstva, ona se može podijeliti na dvije različite vrste odluka. Odluka žene na trudnoću i majčinstvo može biti svjesna i detaljno planirana, no jednako tako može biti donijeta nenadano. Neke žene trudnoću ne planiraju ili je nisu očekivale, ali svejedno odlučuju prihvatiti ovu veliku životnu promjenu i važnu ulogu. Postoje teorije o tome što se kod žene događa kada se ona priprema za ulogu majke. Najvažnije je da ona bude mentalno spremna na majčinstvo i sve što ono nosi kako pozitivno, tako i negativno. Jednu od novijih teorija donijela je Ramona Mercer, a nazvala ju je „*Becoming a mother*“ ili „Postati majkom“ (8). Autorica ove teorije govori o tome kako žena kod pripreme na ulogu majke prolazi kroz četiri faze, a to su: predanost, privrženost i priprema, upoznavanje te učenje i fizička obnova, kako bi napredovala prema novoj „normalnosti“ u životu i konačno postigla majčinski identitet, tj. nečemu što je do sada mogla gledati kod drugih i zamišljati, a uskoro će i njoj biti svakodnevica (9). Planiranje roditeljstva i spremnost za majčinstvo je također važno za mentalno zdravlje majke, zdravu trudnoću sa dobrim ishodom, pa kasnije i kvalitetno roditeljstvo. Istraživanjem iz 2017. godine, autori su došli do saznanja kako je pojavnost postpartalne depresije 9 mjeseci nakon poroda veća u majki koje trudnoću nisu planirale u odnosu na one koje su je planirale. Također u istom su istraživanju majke s neplaniranom

trudnoćom u razdoblju nakon poroda navele kako su imale manju povezanost s ljudima u njihovoj okolini i nižu razinu socijalne podrške nakon trudnoće (10).

1.2. Neplanirana trudnoća

Neplanirana trudnoća sve više postaje globalan problem, kako zbog svog utjecaja na ženu i njenu obitelj, tako i zbog negativnog utjecaja na društvenu zajednicu u cijelosti. Uzroci neplaniranih trudnoća su najčešće povezani s neadekvatnom primjenom kontracepcije, točnije neki od uzroka mogu biti: nekorištenje kontracepcije uopće, nepravilno korištenje ili nedjelotvornost kontraceptivnih metoda, sredstava i slično (11). Podatci na globalnoj razini govore o rapidnom porastu stope neplaniranih trudnoća, pa tako kao konkretan primjer možemo uzeti Sjedinjene Američke Države gdje stopa neplaniranih trudnoća iznosi 45% što je za razvijenu državu vrlo velik postotak (12).

Po pitanju stope neplaniranih trudnoća u Republici Hrvatskoj (RH) ne može se reći puno jer ne postoje konkretni podatci koji bi bili vezani isključivo za neplanirane trudnoće. Dostupni su podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) o legalno induciranim pobačajima u RH iz kojih se djelomično može pretpostaviti približan razlog zatraživanja istih. Tako je u 2020. godini u službenom izvješću HZJZ-a u RH evidentirano 2594 legalno induciranih pobačaja, što iznosi 7,2 legalno inducirana pobačaja na 100 poroda. U prosjeku ova brojka iznosi 305,3 na 100000 žena generativne dobi. Raspon godina žena kod kojih su zabilježeni legalno inducirani pobačaji bio je od 15 do 49 godina starosti. Od ukupnog broja legalno induciranih pobačaja, njih 50 zabilježeno je kod maloljetnica (do 18. godine života), a još 99 pobačaja ove vrste zabilježeno je kod djevojaka do navršene 20. godine života. Od ukupnog broja legalno induciranih pobačaja u 2020. godini, njih čak 88,1% učinjeno je na zahtjev žene, a ostatak radi ugroženog zdravlja majke i malformacija ploda. Od ukupnog broja (1858) pobačaja učinjenih na zahtjev žene, njih čak 1630 (87,7%) bilo je zbog toga što žene nisu planirale trudnoću, odnosno nisu koristile metode kontracepcije (13).

U 2021. godini broj legalno induciranih pobačaja u RH iznosio je 2671, odnosno 7,3 legalno inducirana pobačaja na 100 poroda, točnije 305,3 na 100000 žena generativne dobi. Raspon godina žena kod kojih je zabilježena ova vrsta pobačaja iznosio je također od 15 do 49 godina starosti, od čega su 44 legalno inducirana pobačaja bila zabilježena kod maloljetnica (do 18. godine života) te njih još 94 kod djevojaka do navršenih 20 godina života. Od ukupnog broja legalno induciranih pobačaja 2021. godine, njih čak 80,0% bilo je na zahtjev žene, dok je preostalih 20,0% bilo zbog ugroženog zdravlja majke ili malformacija fetusa. Od 1774

prijavljena legalno inducirana pobačaja na zahtjev žene, čak 1495 (84,3%) bilo je zbog toga što žene nisu koristile kontracepciju (14).

1.2.1. Dob, stupanj obrazovanja i financijski status žena koje su neplanirano zatrudnjele

Velikim kohortnim istraživanjem provedenim s 12462 ispitanice dobiveni su zanimljivi podatci. Uspoređene su planirane i neplanirane trudnoće i distres žena u partnerstvu nakon trudnoće. Zanimljivo je to što su rezultati pokazali da manja sredina, lošiji ekonomski status i slične varijable mogu znatno utjecati na kvalitetu života trudnice i majke. Uspoređujući majke koje su neplanirano zatrudnjele s majkama koje su svoju trudnoću planirale, istraživanja su pokazala kako su majke koje nisu planirano zatrudnjele bile znatno mlađe od onih koje su planirano ostvarile trudnoću. Osim dobi uspoređivan je i ekonomski status, pa su tako rezultati pokazali kako su majke koje su neplanirano zatrudnjele imale niži stupanj obrazovanja od majki koje su trudnoću planirale, te su također majke s planiranom trudnoćom u većini imale adekvatan izvor prihoda, dok je većina majki s neplaniranom trudnoćom navela kako su imale lošiji financijski status. Majke koje su neplanirano zatrudnjele su manjim udjelom bile prvorotke, a veći dio njih je konzumirao duhan i duhanske proizvode prije trudnoće, ali su ih nastavile koristiti i u trudnoći. Ispitanice koje su svoju trudnoću deklarirale kao neplaniranu su većinom bile u vanbračnoj zajednici i prema odgovorima zaključeno je da imaju lošiju kvalitetu odnosa s partnerom u odnosu na žene koje su svoju trudnoću deklarirale kao planiranu. Što se tiče podrške u trudnoći, ponovno su majke s neplaniranom trudnoćom bile u nešto težoj situaciji jer su rezultati pokazali kako su one imale manje socijalne podrške u trudnoći od majki s planiranom trudnoćom (10).

1.3. Negativne posljedice neplanirane trudnoće

1.3.1. Fizičko zdravlje, tijek i ishod trudnoće

U istraživanju iz 2012. godine navedeno je kako se u svijetu dogodilo otprilike 213 milijuna trudnoća (15). Prema istraživanju provedenom u Indiji u kojem je sudjelovalo 3655 žena starosti od 16 do 49 godina, a koje su neplanirano zatrudnjele, velik postotak prijavio je komplikacije trudnoće koje se mogu povezati upravo s time što je izostalo pažljivo planiranje. Od ukupnog broja ispitanica 16% ih je imalo trudnoću s komplikacijama u vidu preeklampsije, 7% s komplikacijama u vidu postpartalnog krvarenja i 5,4% s komplikacijama u vidu postpartalne preeklampsije. Pritom je pronađena značajno veća učestalost ovih maternalnih

komplikacija kod skupine ispitanica koje su neplanirano zatrudnjele u odnosu na skupinu ispitanica koje su planirano zatrudnjele (16).

Istraživanje objavljeno 2016. godine u časopisu „Journal of clinical nursing“ (17) govori o tome kako je od 300 ispitanica uključenih u istraživanje njih 85 (27,7%) imalo neplaniranu trudnoću. Od svih uključenih u istraživanje, njih 122 (40,7%) je izjavilo kako je imalo jedan ili više problema sa fizičkim zdravljem koji su bili povezani s trudnoćom. Stalni je umor bio među najčešće navedenim problemima, čak 35 (11,7%) ispitanica navelo je ovaj problem kao najveći. Ozljede poput opekotina i prijeloma kostiju prijavilo je 5 (1,7%) ispitanica. Prijevremeni porod uzrokovan prijevremenim prsnućem plodovih ovoja, koji može biti uzrok nastanka komplikacija u porodu i može dovesti do lošeg ishoda poroda prijavile su samo 3 (1%) žene. 30 (10%) ispitanica je pak prijavilo druge prisutne probleme vezane za trudnoću. Bol u leđima prijavilo je 5 (1,6%) ispitanica, bolove u sjednom dijelu zdjelice prijavile su 3 (1%) žene. Razne infekcije dišnih puteva prijavile su njih 2 (0,6%). Probleme s mučninom prijavilo je 8 (2,7%) ispitanica, povraćanje je bilo zabilježeno kod njih 7 (2,3%), dok su pruritus, tj. jak svrbež kože nepoznatog uzroka prijavile 3 (1,6%) žene. Sve se ovo čini svakodnevnim i zanemarivim problemima vezanim uz trudnoću, ali oni mogu uvelike otežati trudnoću otežanu već time što nije bila planirana i koja je sama po sebi teža od one koja je bila planirana. Osim dodatnog tereta trudnoće, ovakvi problemi uvelike narušavaju kvalitetu života žene i mogu dovesti do dodatnih negativnih posljedica kako fizičkih, tako i psiholoških (17).

1.3.2. Mentalno zdravlje

Osim fizičkih posljedica za zdravlje, neplanirana trudnoća također može dovesti i do posljedica na mentalno zdravlje. Tako je jedno istraživanje provedeno u Indiji pokazalo da je od ukupnog broja djece s poteškoćama u razvoju, čak 40% bilo rođeno iz neplanirane trudnoće. Isto je istraživanje pokazalo da je većina te djece imala majke sa izraženim simptomima postnatalne depresije kao posljedice neplanirane trudnoće na mentalno zdravlje majke (18). Osim posljedica neplanirane trudnoće ovog tipa, jedno je istraživanje u Koreji bilo provedeno kako bi se istražilo postoji li povezanost između neplanirane trudnoće i pojave depresije te popratnih problema kao npr. neslaganja u obitelji i stresa. Istraživanje je bilo retrospektivno, na način da su se analizirali podatci dostupni javnosti u kojima je bilježena razina stresa i depresije u majki koje su rodile u periodu između 2008. i 2010. godine. Analizirano je 2076 trudnoća, od čega je njih 525 (25,3%) bilo neplanirano. Mjerenje razine depresije se odvijalo u pet navrata, a rezultati su pokazali kako su majke koje su neplanirano zatrudnjele imale nešto veću stopu pojave depresivnih

simptoma nakon poroda, ali sličnu razinu depresivnosti nekoliko mjeseci nakon poroda kakvu su imale majke koje su trudnoću planirale. Pokazalo se da su majke s neplaniranom trudnoćom u periodu od 4 mjeseca te 2 godine nakon poroda imale zabilježenu veću razinu stresa od majki koje su planirale svoju trudnoću. Također žene s neplaniranom trudnoćom prijavile su znatno veću stopu neslaganja u braku ili vezi s partnerom. Na kraju istraživanja zaključeno je da kratkoročno, tj. neposredno nakon poroda neplanirana trudnoća nije imala toliko značajan učinak na pojavnost depresije u majki, koliko je imala dugoročan učinak jer su se simptomi depresije pojavili čak i do koju godinu nakon poroda (19).

Iako je trudnoća za većinu žena razdoblje mira i blagostanja, četvrtina žena ipak doživi neki vid poteškoća s mentalnim zdravljem. Posljednjih se godina najviše priča o pojavi anksioznosti kod trudnica koja se češće pojavljivala u trudnoći u odnosu na razdoblje nakon poroda. Podatci govore o tome da se anksiozni poremećaj nerijetko javlja u komorbiditetu s opsesivno-kompulzivnim poremećajem i različitim psihozama te da je dijagnosticiran kod 4-39% trudnica. Postojanje anksioznog poremećaja kod trudnica povećava vjerojatnost pojave postpartalne depresije, ali ima i negativan učinak na opstetričke ishode, kao i na mentalni razvoj djeteta (20).

1.3.3. Odluka o prekidu trudnoće

Gubitak ili prekid trudnoće je najčešći neželjeni ishod trudnoće za svaku ženu, bio on namjieran ili nenamjieran, tj. bez obzira radi li se o namjernom, spontanom pobačaju ili intrauterinoj smrti ploda. Iako ih mnogi stručnjaci zanemaruju, psihološke posljedice prekida ili gubitka trudnoće su vrlo česte i jakog intenziteta. Najčešće tražen kirurški zahvat u svijetu danas je upravo inducirani pobačaj ili kirurški prekid trudnoće, a psihološke posljedice ovakvih zahvata ne bi smjele biti zanemarene iako to često jesu (21). Prema podacima Svjetske Zdravstvene Organizacije u svijetu se dogodi oko 210 milijuna trudnoća godišnje, a čak 22% njih na kraju završe induciranim prekidom trudnoće, tj. elektivnim pobačajem (22).

Kada govorimo o neplaniranoj trudnoći, ona predstavlja velik psihološki teret za ženu. U ovakvoj situaciji ženi je na raspolaganju vrlo kratak vremenski period u kojem može razmisliti o trudnoći, tj. o tome kako želi da ona završi. Poseban je psihološki izazov ukoliko žena razmišlja o prekidu trudnoće iz razloga što od trenutka saznanja o postojanju iste do legalne vremenske granice za izvršavanje prekida trudnoće na zahtjev ostaje vrlo kratak vremenski period od tek nekoliko tjedana (21). Svaka žena koja ostvari trudnoću ima dodatnu dozu anksioznosti u svakodnevnom životu, ali ona žena koja neplanirano ostvari trudnoću i odluči je prekinuti doživljava posebno visoku razinu anksioznosti (22). U puno se istraživanja navodi

kako nakon izvršavanja prekida trudnoće razina anksioznosti kod puno žena znatno opada, ali se kod određenog broja ona nastavlja jakim intenzitetom, što može dovesti do brojnih posljedica na mentalno zdravlje žene. U literaturi je ova pojava zadržavanja određene razine anksioznosti nakon pobačaja opisana pod nazivom postabortivnog sindroma. Neki od osjećaja koji prate namjerni prekid trudnoće mogu biti strah, ljutnja, osjećaj grižnje savjesti, tuga i slično, a sve ove negativne emocije imaju negativan utjecaj na mentalno zdravlje (22). Kod izvršavanja elektivnog pobačaja, u svijetu se koristi *screening* kod žena, kojim se procjenjuje rizik od nastanka psiholoških poteškoća nakon pobačaja. Izvodi se na način da se prate i provjeravaju faktori rizika koji mogu biti povezani sa: prijašnjim stanjem mentalnog zdravlja žene, socijalnom podrškom koju žena dobiva i kliničkim faktorima vezanim uz samu situaciju. Kada dođe do gubitka ili prekida trudnoće, najbolji je korak prema pomoći upravo socijalna podrška i to najprije onih najbližih, a zatim i šire okoline. Dokazano je kako socijalna podrška u prvoj fazi perinatalnog žaljenja dovodi do kasnijeg smanjenja rizika od nastanka depresije i bolje kvalitete života žene nakon prekida trudnoće. Osim negativnog utjecaja na mentalno zdravlje žene, ovakva situacija može imati i nepovoljan utjecaj na mentalno zdravlje partnera te isto tako narušiti partnerski odnos. Važno je da u navedenoj situaciji partneri jedno drugom budu podrška i ukoliko je potrebno zajedno potraže psihološku podršku (21).

1.4. Podrška u neplaniranoj trudnoći

Dolaskom novog člana u obitelji cijela obitelj prolazi kroz promjene, proces prilagodbe i privikavanje na novonastalu situaciju. Najviše promjena prolazi majka. Osim onih promjena nastalih u trudnoći, kako fizičkih, tako i svih promjena razine hormona, psiholoških promjena, najviše se treba priviknuti na to da žena postaje majka, da od ovog trenutka brine o još jednom živom biću koje o njoj ovisi. Osim prije navedenih promjena i prilagodbe, majke se suočavaju i s izazovima vezanim za dojenje te već u samoj trudnoći iskuse iscrpljenost i manjak sna. Nakon trudnoće se to nastavlja zbog potreba djeteta koje zahtjeva još mnogo više truda, pažnje i angažmana roditelja, posebno majke, što može dovesti do novih poteškoća s mentalnim zdravljem. Upravo iz ovih razloga još je u trudnoći važno da žena ima odgovarajuću socijalnu podršku, što se odnosi najprije na partnera, zatim obitelj i prijatelje te cijelu okolinu općenito (23).

U provedbi ovog istraživanja pomogla je Udruga za građansku hrabrost pod kojom djeluju „Hrabre sestre“. „Hrabre sestre“ je ženska volonterska mreža osnovana 2020. godine. Ova mreža volonterki ženama koje su odlučile prekinuti trudnoću nudi pomoć bez pitanja zašto, podršku i pratnju, bez ikakve osude. Smatraju kako je ženi koja se odluči na prekid trudnoće

osim podrške i razumijevanja važno pružiti pomoć u ostvarivanju njihovih prava. Navode kako pravo svake žene podrazumijeva prihvaćanje odluke da ne rodi dijete i da iskoristi pravo na legalan pobačaj koji joj je omogućen Zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece u za to predviđenom vremenskom periodu. Pravo svake žene je također da ne bude odgovarana od svog nauma te da ju se ne zastrašuje od strane osoba koje se protive pravu na pobačaj (24).

1.4.1. Podrška partnera i obitelji

Žene proživljavaju period velikih promjena kada se ostvari trudnoća, kako fizičkih tako i psihičkih. U našem se društvu malo priča o tome kakve promjene doživljava partner kada saznaje da će postati otac, posebice ukoliko trudnoća nije bila planirana. Upravo je na ovu temu napravljeno istraživanje 2014. godine u Čileu, kojim su dobiveni rezultati da svaki muškarac koji po prvi puta postaje otac prolazi kroz tri faze psihološke prilagodbe na trudnoću i buduće očinstvo (25).

Autori su prvu fazu prilagodbe nazvali procesom prilagodbe na očinstvo. Većina očeva na samu objavu trudnoće reagira pozitivno, preplave ih emocije i sretni su, no jednako tako istraživanje je pokazalo kako već od prve faze prilagodbe muškarac prolazi kroz razdoblje jakog stresa i anksioznosti što može utjecati na partnerski odnos. Poseban je problem ukoliko trudnoća nije bila planirana pa je već samim tim prilagodba na novonastalu situaciju sve teža. Da bi muškarac prihvatio ovu situaciju, mora se suočiti s mnogo promjena koje uključuju promjene u radu, u kućanstvu, tj. obavljanju kućanskih poslova i u samom partnerskom odnosu u kojem može doći do nerazumijevanja i disharmonije odnosa. Nakon što prihvati sve promjene, muškarac postaje svjestan važnosti nadolazećeg događaja i potreba svog budućeg djeteta, pa samim tim postaje preplavljen emocijama i polako prihvaća novonastalu ulogu. U ovom je periodu važno da partneri razgovaraju i da budući očevi pričaju s muškarcima koji su kroz ovaj period prošli prije njih kako bi lakše shvatili kako prihvatiti sve što slijedi.

Druga faza je nazvana fazom prihvaćanja roditeljske uloge. Često muškarci misle kako se nakon rođenja djeteta njihov život ne bi trebao puno promijeniti, pa tako dolazimo do nove poteškoće u prilagodbi, a to je nemogućnost puštanja starog načina života i možemo reći starog identiteta oca. Ukoliko se ova faza prilagodbe ne razriješi do rođenja djeteta, ponovno može doći do neslaganja partnera i narušavanja odnosa u čemu ponovno može pomoći razgovor bilo s obitelji, roditeljima ili razgovor sa stručnjacima.

Treća faza se naziva fazom bivanja aktivnim roditeljem. U ovoj fazi prilagodbe muškarac shvaća koliko je važna njegova uloga i nakon što je shvatio kakav roditelj želi biti, počinje se i povezivati s djetetom.

U sve ove tri faze veliku ulogu imaju razgovor i podrška, tako ponovno dolazimo do pojma važnosti socijalne podrške, ali na ovaj način treba shvatiti da je ta socijalna podrška jednako važna za oba partnera kako bi na kraju budući otac mogao dati odgovarajuću podršku svojoj partnerici i majci svog budućeg djeteta (25).

Zbog navedenih poteškoća u prilagodbi roditelja na neplaniranu trudnoću nerijetko se narušava odnos između majke i oca koji je važan dio procesa prilagodbe žene na novonastalu situaciju. Podrška partnera u trudnoći je od velike važnosti, a ukoliko ona izostane, postoji velika vjerojatnost da će se u majčinu mentalnom stanju pojaviti poteškoće koje mogu biti štetne i po njeno fizičko zdravlje, ali i zdravlje djeteta te sam ishod trudnoće i poroda. Prema istraživanju provedenom sa ženama afro-američke populacije dobiveni su rezultati kako žene višeg stupnja obrazovanja imaju manju stopu neplaniranih trudnoća i velika većina njih je ostvarila trudnoću i nije trebala pomoć partnera u tom periodu, ali skoro trećina žena navela je kako im je od pomoći u prilagodbi na ovu situaciju bio važan partner. One nižeg stupnja obrazovanja prijavile su veću stopu pojavnosti neplaniranih trudnoća, od kojih su velik broj deklarirale kao neželjenu trudnoću. Ove su žene navele kako im je trebao veći stupanj podrške partnera, ali i da su bile izložene većim razinama stresora koji su utjecali na njihovo mentalno zdravlje (26).

1.4.2. Stručna podrška

Iako se ne govori puno o važnosti teme stručne podrške u trudnoći, tako nema ni puno istraživanja o njoj. Jedno je istraživanje ipak provedeno upravo na temu neplanirane trudnoće i pomoći u redukciji depresije kod žena s neplaniranom trudnoćom (27). U istraživanju je sudjelovalo 60 žena s neplaniranom trudnoćom. Ispitanice su bile podijeljene u dvije grupe. Prva grupa je prošla nekoliko treninga usredotočene svjesnosti (*mindfulnessa*) s ciljem smanjenja anksioznosti, stresa i depresije, a druga grupa nije imala intervencije.

Rezultati istraživanja nisu pokazali statistički značajnu razliku u stilu života i sociodemografskim obilježjima žena prije trudnoće između ove dvije skupine. Jedina statistički značajna razlika je bila ta da su žene iz kontrolne skupine imale značajan pad razine stresa, anksioznosti i depresije u odnosu na žene kod kojih u istraživanju nije primijenjena nikakva

intervencija. Osim smanjenih razina stresa, depresije i anksioznosti, ovo je istraživanje pokazalo da je kod žena iz eksperimentalne skupine došlo do znatnog povećanja samosvjesnosti, samoefikasnosti, poboljšana je strategija suočavanja s problemima i smanjena je razina problema s emocionalnom prilagodbom (27).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

C1: Ispitati stavove ispitanica o važnosti socijalne podrške u planiranoj i neplaniranoj trudnoći.

C2: Ispitati u kojoj mjeri se ispitanice slažu s time da je socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći važna za vlastito mentalno zdravlje, spremnost za majčinstvo, odluku o zadržavanju/prekidanju trudnoće, tijekom trudnoće i ishod trudnoće.

C3: Usporediti učestalost negativnih iskustava u trudnoći (trudnoća s komplikacijama, narušeno zdravlje majke i/ili djeteta nakon rođenja, potreba za stručnom psihološkom pomoći, odluka o prekidu trudnoće i osjećaj nespremnosti na majčinstvo) kod ispitanica s obzirom na to jesu li dobile kvalitetnu socijalnu podršku u neplaniranoj trudnoći.

C4: Ispitati u kojoj su mjeri ispitanice dobile socijalnu podršku u neplaniranoj trudnoći.

C5: Ispitati od koga su ispitanice dobile najveću socijalnu podršku u neplaniranoj trudnoći.

C6: Usporediti samoprocjenu kvalitete dobivene socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći s obzirom na dob, razinu obrazovanja, veličinu mjesta stanovanja i financijski status ispitanica u vrijeme kada su neplanirano zatrudnjele.

Sukladno postavljenim specifičnim ciljevima, postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Stav ispitanica je da je socijalna podrška u trudnoći od velike važnosti te da je važnija u neplaniranoj trudnoći u odnosu na planiranu.

H2: Ispitanice se u velikoj mjeri slažu s time da je socijalna podrška u trudnoći važna za vlastito mentalno zdravlje, spremnost na majčinstvo, odluku o zadržavanju/prekidanju trudnoće, tijekom trudnoće i ishod trudnoće.

H3: Negativna iskustva (trudnoća s komplikacijama, narušeno zdravlje majke i/ili djeteta nakon rođenja, potreba za stručnom psihološkom pomoći, odluka o prekidu trudnoće i osjećaj nespremnosti na majčinstvo) su učestalija kod ispitanica koje nisu dobile adekvatnu socijalnu podršku nego kod onih koje su dobile adekvatnu socijalnu podršku.

H4: Ispitanice su dobile socijalnu podršku u trudnoći u nedovoljnoj mjeri.

H5: Ispitanice su u trudnoći najviše socijalne podrške dobile od partnera i prijatelja.

H6: Veća samoprocjena kvalitete socijalne podrške je kod ispitanica bila povezana sa starijom dobi, višim stupnjem obrazovanja, većom veličinom mjesta stanovanja i postojanjem vlastitog izvora prihoda.

3. ISPITANICI, MATERIJALI I METODE

3.1. *Ispitanice*

Ovo je istraživanje provedeno među ženama koje su neplanirano zatrudnjele, dobi od 18 do 65 godina u Republici Hrvatskoj. Planirani broj ispitanica bio je 200, a ispitivanje se provodilo u veljači 2023. godine. U istraživanje su bile uključene isključivo žene koje su neplanirano zatrudnjele. Za istraživanje nema posebnih kriterija isključenja. U obradi podataka nisu pronađeni nepravilno i nepotpuno ispunjeni upitnici, stoga niti jedna ispitanica nije isključena iz istraživanja. Korišten je prigodni uzorak tako što su se za distribuciju upitnika koristile isključivo grupe na društvenim mrežama tematski vezane za podršku u trudnoći, gdje je bila postavljena poveznica za ispunjavanje *online* anonimnog upitnika. Osim distribucije u grupama, upitnik je distribuirala udruga „Udruga za građansku hrabrost“ u sklopu feminističkog projekta „Hrabre sestre“.

3.2. *Postupak i instrumentarij*

Za potrebe ovog istraživanja izrađen je upitnik u softverskom paketu *Google forms* podijeljen u 2 dijela. Prvi dio upitnika obuhvaća 5 sociodemografskih pitanja, dok je drugi dio upitnika sastavljen od 15 pitanja vezanih za stavove ispitanica o važnosti socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći i samoprocjeni kvalitete socijalne podrške koju su dobile kada su neplanirano zatrudnjele (Privitak A).

Upitnik je bio postavljen na *Facebook* stranice s tematikom pomoći trudnicama i majkama. Također, upitnik je prosljeđen Udruzi za građansku hrabrost, koja je u sklopu svog projekta „Hrabre sestre“ upitnik podijelila na svojim mrežnim stranicama.

Sociodemografska obilježja ispitivala su se pitanjima 1. do 5. iz prvog dijela upitnika. Pitanjem 1. ispitivala se varijabla „Trenutna dob“ izražena na omjernoj ljestvici u godinama starosti. Pitanje 2. odnosilo se na varijablu „Dob kada ste neplanirano zatrudnjeli“ izraženu na omjernoj ljestvici u godinama starosti. Pitanje 3. odnosilo se na varijablu „Najviša završena razina obrazovanja za vrijeme neplanirane trudnoće“ koja je izražena na ordinalnoj ljestvici gdje se 1 odnosi na „Nezavršena srednja škola“, 2 „Srednja škola“, 3 „Preddiplomski studij“, 4 „Diplomski studij“ i 5 „Poslijediplomski studij (doktorski, specijalistički i drugo)“. Pitanje 4. odnosilo se na varijablu „Veličina mjesta stanovanja za vrijeme neplanirane trudnoće“ izraženoj

na ordinalnoj ljestvici gdje se 1 odnosi na „do 500 stanovnika“, 2 „od 501-2000 stanovnika“, 3 „od 2001-50000 stanovnika“ i 4 „Više od 50000 stanovnika“. Pitanje 5. odnosi se na varijablu „Financijski status za vrijeme neplanirane trudnoće“ izraženu na nominalnoj ljestvici gdje se 1 odnosi na „Imala sam vlastiti izvor prihoda“ i 2 „Nisam imala vlastiti izvor prihoda“.

Pitanjem 14. iz drugog dijela upitnika ispitivala se varijabla „Tko je pružio najviše podrške u neplaniranoj trudnoći“, izražena na nominalnoj ljestvici u 4 kategorije gdje se 1 odnosi na „partner“, 2 „članovi obitelji“, 3 „bliski prijatelji“, 4 „radni kolege“ i 5 „netko drugi, tko?“

Varijable „Stavovi ispitanica o važnosti socijalne podrške u trudnoći“ i „Stavovi ispitanica o važnosti socijalne podrške u planiranoj i neplaniranoj trudnoći“ ispitivali su se pitanjima 1. i 2. iz drugog dijela upitnika. Odgovori su se bilježili na ordinalnoj ljestvici, a mjereni su Likertovom skalom od 1 do 5 gdje 1 odgovara „Uopće se ne slažem“, 2 „Ne slažem se“, 3 „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 4 „Slažem se“ i 5 „U potpunosti se slažem“.

Varijable „Samoprocjena važnosti socijalne podrške za vlastito mentalno zdravlje“, „Samoprocjena važnosti socijalne podrške za spremnost za majčinstvo“, „Samoprocjena važnosti socijalne podrške za odluku o zadržavanju/prekidanju trudnoće“, „Samoprocjena važnosti socijalne podrške za tijek trudnoće“ i „Samoprocjena važnosti socijalne podrške za ishod trudnoće“ ispitane su pitanjima od 3. do 7. iz drugog dijela upitnika. Odgovori na pitanja od 3. do 7. bilježili su se na ordinalnoj ljestvici, a mjereni su pomoću Likertove skale od 1 do 5 gdje 1 odgovara „Uopće se ne slažem“, 2 „Ne slažem se“, 3 „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 4 „Slažem se“ i 5 „U potpunosti se slažem“.

Varijabla „Prisutnost negativnih iskustava u neplaniranoj trudnoći“ ispitivala se pitanjima od 8. do 13. iz drugog dijela upitnika. Pitanje 8. je originalno bilo postavljeno na Likertovoj skali, a za treći cilj u obradi podataka pretvoreno je u pitanje sa odgovorima „da i ne“ na način da su odgovori od 1 do 3 na Likertovoj skali značili „ne“ dok su odgovori od 4 do 5 značili „da“. Odgovori na pitanja od 9. do 13. će bilježeni su na nominalnoj ljestvici ponuđenim odgovorima „Da“ i „Ne“ gdje da znači „Odnosi se na mene“, a ne „Ne odnosi se na mene“.

Varijabla „Samoprocjena kvalitete socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći“ ispitana je pitanjem 8. iz drugog djela upitnika, odgovori su bilježeni na ordinalnoj ljestvici, pomoću Likertove skale od 1 do 5 gdje 1 odgovara „Uopće se ne slažem“, 2 „Ne slažem se“, 3 „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 4 „Slažem se“ i 5 „U potpunosti se slažem“.

Vrijeme za ispunjavanje upitnika iznosilo je 3 do 5 minuta po ispitanici. Sva pitanja u upitniku bila su obavezna čime je preveniran problem nepotpuno ispunjenih upitnika. Istraživanje se

provodilo putem anonimnog upitnika te su sve ispitanice morale odgovoriti na ista pitanja. Predviđena je pojava problema u vidu nedovoljnog odaziva ispitanica, ali je odaziv ispitanica bio vrlo dobar pa daljnje intervencije nisu bile potrebne.

3.3. *Statistička obrada podataka*

Za opisivanje uzorka korišteno je 5 sociodemografskih pitanja. Varijable „Trenutna dob“ i „Dob za vrijeme neplanirane trudnoće“ bile su izražene su na omjernoj ljestvici. Varijabla najviši završeni stupanj obrazovanja bila je izražena je na ordinalnoj ljestvici od 5 kategorija. Varijabla mjesto stanovanja bila je izražena je na ordinalnoj ljestvici od 4 kategorije. Varijabla financijski status bila je izražena je na nominalnoj ljestvici od 2 kategorije (detaljno opisano u 3.2.). Nominalne su varijable deskriptivnom statistikom bile izražene učestalošću pojavljivanja odgovora, tj. prikazom postotka i frekvencije, dok se za ordinalne varijable izračunao medijan i indeks poluinterkvartilnog raspršenja. Točnost H1 provjerena je izračunom medijana i indeksa poluinterkvartilnog raspršenja za prva dva pitanja u upitniku na način da je medijan 4 i veći značio veliku važnost (1. dio hipoteze), odnosno slaganje sa tvrdnjom da je u neplaniranoj trudnoći podrška važnija nego u planiranoj (2. dio hipoteze). Svi dijelovi H2 testirani su izračunom medijana i indeksa poluinterkvartilnog raspršenja za pitanja od 3. do 7. na isti način kojim je opisano testiranje H1. Svi dijelovi H3 testirani su χ^2 testom za nezavisne uzorke. Točnost H4 provjerena je izračunom medijana za pitanje 8. na način da je H4 bila potvrđena pod uvjetom da medijan iznosi 3 i manje. Točnost H5 provjerena je izračunom najčešćeg odgovora za pitanje 14. (Mod). Dio H6 vezan za dob, stupanj obrazovanja i veličinu mjesta stanovanja testiran je Testom Spearmanove korelacije, a dio vezan za financijski status Mann-Whitney U testom. Dobiveni podaci uneseni su u program Excel (Microsoft Office 2016, Microsoft Corporation) i obrađeni metodama deskriptivne statistike, nakon čega su prikazani u tabličnom i grafičkom obliku. Podatci su dodatno obrađivani u softverskom paketu Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.).

3.4. *Etički aspekti istraživanja*

Prije pristupanja rješavanju upitnika, ispitanicama je ukratko opisana svrha i cilj istraživanja te je od njih zatražen informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Ispitanicima je

omogućen kontakt za postavljanje pitanja autorici upitnika putem e-pošte. Pritiskom na gumb „Potvrđujem da sam suglasna sudjelovati u ovom istraživanju.“ ispitanice su pristale sudjelovati u istraživanju te su dale pristanak za obradu podataka u znanstveno-istraživačke svrhe. U uvodu upitnika navedeno je da je sudjelovanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te da je u bilo kojem trenutku dopušteno odustati od sudjelovanja. Za provođenje ovog istraživanja 12.1.2023. godine dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U istraživanju je sudjelovalo 214 ispitanica raspona dobi od 17 do 64 godine. Raspon dobi kada su ispitanice neplanirano zatrudnjele je od 16 do 40 godina. Ostali deskriptivni podatci prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivni podatci o ispitanicama u vrijeme kada su neplanirano zatrudnjele

| Varijabla | Kategorije | Deskriptivni podatci N (%) |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Najviša završena razina obrazovanja | Nezavršena srednja škola | 20 (9,3%) |
| | Srednja škola | 133 (62,1%) |
| | Preddiplomski studij | 24 (11,2%) |
| | Diplomski studij | 35 (16,4%) |
| | Poslijediplomski studij | 2 (0,9%) |
| Veličina mjesta stanovanja | Do 500 stanovnika | 28 (13,1%) |
| | Od 501 do 2000 stanovnika | 49 (22,9%) |
| | Od 2001 do 50000 | 92 (43,0%) |
| | Više od 50000 | 45 (21,0%) |
| Financijski status | Vlastiti izvor prihoda | 127 (59,3%) |
| | Bez vlastitog izvora prihoda | 87 (40,7%) |

Prve dvije hipoteze su potvrđene. Svi mjereni stavovi o važnosti socijalne podrške u trudnoći i neplaniranoj trudnoći su pozitivni. Najniža je procjena važnosti za varijablu važnost socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći za odluku o zadržavanju trudnoće (C=3, Q=4), a najviša za varijablu važnost socijalne podrške u trudnoći općenito (C=5, Q=0) (Tablica 2).

Tablica 2. Stavovi o važnosti socijalne podrške u trudnoći i neplaniranoj trudnoći

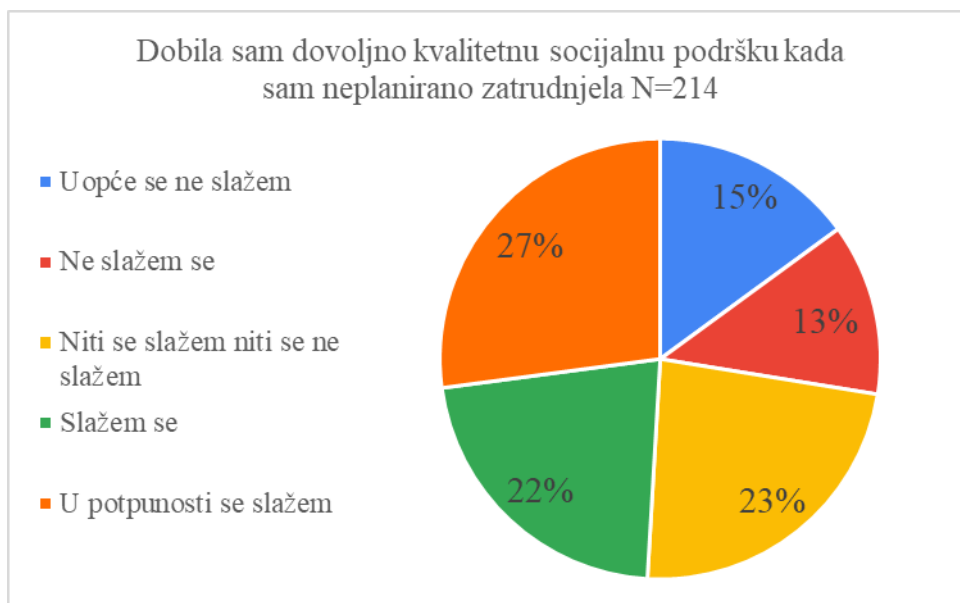
| | ISKUSTVO ILI STAV | Medijan (Indeks poluinterkvartilnog raspršenja) |
|----|---|---|
| 1. | Socijalna podrška trudnici je općenito važna u trudnoći. | 5,00 (0) |
| 2. | Trudnice koje su neplanirano zatrudnjele trebaju više socijalne podrške od onih koje su zatrudnjele planirano. | 5,00 (2) |
| 3. | Socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći bila je važna za moje mentalno zdravlje | 5,00 (1) |
| 4. | Socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći bila je važna za moju spremnost na majčinstvo | 5,00 (2) |
| 5. | Socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći bila je važna za moju odluku o zadržavanju trudnoće | 3,00 (4) |
| 6. | Socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći bila je važna za tijek trudnoće (uredna trudnoća ili trudnoća s komplikacijama) | 3,50 (3) |
| 7. | Socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći bila je važna za ishod moje neplanirane trudnoće (zdravlje majke i/ili djeteta nakon rođenja) | 4,00 (2) |

Treća hipoteza nije potvrđena jer nije pronađena statistički značajna razlika u frekvenciji niti jednoga od pet ispitivanih negativnih iskustava između dvije grupe ispitanica, onih koje procjenjuju da su dobile dovoljno kvalitetnu socijalnu podršku kada su neplanirano zatrudnjele i onih koje procjenjuju da nisu dobile takvu podršku (Tablica 3). Ove su razlike testirane χ^2 testom na razini značajnosti $p < 0,05$.

Tablica 3. Utjecaj socijalne podrške na pojavu negativnih iskustava u neplaniranoj trudnoći

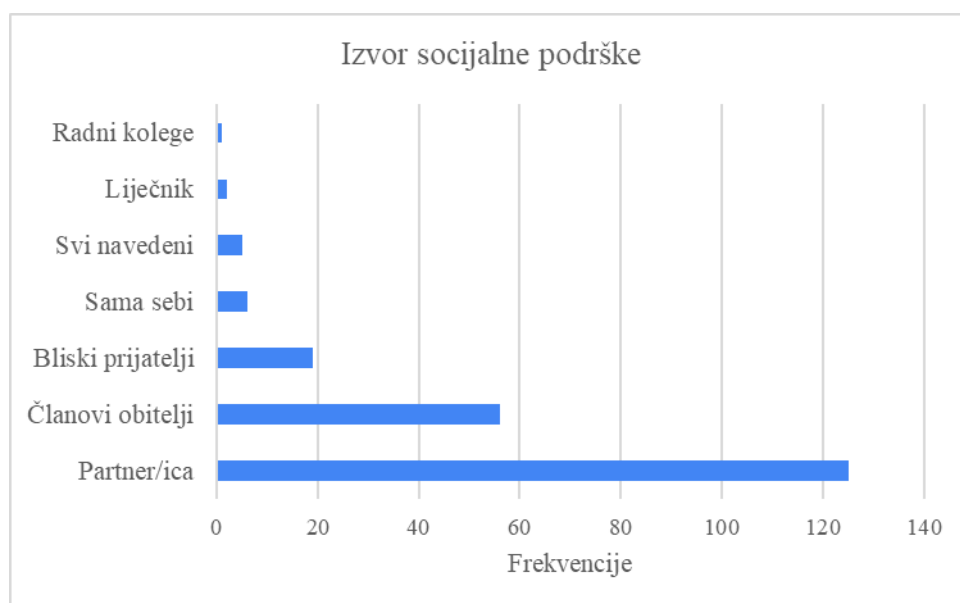
| Varijabla | Iskustvo | Nisu imale kvalitetnu podršku | Imale su kvalitetnu podršku | χ^2 test |
|---|----------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Trudnoća s komplikacijama | DA | 30 (27,5%) | 29 (27,6%) | $\chi^2=0,02$ p=0,891 |
| | NE | 79 (72,5%) | 76 (72,4%) | |
| Narušeno zdravlje majke i/ili djeteta nakon rođenja | DA | 12 (11,0%) | 12 (11,4%) | $\chi^2=0,01$ p=0,905 |
| | NE | 97 (89,0%) | 93 (88,6%) | |
| Potreba za stručnom psihološkom pomoći | DA | 25 (22,9%) | 17 (16,2%) | $\chi^2=1,14$ p=0,285 |
| | NE | 84 (77,1%) | 88 (83,8%) | |
| Odluka o prekidu trudnoće | DA | 22 (20,2%) | 12 (11,4%) | $\chi^2=2,45$ p=0,118 |
| | NE | 87 (79,8%) | 93 (88,6%) | |
| Osjećaj nespremnosti za majčinstvo | DA | 56 (51,4%) | 47 (44,8%) | $\chi^2=0,69$ p=0,406 |
| | NE | 53 (48,6%) | 58 (55,2%) | |

Četvrta hipoteza je potvrđena jer medijan iznosi 3 što tumačimo na način da ispitanice nisu dobile socijalnu podršku u trudnoći u dovoljnoj mjeri. Napravljena je dodatna analiza frekvencija i postotaka pojedinih odgovora zbog granične vrijednosti medijana (Slika 1.). Vidljivo je kako je frekvencija odgovora 1, 2 i 3 ipak bila veća od 50%, točnije 51%, što prikazuje slika 1.



Slika 1. Samoprocjena kvalitete socijalne podrške

Peta hipoteza je djelomično potvrđena jer je u najvećem broju slučajeva ispitanicama izvor socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći bio/la partner/ica i obitelj, a ne partner/ica i prijatelji (Slika 2).



Slika 2. Frekvencije izvora podrške ispitanicama u neplaniranoj trudnoći

Šesta hipoteza je djelomično potvrđena jer je veća samoprocjena kvalitete socijalne podrške kod ispitanica povezana s većim brojem godina, višim stupnjem obrazovanja i postojanjem vlastitog izvora prihoda, ali ne i sa veličinom mjesta stanovanja (Tablica 4).

Tablica 4. Povezanost kvalitete socijalne podrške s obzirom na sociodemografske čimbenike

| | Spearmanov test korelacije | | | Mann-Whitney U test |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | Sociodemografska obilježja u vrijeme neplanirane trudnoće | | | |
| | Dob | Obrazovanje | Stanovanje | Financijski status |
| Samoprocjena kvalitete socijalne podrške | $\rho=0,151$ $p<0,05$ | $\rho=0,246$ $p<0,05$ | $\rho=0,068$ $p>0,05$ | $U=4422,50$ $Z=2,54$ $p=0,011$ |

5. RASPRAVA

U ovom istraživanju utvrđeno je da ispitanice smatraju da postoji utjecaj socijalne podrške na mentalno i fizičko zdravlje majke te ishod trudnoće. Prema rezultatima stav žena koje su imale neplaniranu trudnoću bio je takav da smatraju kako je socijalna podrška u trudnoći općenito od velike važnosti, a posebno ukoliko je trudnoća neplanirana.

Prema istraživanju Aliporu, Kazemi, Kheirabdi, Eslami iz 2019. loš partnerski odnos i komunikacija za vrijeme trudnoće koji se manifestiraju pomanjkanjem socijalne podrške posljedično dovode do pojave raznih stresora koji mogu imati negativan utjecaj na kvalitetu života majke, zadovoljstvo brakom i odnosima, a na kraju mogu dovesti i do narušavanja mentalnog zdravlja (2). U navedeno su istraživanje bile uključene i žene s planiranom trudnoćom, pa prema tome možemo razmisliti o tome kakvu važnost ima socijalna podrška za majke koje su neplanirano zatrudnjele, ako je ona ovoliko važna za one koje su svoju trudnoću, u čvrstom partnerskom odnosu, braku i stabilnoj socioekonomskoj i socijalnoj situaciji planirale.

Također, ispitanice su stava da je socijalna podrška u trudnoći bila važna za njihovo mentalno zdravlje, spremnost na majčinstvo, odluku o zadržavanju ili prekidu trudnoće te tijek i ishod trudnoće. Cohen i Wills smatraju da socijalna podrška itekako može smanjiti pojavnost psiholoških poteškoća u trudnoći i doprinijeti pozitivnom stavu i mogućnosti da će trudnoću žena jednostavnije prihvatiti te da će se lakše nositi sa stresorima koji s njom dolaze (27). Kako bi što više trudnoća proteklo uredno i bez komplikacija i kako bi što manje žena iskusilo negativne posljedice neplanirane trudnoće na vlastito mentalno zdravlje, jedan od najvažnijih koraka kod pomoći u ovakvoj situaciji je ojačati i poboljšati razinu socijalne podrške u trudnoći općenito (28). Neplanirana trudnoća sama po sebi nosi dodatne izvore stresora koji mogu negativno utjecati na majku, ali i njen stav o trudnoći, pa je iz tog razloga neophodno u društvu promovirati važnost socijalne podrške u svakoj trudnoći, a posebno u onoj koja nije bila planirana.

Najzanimljiviji je podatak dobiven istraživanjem onaj o odluci o zadržavanju trudnoće, gdje su ispitanice bile podijeljene približno 50/50, točnije polovica je smatrala da socijalna podrška nije imala utjecaj na njihovu odluku o zadržavanju trudnoće, dok je druga polovica smatrala da je to ipak bio slučaj. Ovo je važan podatak jer možemo pretpostaviti da bi više trudnoća bilo zadržano da su trudnice imale kvalitetan izvor socijalne podrške u svojoj neplaniranoj trudnoći ili trudnoćama.

Nije pronađena statistički značajna povezanost socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći i negativnih iskustava poput komplikacija u trudnoći, narušenog zdravlja majke ili djeteta, potrebe za stručnom psihološkom pomoći, odluke o prekidu trudnoće i osjećaju nespremnosti na majčinstvo.

Taylor, Johnson, Kimmel i Manuck su u svom preglednom radu pojasnili istraživanja koja su ipak pokazala povezanost između socijalne podrške u trudnoći i negativnih utjecaja pomanjkanja iste na trudnoću. Objasnili su kako se u organizmu s obzirom na pojavu stresa događaju razne kemijske promjene, pa se tako povećava razina kortizola u trudnica koje su pod povećanim stresom, kao i citokinina koji je upalni faktor, pa stoga može doći do češćih komplikacija ukoliko je trudnica konstantno izložena stresu u trudnoći, što itekako može biti logičan slijed događaja ako nema adekvatnu socijalnu podršku od strane svoje okoline, a posebice partnera i obitelji (29).

Jednako tako Dehingia, Dixit i Atmavilas su svojim istraživanjem u Indiji došli do rezultata kako su žene koje su neplanirano ostvarile trudnoću u velikom postotku imale komplikacije u trudnoći, koje su povezivale upravo s nedostatkom adekvatne socijalne podrške. Većinom su zabilježene komplikacije vezane uz majčino zdravlje, ali svaka od njih može posljedično dovesti i do komplikacija stanja djeteta (16).

Ispitanice smatraju da su u svojoj neplaniranoj trudnoći dobile socijalnu podršku u nedovoljnoj mjeri. Prvobitno je bilo određeno kako će se hipoteza prihvatiti ukoliko medijan bude iznosio 3 ili manje, no detaljnijim promatranjem dobivenih podataka zbog granične vrijednosti, dodatno je ispitana točnost ove hipoteze. Unatoč podatku da je većina smatrala da nisu dobile socijalnu podršku u dovoljnoj mjeri, ohrabrujuć je podatak ipak taj da je gotovo 50% žena dobilo traženu podršku, što daje nadu u društvo u kojem živimo i razumijevanje ljudi prema ovoj specifičnoj i osjetljivoj populaciji. Upravo iz tog razloga valja poticati rad grupa i udruga za podršku ženama koje se nađu u ovakvoj životnoj situaciji jer bi to možda pomoglo i u poticanju ostatka društva da pruže podršku onima kojima je ona potrebna.

Bedaso, Adams, Peng i Sibbritt su sustavnim pregledom utvrdili statistički značajnu negativnu korelaciju kvalitete socijalne podrške i mentalnog zdravlja majke. Tako navode da je u trudnoći svaki oblik nedostatne socijalne podrške okidač za pojavu problema s mentalnim zdravljem majke u vidu antenatalne depresije. Isto tako potvrđena je pozitivna korelacija između nedovoljno kvalitetne socijalne podrške dobivene u trudnoći i pojave anksioznosti kod majke (4). Uspoređujući trenutno istraživanje s istraživanjem kojeg su proveli Bedaso, Adams, Peng

i Sibbritt, više od 50% majki koje su sudjelovale u ovom istraživanju bilo je pod povećanim rizikom od razvoja nekog vida mentalnih poteškoća poput depresije ili anksioznosti u trudnoći.

Unatoč pretpostavci da su najčešći izvor socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći partner i prijatelji ispostavilo da su to ipak partner i obitelj. Ovaj je podatak zapravo vrlo pozitivan jer su upravo partner i obitelj oni koji bi najviše vremena trebali provoditi uz trudnicu, posebno uz onu koja je neplanirano ostvarila trudnoću jer se iz prethodnih istraživanja zapravo vidi koliku ulogu i važnost ima socijalna podrška neposredne okoline, a posebno partnera i obitelji u očuvanju mentalnog i fizičkog zdravlja trudnice. Upravo na ovu temu Edmonds, Paul i Sibley su 2008. godine proveli istraživanje na području Bangladeša, u kojem su između ostalog ispitali tko im je bio najveći izvor podrške u trudnoći. Prema odgovorima ispitanica ispostavilo se da su u trudnoći najviše podrške dobile upravo od svojih majki, svekrvi, obitelji i partnera (30).

Valja napomenuti da se u ovom istraživanju našlo nekoliko odgovora u kojima su ispitanice navodile kako im izvor socijalne podrške u trudnoći nije bio nitko ili da su to bili svi osim partnera. Bedaso, Adams, Peng i Sibbritt su također u svom već ranije navedenom sustavnom pregledu došli do rezultata da je najviše žena navelo kako su im izvor socijalne podrške najčešće bili partner i obitelj, a tek onda prijatelji i ostali ljudi iz neposredne okoline (4).

Prema rezultatima ovog istraživanja kvalitetnija socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći je povezana sa starijom dobi, višim stupnjem obrazovanja te postojanjem vlastitog izvora prihoda, ali ne i s veličinom mjesta stanovanja u vrijeme ostvarivanja neplanirane trudnoće kako je bilo pretpostavljeno. Pretpostavka je da je razlog ovakve povezanosti taj što je samim tim da je žena starija, obrazovanija i ima vlastiti izvor prihoda ona više sposobna za brigu o djetetu i samostalnija od one koja je mlađa, manje obrazovana i nema vlastiti izvor prihoda. Povezanost procjene kvalitete socijalne podrške i ovih činjenica počiva na pretpostavci da će žena koja je samostalnija imati veću podršku u trudnoći zbog vjerovanja okoline da je spremnija na majčinstvo ukoliko je samostalna, od one koja nije samostalna. Ovaj rezultat mogao bi se protumačiti na više načina, a jedan od njih je taj da kvalitetne socijalne podrške u neplaniranoj trudnoći generalno nedostaje u društvu, pa posljedično to nema nikakvu povezanost s veličinom mjesta stanovanja jer neovisno o tome jesu li ispitanice stanovale u manjim selima ili većim gradovima, smatrale su kako nisu dobile dovoljno kvalitetnu socijalnu podršku za vrijeme svoje neplanirane trudnoće. Kako ne bi sagledali samo negativnu stranu, postoji mogućnost da se kvaliteta socijalne podrške u manjim mjestima i ruralnim zajednicama poboljšala u odnosu na

ranije godine tj. vjerojatno se razina razumijevanja u tim krajevima povisila pa iz tog razloga kvaliteta socijalne podrške prema rezultatima nije bila povezana s veličinom mjesta stanovanja.

Suprotno rezultatima ovog istraživanja, Baney, Greene, Sherwood-Laughlin i suradnici su u svom istraživanju iz 2022. godine došli do rezultata da su tinejdžerice koje su neplanirano ostvarile trudnoću govorile o tome kako je bilo teško iznijeti takvu trudnoću u manjoj zajednici odnosno mjestu stanovanja manje veličine u odnosu na veća mjesta (31).

Prednost ovog istraživanja je njegova provedba na području cijele Republike Hrvatske pa samim time imamo uvid u stanje našeg društva, ali i zdravstva, odnosno podrške upućene ženama generativne dobi u našem društvu. S obzirom na to da je i ovo istraživanje, ali i sva slična istraživanja dala rezultate kako je socijalna podrška u neplaniranoj trudnoći imala utjecaj na mentalno zdravlje majke, a nije bila dovoljne kvalitete, potrebno je da se kao društvo zapitamo u kojem smjeru idemo i može li društvo ostati kvalitetno s obzirom na ovakav odnos prema trudnoći i već ionako ranjivoj populaciji trudnica. Sukladno rezultatima istraživanja i podacima o konstantnom padu nataliteta u našoj zemlji, ne bi bilo loše promisliti najprije o tome kakvu poruku kao društvo dajemo budućim majkama, a zatim razmisliti o posljedicama postupanja na takav način.

Ravnajući se prema ostalim istraživanjima koja su pokazala da nedostatna socijalna podrška u trudnoći može dovesti do negativnih posljedica na mentalno zdravlje majke i ishod trudnoće, ali i prema podatku ovog istraživanja kako ispitanice smatraju da je socijalna podrška imala utjecaj na njihovo mentalno zdravlje, bilo bi preporučljivo poduzeti dodatne korake u promoviranju važnosti socijalne podrške u trudnoći, posebice ukoliko se radi o neplaniranoj trudnoći.

Uspoređujući ovo istraživanje s drugim sličnim istraživanjima, vidi se kako u drugim zemljama svijeta ipak postoji korelacija između povezanosti sociodemografskih obilježja i kvalitete socijalne podrške, točnije veličine mjesta stanovanja, pa se stoga u daljim istraživanjima može postaviti pitanje o mišljenju ispitanica o tome zbog čega smatraju da je dobiveni rezultat upravo takav kakav jest i jesu li možda mijenjale mjesto stanovanja nakon saznanja o neplaniranoj trudnoći.

Mogući nedostaci ovog istraživanja su da su žene razočarane kvalitetom i količinom socijalne podrške dobivene u trudnoći pri odgovaranju bile kritičnije nego što to stvarno misle. Kako su u istraživanje također bile uključene žene koje su svoju trudnoću odlučile prekinuti, jedan od mogućih nedostataka je taj što se u našem društvu i dalje vodi polemika o dobrovoljnim

prekidima trudnoće te se isti postupak osuđuje, pa je moguće da su ispitanice i iz tog konteksta smatrale da su dobile manje kvalitetnu socijalnu podršku kada je u pitanju bila njihova neplanirana trudnoća. Koristilo bi stoga u budućnosti usporediti odgovore onih žena koje su odlučile prekinuti trudnoću s onima koje su je odlučile zadržati.

Kada govorimo o budućim istraživanjima, valjalo bi ispitati jesu li žene same odlučile posvetiti se svojoj neplaniranoj trudnoći i vlastitom mentalnom zdravlju, jesu li možda promijenile okolinu u kojoj su do tada boravile i jesu li ostale sa istim partnerom s kojim je trudnoća ostvarena. Također korisno bi bilo ispitati jesu li imale jednu ili više neplaniranih trudnoća i je li se razina i kvaliteta socijalne podrške smanjivala i povećavala svakom novom neplaniranom trudnoćom.

6. ZAKLJUČAK

Ovo je istraživanje pokazalo kako je u Republici Hrvatskoj kvaliteta pružene socijalne podrške ženama s neplaniranom trudnoćom još uvijek ispod razine koju bismo trebali očekivati. Dakle može se reći kako su trudnice koje su dio našeg društva u riziku od narušavanja mentalnog zdravlja, što posljedično može dovesti i do narušenog fizičkog zdravlja. Ipak s obzirom na druga istraživanja i to da se u ovom istraživanju pokazalo kako se primjerice u ruralnim područjima pruža jednako kvalitetna socijalna podrška kao u urbanim, što u nekim zemljama i dalje nije slučaj, može se zaključiti kako usprkos svemu kao društvo težimo ka dobrom putu, odnosno potrebno je više promocije i edukacije o važnosti pružanja socijalne podrške u trudnoći, bila ona planirana ili ne.

Trudnoća je razdoblje velikih promjena u životu svake žene na koje se ona sama, ali i njena neposredna okolina treba priviknuti. Kako se u trudnoći tijelo žene mijenja izvana, jednako tako mijenja se i iznutra odnosno mijenjaju se kemijski sastav i razine hormona koji mogu imati utjecaj na raspoloženje žene. Mnogim je istraživanjima dokazano da ukoliko žena ne dobije dovoljno kvalitetnu socijalnu podršku, može doći do promjena u njenom mentalnom, ali i fizičkom stanju. S obzirom na pojavnost narušavanja mentalnog zdravlja trudnice uslijed nedostatka kvalitetne socijalne podrške, istu je važno što je više moguće promovirati i time poticati društvo da budu podrška ženama u njihovoj blizini, kojima je ona potrebna.

LITERATURA

1. Odjel za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti: Svjetski dan mentalnog zdravlja majki (mrežne stranice). Zaporešić: Zavod za javno zdravstvo Zagrebačke županije, 5. svibanj 2022. (pristupljeno 21.3.2023.). Dostupno na: <https://www.zzjz-zz.hr/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja-majki/>
2. Alipour Z, Kheirabadi GR, Kazemi A, Fooladi M. The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. *East Mediterr Health J.* 2018;24(6):549-559. doi: 10.26719/2018.24.6.549.
3. Feld H, Barnhart S, Wiggins AT, Ashford K. Social support reduces the risk of unintended pregnancy in a low-income population. *Public Health Nurs.* 2021 Sep;38(5):801-809. doi: 10.1111/phn.12920. Epub 2021.
4. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2021;18(1):162. doi: 10.1186/s12978-021-01209-5.
5. Skurzak A, Kicia M, Wiktor K, Iwanowicz-Palus G, Wiktor H. Social support for pregnant women. *Pol J Public Health.* 2015;125(3): 169-172. <https://doi.org/10.1515/pjph-2015-0048>
6. Ivančić M. Postpartalni psihički poremećaji. *Primaljski vjesnik.* 2021;(30):1-8
7. Obersnel Kveder D, Andolšek Jeras L, Rojnik B. Trideset godina provođenja obiteljskog planiranja u Sloveniji. *Društvena istraživanja.* 1999; 8(2-3):40-41.
8. Osorio-Castaño JH, Carvajal-Carrascal G, Rodríguez-Gázquez M. Preparation for Motherhood during Pregnancy: a Concept Analysis. *Invest Educ Enferm.* 2017;35(3):295-305. doi: 10.17533/udea.iee.v35n3a06.
9. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J. Nurs. Scholarsh.* 2004; 36(3):226–32.
10. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):44. doi: 10.1186/s12884-017-1223-x.
11. Klima CS. Unintended pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. *J Nurse Midwifery.* 1998;43(6):483-91. doi: 10.1016/s0091-2182(98)00063-9.
12. Swahilll Isabel V, Guyot K. Preventing unplanned pregnancy: Lessons from the states. (mrežne stranice) Brookings. 2019. (Pristupljeno 21.3.2023.) Dostupno na:

<https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2019/06/Preventing-Unplanned-Pregnancy-2.pdf>

13. Cerovečki I, Rodin U, Jezdić D. Pobačaji u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2020. godine. (mrežne stranice) Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2021. (pristupljeno 23.3.2023.) dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/09/Bilten_POBACAJI_2020.pdf
14. Cerovečki I, Barišić I, Rodin U, Jezdić D. Pobačaji u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2021. (mrežne stranice) godine. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022. (pristupljeno 23.3.2023.) dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/01/POB_BILTEN_2021.pdf
15. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann.* 2014;45(3):301-14. doi: 10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x.
16. Dehingia N, Dixit A, Atmavilas Y, Chandurkar D, Singh K, Silverman J, Raj A. Unintended pregnancy and maternal health complications: cross-sectional analysis of data from rural Uttar Pradesh, India. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):188. doi: 10.1186/s12884-020-2848-8.
17. Debono C, Borg Xuereb R, Scerri J, Camilleri L. Intimate partner violence: psychological and verbal abuse during pregnancy. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2426-2438. doi: 10.1111/jocn.13564.
18. Upadhyay AK, Srivastava S. Effect of pregnancy intention, postnatal depressive symptoms and social support on early childhood stunting: findings from India. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:107. doi: 10.1186/s12884-016-0909-9.
19. Bahk J, Yun SC, Kim YM, Khang YH. Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:85. doi: 10.1186/s12884-015-0505-4.
20. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(10):e1153-84. doi: 10.4088/JCP.14r09035.
21. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Front Glob Womens Health.* 2023;3:1032212. doi: 10.3389/fgwh.2022.1032212.
22. Džambo I. Anksiozne reakcije žena kod namjernog prekida trudnoće. 1. izd. Sarajevo: doc. Dr.sc. Irma Džambo;2022. 17-21. str.
23. Batinić L. Važnost pružanja socijalne podrške majkama nakon porođaja. (mrežne stranice) Hrvatska: Centar za reproduktivno mentalno zdravlje, 27.5.2020. (pristupljeno 22.3.2023.) Dostupno na: <http://centarzareproduktivnomentalnozdravlje.hr/vaznost-pruzanja-socijalne-podrske-majkama-nakon-porodaja/>

24. Ženska mreža Hrabre sestre. (mrežne stranice) Zagreb: Ženska mreža Hrabre sestre. (pristupljeno 17.4.2023.) Dostupno na: <https://hrabra.com/sestra>
25. Márquez F, Lucchini C, Bertolozzi MR, Bustamante C, Strain H, Alcayaga C. et al. Being a first-time father. Their experiences and meanings: A Qualitative Systematic Review. *Rev Chil Pediatr.* 2019;90(1):78-88. doi: 10.32641/rchped.v90i1.821.
26. Orr ST, Miller CA. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. *Womens Health Issues.* 1997;7(1):38-46. doi: 10.1016/s1049-3867(96)00017-5.
27. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310-57.
28. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol.* 2011;62:531-58. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727.
29. Traylor CS, Johnson JD, Kimmel MC, Manuck TA. Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(4):100229. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100229.
30. Edmonds JK, Paul M, Sibley LM. Type, content, and source of social support perceived by women during pregnancy: evidence from Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* 2011;29(2):163-73. doi: 10.3329/jhpn.v29i2.7859.
31. Baney L, Greene A, Sherwood-Laughlin C, Beckmeyer J, Crawford BL, Jackson F, et al. "It Was Just Really Hard to Be Pregnant in a Smaller Town ...": Pregnant and Parenting Teenagers' Perspectives of Social Support in Their Rural Communities. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(24):16906. doi: 10.3390/ijerph192416906.

Privitak A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. Deskriptivni podatci o ispitanicama u vrijeme kada su neplanirano zatrudnjele

Tablica 2. Stavovi o važnosti socijalne podrške u trudnoći i neplaniranoj trudnoći

Tablica 3. Utjecaj socijalne podrške na pojavu negativnih iskustava u neplaniranoj trudnoći

Tablica 4. Povezanost kvalitete socijalne podrške s obzirom na sociodemografske čimbenike

Slike

Slika 2. Samoprocjena kvalitete socijalne podrške

Slika 2. Frekvencije izvora podrške ispitanicama u neplaniranoj trudnoći

ŽIVOTOPIS

Victoria Savić rođena je 27.4.2000. godine u Zagrebu, a odrasla je u selu Velika Mučna pored Koprivnice gdje je završila osnovnu i srednju školu. Nakon završenog petogodišnjeg srednjoškolskog obrazovanja za medicinsku sestru opće njege u Srednjoj Školi Koprivnica, 2020. godine upisuje redovni stručni studij primaljstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Po završetku trogodišnjeg studijskog programa dobiva zvanje prvostupnice primaljstva. Aktivno se koristi engleskim jezikom, a pasivno talijanskim i njemačkim. Uvelike je zainteresirana za područje edukacije o dojenju te pružanje podrške i pomoći mladim majkama u ostvarivanju uspješnosti istog.