

KVALITETA ŽIVOTA I STRATEGIJE SUOČAVANJA SA STRESOM U RODITELJA DOJENČADI S NEURORIZIKOM

Nemec, Natalija

Master's thesis / Diplomski 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:184:431291>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ FIZIOTERAPIJA

Natalija Nemeč

**KVALITETA ŽIVOTA I STRATEGIJE SUOČAVANJA SA STRESOM U
RODITELJA DOJENČADI S NEURORIZIKOM**

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF PHYSIOTHERAPY

Natalija Nemec

**QUALITY OF LIFE AND COPING STRATEGIES FOR STRESS AMONG
PARENTS OF CHILDREN WITH NEURORISK**

Master thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: Izv.prof.dr.sc. Sandra Bošković, bacc.med.teh., prof.reh.

Završni/diplomski rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Diplomski studij Fizioterapija
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Natalija Nemeć
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Kvaliteta života i strategije suoćavanja sa stresom u roditelja dojenćadi s neurorizikom
Ime i prezime mentora	Sandra Bošković
Datum predaje rada	01.07.2023.
Identifikacijski br. podneska	39600326
Datum provjere rada	11.07.2023.
Ime datoteke	Natalija_Nemeć_DIPLOMSKI_RAD
Velićina datoteke	362.27K
Broj znakova	156722
Broj rijeći	27390
Broj stranica	112

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	14%
-----------------	-----

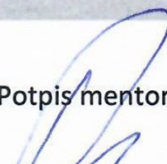
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

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

Datum

11.07.2023

Potpis mentora



Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Neurorizično dijete	1
1.2. Prijevremeno rođeno dijete	3
1.3. Plasticitet mozga.....	7
1.3.1. Utjecaj okoline na neuralnu plastičnost mozga kod nedonoščadi.....	8
1.4. Stres, faktori stresa i strategije suočavanja	10
1.4.1. Roditeljski stres.....	10
1.4.2. Utjecaj roditeljskog stresa na odnos roditelj-dijete i djetetov razvoj samoregulacije.....	12
1.5. Utjecaj očinske figure na djetetov razvoj	14
1.6. Strategije suočavanja sa stresom kod roditelja dojenčadi uključene u ranu intervenciju	16
1.7. Rana intervencija	18
1.7.1. Rana intervencija – početak i razvoj.....	18
1.7.2. Rana intervencija danas.....	19
1.7.3. Vojta koncept.....	20
1.7.4. Roditeljska uloga kao terapeuta.....	22
1.7.5. Kvaliteta života	25
2. CILJEVI I HIPOTEZE	28
3. ISPITANICI I METODE	29
3.1. Ispitanici i materijali.....	29
3.2. Postupak i instrumentarij	29
3.3. Statistička obrada podataka	31
3.4. Etički aspekti istraživanja	32
4. REZULTATI.....	34
4.1. Sociodemografski podatci	34
4.2. Testiranje razlike kod promatranih faktora s obzirom na promatrane pokazatelje	60
4.3. Testiranje razlike kod promatranih pitanja s obzirom na spol, dob i obrazovanje	69
5. RASPRAVA.....	77
5.1. Ograničenja istraživanja.....	88
6. ZAKLJUČAK.....	90
7. LITERATURA.....	91
8. PRIVITCI	97
9. ŽIVOTOPIS.....	106

Kratice:

- CP - cerebralna paraliza
- MND - hrv. Minimalne neurološke disfunkcije (engl. Minor neurological dysfunction)
- WHO - svjetska zdravstvena organizacija
- PVL - periventrikularna leukomalacija
- IVH - intraventrikularno krvarenje
- NEC - nekrotizirajući enterokolitis
- BMI - indeks tjelesne mase (engl. Body Mass Indeks)
- LBW - niska porođajna težina (engl. low birth weight)
- VLBW - vrlo niskom porođajna težina (engl. very low birth weight)
- ELBW - ekstremno niska porođajna težina (engl. extremely low birth weigh)
- ICD - međunarodna klasifikacija bolesti
- SAD - Sjedinjene Američke Države
- NDT - neurorazvojna terapija

SAŽETAK

UVOD I CILJ: Kvaliteta života je holistički koncept i prije svega za nju ne postoji konkretna i jasna definicija, već je obuhvaćena različitim čimbenicima koji između ostalog uključuju i osobnu percepciju pojedinca i njegovo vrednovanje tog pojma. Strategije suočavanja sa stresom su način na koji pojedinac interpretira i rješava problem, te time utječe na svakodnevno vlastito funkcioniranje kao i na odnos s neurorizičnim djetetom koje zahtjeva adekvatnu podršku roditelja. Cilj istraživanja bio je ispitati odnos roditeljske strategije sa stresom na njihovu percepciju kvalitete života s obzirom na iskustvo s neurorazvojnim tretmanom po Vojta metodi u ranoj intervenciji.

ISPITANICI I METODE: Sudjelovalo je 30 ispitanika iz područja Slavonije čija su djeca imala određeni neurorizik i bila u dobi do godinu dana uzevši u obzir korigiranu dob djece. Korištena su dva validirana upitnika uz pomoć kojih se nastojalo ispitati koji način strategije suočavanja roditelji najviše koriste i zadovoljstvo životom kao mjerilo utjecaja na njihovu kvalitetu života. Treći upitnik bio je osmišljen od strane autora i sačinjavao je dodatna pitanja kako bi se ispitala percepcija zahtjevnosti i roditeljske stresnosti kada se nalaze u ulozi terapeuta, te utječe li terapija po Vojta metodi na njihovu kvalitetu života.

REZULTATI: Rezultati su pokazali kako roditelji koriste različite načine suočavanja sa stresom koji utječu na njihovu percepciju kvalitete života. Roditelji najviše koriste strategiju suočavanja usmjerenu na problem koja je u pozitivnoj korelaciji sa zadovoljstvom života ($r=0,465$; $p<0,05$) i suočavanje izbjegavanjem koja je u pozitivnoj korelaciji sa zadovoljstvom života ($r=0,470$; $p<0,05$). Rezultati navode kako je mlađa populacija roditelja sklonija odustati od vježbi po Vojta metodi ($p<0,05$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK: Na temelju dobivenih rezultata prva hipoteza nije dokazana. Strategije suočavanja utječu na percepciju kvalitete života. Druga hipoteza je djelomično potvrđena. Mlađi ispitanici su imali veću namjeru odustajanja od vježbi po Vojta metodi i time je potvrđeno da je percepcija zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta negativno povezana s njihovom percepcijom kvalitete života i to u odnosu na njihovu dob; odnosno negativno utječe na njihovu percepciju kvalitete života.

KLJUČNE RIJEČI: kvaliteta života, strategije suočavanja sa stresom, Vojta metoda

SUMMARY

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Quality of life is a holistic concept and, above all, there is no concrete and clear definition for it. It encompasses various factors, including personal perception and evaluation of the concept. Coping strategies are the ways in which individuals interpret and solve problems, thereby influencing their daily functioning and their relationship with a neurologically at-risk child who requires adequate parental support. The objective of this research was to examine the relationship between parental coping strategies with stress and their perception of quality of life, considering their experience with neurodevelopmental treatment using the Vojta method in early intervention.

PARTICIPANTS AND METHODS: There were 30 participants from the region of Slavonia whose children had a specific neuro-risk and were up to one year old, taking into account the corrected age of the children. Two validated questionnaires were used to investigate the coping strategies parents most commonly use and life satisfaction as a measure of their quality of life. The third questionnaire was designed by the author and consisted of additional questions to examine the perception of demands and parental stress when in the role of a therapist, and whether Vojta therapy affects their quality of life.

RESULTS: The results have shown how parents use different coping strategies to deal with stress, which influence their perception of quality of life. Parents mostly use problem-focused coping strategy, which is positively correlated with life satisfaction ($r=0.465$; $p<0.05$), as well as avoidance coping strategy, which is also positively correlated with life satisfaction ($r=0.470$; $p<0.05$). The results indicate that younger parents are more likely to give up on Vojta method exercises ($p<0.05$).

DISCUSSION AND CONCLUSION: Based on the obtained results, the first hypothesis was not confirmed. Coping strategies do influence the perception of quality of life. The second hypothesis was partially confirmed. Younger participants had a higher intention to give up on Vojta method exercises, thus confirming that the perception of demands and stressfulness of the parental role as a therapist is negatively correlated with their perception of quality of life, specifically in relation to their age; it negatively affects their perception of quality of life.

KEYWORDS: quality of life, coping strategies, Vojta method

1. UVOD

1.1. *Neurorizično dijete*

Rano djetinjstvo kritično je razdoblje za sazrijevanje mozga; posebice za kognitivni, fizički i socioemotivni razvoj, jer se u toj fazi formiraju i jačaju neuronski krugovi kroz interakciju s okolinom djeteta (1). Procjene su pokazale da zemlje s niskim i srednjim dohotkom s više od 43% djece do 5 godina starosti ne uspije postići svoj razvojni potencijal zbog izloženosti raznim biološkim, psihosocijalnim i okolišnim rizičnim faktorima kao što je to primjerice nedovoljna i neadekvatna stimulacija u obiteljskom okruženju (1). Također, u tim istim zemljama nedonoščad je povezana s većim neonatalnim morbiditetom, te on predstavlja rizik za neke od neurorazvojnih poteškoća poput cerebralne paralize i poteškoća u učenju čime se smanjuje kvaliteta života takve djece i ograničava društvena participacija. Stoga je važno ulagati u rano djetinjstvo s ciljem da se smanje učinci društvenih i bioloških rizika, a ranom intervencijom koja se sastoji od niza preventivnih terapijskih programa pružiti djeci i njihovim roditeljima mogućnost razvoja vještina, spriječiti ili minimalizirati kašnjenja u razvoju, te smanjiti ili spriječiti nastanak invaliditeta bilo koje vrste kao i moguć gubitak djetetove adekvatne funkcionalnosti. Posebno je važno naglasiti razvoj i jačanje strukturirane veze između majke i dojenčeta, potom cijele obitelji s ciljem jačanja njihove funkcionalnosti s naglaskom na djetetovu dobrobit i njegovog strukturiranog razvoja potpomognutog od strane obitelji.

U novije vrijeme sve je češći pojam neurorizik i neurorizično dijete. Neurorizičnim djetetom smatra se dijete izloženo prenatalnim, perinatalnim ili postnatalnim čimbenicima rizika, no veći dio izloženosti opada na perinatalna oštećenja (2). U najranijem periodu djetetova sazrijevanja; njegovih kognitivnih, socio-emotivnih i motoričkih vještina svaka štetna pojava ili događaj mogu imati nepovoljan i nepovratan negativni utjecaj na djetetov razvoj. Nastanak oštećenja i mjesto ovise o gestacijskoj zrelosti novorođenčeta, opsegu oštećenja i promjenama prokrvljenosti centralnog živčanog sustava u tijeku sazrijevanja (2). Prisutnost neurorizičnih čimbenika ne znači uvijek i nepovoljan utjecaj na djetetov razvojni slijed (3). Smatra se da je u razvijenim zemljama svako deseto dijete neurorizično; te svjetska zdravstvena organizacija smatra kako 6-7 % rođene djece ima neka od odstupanja u razvoju

(4). Prema istraživanjima Bošnjak-Nadž i suradnika broj neurorizične djece na godinu je oko 4 000 od 40 000 rođenih, a od toga je 3% visokoneurorizično (1200 visokoneurorizične djece), a 2 800 niskorizične djece (4). Neurorizičnoj skupini pripadaju djeca koja imaju jedan ili više faktora rizika u svojim anamnestičkim podacima; no to ne znači da središnji živčani sustav posljedično mora biti oštećen. Do njegovog oštećenja dolazi i kod dojenčadi u kojih nije uočen niti jedan rizični prediktor (3). Najčešće prisutna neurorizična stanja kod djece smatraju se: prematuritet (pripadaju najrizičnijoj skupini za nastanak neuroloških disfunkcija), asfiksija, konvulzije, infekcije novorođenčeta, apnoične atake i sl. (5). Obzirom da rizični čimbenici prekidaju složene razvojne sekvence uključene u tipični razvojni tijek mozga posljedično tome nastaju neurorazvojni poremećaji karakterizirani kao cerebralna paraliza (CP), intelektualne poteškoće ili poremećaj iz spektra autizma (6). Neki autori poput Pinjatele i Joković Oreb navode i druge vrste poteškoća koje se javljaju ovisno o vrsti i težini neurorizičnog oštećenja: smetnje vida, sluha i govora, smetnje koncentracije i socijalizacije (5). Navedene neurorizične smetnje i odstupanja mogu se javiti samostalno ili kao višestruke neurorazvojne poteškoće koje kasnije prate neku određenu dijagnozu kao što je to primjerice, cerebralna paraliza. Uz nju se mogu pojaviti i određene dodatne smetnje poput poremećaja sluha, vida, govora i sl. Takav klinički ishod spada u teža stanja trajnih poremećaja razvoja, dok blaža odstupanja pripadaju minimalnim neurološkim disfunkcijama (engl. Minor neurological dysfunction, MND), te osim što mogu imati svoj izvor disfunkcionalnosti u biološkim čimbenicima, okolišni čimbenici također mogu biti jedan od faktora rizika u nastanku minimalnih neuroloških disfunkcija (7). One nisu toliko uočljive, no karakteriziraju ih problemi regulacije mišićnog tonusa, problemi koordinacije, ravnoteže i držanja, blaže abnormalnosti refleksa i sl., te su prema istraživanjima tipična pojava kod novorođenčadi najniže gestacijske dobi. Pojava neurorizičnih simptoma kao posljedica oštećenja središnjeg živčanog sustava jasan su znak odstupanja u razvoju u odnosu na tipični djetetov razvoj, te su oni jasna indikacija za uvođenje određenih intervencijskih terapijskih postupaka s ciljem prevencije i što boljeg ishoda kliničke slike. Klinički ishod neurorazvojnih odstupanja uočiti će se u vrijeme kada procesi sazrijevanja mozga dosegnu određene stadije funkcionalne i topografske organiziranosti (4). Brojne studije potvrđuju da je neurološko stanje u dojenačkoj dobi sklono promjenama koje su povezane s razvojnim transformacijama mozga te su potrebne višestruke procjene i konstantno praćenje neurorizičnog djeteta (7). Na neurorazvojni ishod osim već spomenutih utjecajnih faktora poput oštećenja središnjeg živčanog sustava, plasticiteta mozga i maturacije utječe djetetova

interakcija s okolinom. U njegovim prvim danima života interakciju uspostavlja s roditeljima i ostalom obitelji. Stoga je potrebno omogućiti djetetu zdravu i stimulirajuću interakciju s njemu bliskim osobama. Djecu koja žive u nestimulirajućoj i disfunkcionalnoj okolini bez podrške za optimalan razvoj, a rođena su kao zdrava potrebno ih je, kao i njihovu obitelj, uključiti u ranu intervenciju. Odnos roditelj-dijete ima značajnu ulogu u podupiranju djetetovog razvoja, posebno u procesima ranih samoregulacijskih iskustava djeteta. Smatra se da ako je odnos narušen mentalnim zdravljem kao i nekim drugim poteškoćama roditelja utječe na mogućnosti razvoja djeteta kao i na njegove samoregulacijske sposobnosti koje mogu oslabiti ili u potpunosti nestati (8). Posebno se naglasak stavlja na odnos majka-dijete kao i na cjelokupni odnos roditelja pogotovo prema prijevremeno rođenom djetetu s niskom porođajnom težinom. Mentalno zdravlje roditelja ima jak učinak na socio-emocionalni razvoj prijevremeno rođenog djeteta u odnosu na dijete koje je rođeno u terminu (8).

1.2. Prijevremeno rođeno dijete

Prijevremeno rođena djeca pripadaju ranjivoj populaciji koja pokazuje povećani rizik za neurobihevioralne poremećaje, uključujući poteškoće s učenjem i veće mogućnosti za razvoj problema s internaliziranim i eksternalizirajućim ponašanjem u odnosu na djecu rođenu u terminu (9).

Prema svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) prijevremeno rođeno dijete je svako ono dijete rođeno prije 37. tjedna trudnoće (10). Zadnjih 20 godina u porastu je broj djece rođene prije termina uključujući smanjenje gestacijske dobi, te time i smanjenje neonatalnog morbiditeta (11).

Kao posljedica prijevremenog rođenja može doći do razvoja patofizioloških osobina zbog funkcijske nezrelosti određenog organa ili organskog sustava, pa se zbog toga stvaraju poteškoće u prilagodbi za život izvan maternice (12). Razlikujemo četiri kategorije prijevremenog rođenja, a to su ekstremno prijevremeni porod (< 28 tjedna gestacije), vrlo rani prijevremeni porod (28 do 31 + 6 tjedana gestacije); te umjereni (početak 32. sve do kraja 33.

tjedna trudnoće) i kasni prijevremeni porod (od početka 34. do 36 + 6 tjedana gestacije); (10, 12). Kasna nedonoščad čini zapravo većinu prijevremeno rođene djece; ukupno 75% djece rođene između 34 – 36 6/7 tjedana trudnoće što bi bilo > 400 000 kasnih prijevremenih poroda godišnje (9).

U svijetu se u godini dana rodi 15 milijuna prijevremeno rođene djece; od toga njih približno 5% pripada populaciji ekstremno prijevremeno rođene djece, a 10 % ih je rođeno u 28-31 tjednu trudnoće (10). Izvješće Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) ukazuje da je 2019. godine u svijetu zabilježeno 14,8 milijuna prijevremeno rođene djece s prosječnom stopom prijevremenog rađanja 10,6% (10). Pregledom i usporedbom statističkih podataka za 107 zemalja uočena je pojavnost prijevremeno rođene djece između 8,7% za neke određene dijelove Europske unije, a za područja sjeverne Afrike do 13,4%. (12). U Republici Hrvatskoj prevalencija prijevremeno rođene djece u periodu od 1991. do 2014. bila je 6,19 – 6,97 %, a u periodu od 2008 do 2014. bilježi se blagi porast takve djece (12). Smatra se da zbog komplikacija prijevremenog rođenja u svijetu godišnje umre oko 1 000 000 u prvih 5. godina života (12). Razvojem tehnoloških metoda i perinatalne skrbi u posljednjih nekoliko desetljeća povećalo se i poboljšalo preživljavanje djece rođene s < 32 gestacijska tjedna (10). No prevalencija i dalje ostaje visoka, posebno za djecu rođenu s < 28 gestacijskih tjedana (10). Obzirom da je stopa prijevremenog poroda u svijetu je porasla, smatra ga se vrlo složenim procesom s brojnim različitim mehanizmima nastanka. Uzroci su različiti, te se hijerarhijski klasificiraju (infekcije, upale, prijevremeno prsnuće ovoja, krvarenje u trudnoći, hipertenzivne bolesti, intrauterini zastoj u rastu i sl.) (10). Za prijevremeno rođenu djecu osim gestacijske dobi karakteristična je i niska porođajna težina koja može biti uzrokom brojnih medicinskih komplikacija nepovoljna tijekom, te ima posredan ili neposredan utjecaj na djetetov život. Pri tome se misli na stanja koja ugrožavaju djetetov život ili kasnije utječu na kvalitetu njegovog života i života njegovih bližnjih, napose roditelja. Takve medicinske komplikacije obično se dijele na kratkoročne i dugoročne. U kratkoročne komplikacije najčešće spadaju respiratorni distres sindrom, intraventrikularno krvarenje, periventrikularna leukomalacija, nekrotizirajući enterokolitis, poteškoće hranjenja, prematura retinopatija, infekcije, bronhopulmonalna displazija i perzistirajući arterijski duktus (13, 12). U dugoročne komplikacije se ubrajaju poremećaj rasta i razvoja (kronične bolesti i neurorazvojna odstupanja), te poteškoće u

psihosocijalnom i emocionalnom načinu funkcioniranja (12). Zahvaljujući boljoj neonatalnoj intenzivnoj i pedijatrijskoj njezi smrtnost prijevremeno rođene djece značajno se smanjila, pa čak i među onom koja teže manje od 1500 grama (14). No mnoga takva djeca rođena s ekstremno niskom porođajnom težinom suočena su s dugoročnim medicinskim komplikacijama. Najčešća odstupanja su u području neurorazvoja bilo da se radi o motoričkim, vidnim, slušnim ili kognitivnim oštećenjima. Oštećenja su ponekad udružena i tvore kompleksnu kliničku sliku djetetovog neurološkog razvoja. Osim gestacijske dobi u obzir se uzimaju i već navedene vrijednosti tjelesne porođajne težine. Klinička istraživanja potvrđuju da takva djeca pripadaju najugroženijoj skupini novorođenčadi posebice ako su udružena dva važna faktora: gestacijska dob i niska porođajna težina. Novorođenčad s niskom porođajnom težinom možemo podijeliti na one s niskom (engl. low birth weight; LBW < 2500 g), vrlo niskom (engl. very low birth weight; VLBW < 1500 g) i ekstremno niskom (engl. extremely low birth weight; ELBW < 1000 g) tjelesnom porođajnom težinom (12). Niska porođajna težina može ukazivati na intrauterino zaostajanje u rastu i razvoju zbog mnogobrojnih utjecajnih čimbenika, što znači da ona ne mora posljedica prijevremenog djetetova rođenja. Prijevremeno rođena djeca se zbog svoje nezrelosti suočavaju s brojnim poteškoćama što ih svrstava među visokorizičnu skupinu populacije. Kratkoročne neurološke komplikacije poput periventrikularne leukomalacije (PVL), intraventrikularnog krvarenja (IVH), kao i nekrotizirajući enterokolitis (NEC) pripadaju, ovisno o stupnju, među komplikacije sa težim kliničkim neurorazvojnim ishodima koje se zapravo svrstavaju u dugoročne neurorazvojne komplikacije. Kratkoročne komplikacije osim što su izvor kasnih negativnih učinaka na dijete mogu dovesti i do smrtnog ishoda. Dugoročnim neurorazvojnim komplikacijama pripadaju poremećaji grube i fine motorike, razna oštećenja poput senzornih i kognitivnih funkcija, te niža vrijednost BMI-ja (engl. Body mass indeks) u odnosu na djecu rođenu uredne porođajne tjelesne težine (12). Duži boravak nedonoščadi u jedinicama intenzivne skrbi (koje mogu biti bučne ili tihe) i odvojenost od roditelja ima utjecaj na kognitivni razvoj i razvoj verbalnih vještina (12). Važno je spomenuti da kod prijevremeno rođene djece (< 32 tjedna gestacije) ili kod djece s niskom porođajnom težinom (porođajna težina < 1500 g) mogu nastati povećani rizici od socijalno-emotivnih teškoća i psihičkog razvoja (8). U školskoj dobi djeca rođena prije termina imaju veću stopu pojave internaliziranih problema, poremećaja pažnje (hiperaktivnost) i drugih poteškoća u ponašanju (8). Čak i kod prijevremeno rođene djece, ali bez „većih“ neurosenzornih oštećenja (tzv. zdrava nedonoščad) može se vrlo često uočiti niz

poteškoća posebice u dobi od 5-6 godina (11). Obično su to uz neuropsihološke procese poteškoće na razini vizuoperceptivnih, vizualno-motoričkih vještina i izvršnih funkcija (pozornost), te poteškoće radne memorije (11). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 20% nedonoščadi ima poteškoće u učenju (11). Neke studije ukazuju kako stopa preživljavanja nedonoščadi prelazi 85%; no kod takve djece (njih 5 do 15 % preživjelih) javljaju se smetnje poput neurobiheviornalnih, cerebralne paralize i neurosenzornih oštećenja (15). Procjena uključuje da čak 50 do 70% nedonoščadi s vrlo niskom porođajnom težinom (≤ 1500 g) kasnije ima neku disfunkciju bilo kognitivno, biheviornalno ili socijalno kašnjenje čije prisustvo ometa napredovanje u školi (15). Ove vrste poteškoća nastavljaju se i u odrasloj dobi, te perspektivno gledajući, prijevremeni porod se smatra jednim od najskupljih i najrazornijih zdravstvenih događaja uključujući početnu hospitalizaciju i dodatne novonastale troškove koji su povezani s kasnijim nadovezujućim problemima sa neurobiheviornalnim i kognitivnim ishodima (15).

Zdrava dojenčad i novorođenčad razvijaju se i rastu sukladno razvojnim normama; no razlike postoje i one su određene pojedinim okolnim čimbenicima u kojima dijete odrasta (16). Ponekad se i kod takve dojenčadi koja su pri rođenju imala Apgar 8-10 mogu uočiti blaža odstupanja u motoričkom razvoju, a te su abnormalnosti u 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-10) opisane definicijom „Izostanak očekivanog normalnog fiziološkog razvoja, nespecificiran“ (šifra R62.9) (16). Takva je dojenčad najčešće upućena fizioterapeutu upravo pod navedenom dijagnozom. Nadalje, postoji dojenčad kojima je dijagnosticiran abnormalni mišićni tonus zajedno sa izostankom potporne i ekstenzivne funkcije; tzv. deficit motoričkih funkcija primjerenih ranoj dobi, te je popraćen poteškoćama s unosom hrane i gastrointestinalnim poremećajima (16). Problemi koji se obično javе kod takve dojenčadi su problemi diskoordinacije sisanja, gutanja i disanja, te se javljaju kao posljedica disfunkcije dubokih mišića, a nazivaju se i pripadaju kvalitativnim motoričkim abnormalnostima (16). Tijekom procjene spontanih motoričkih aktivnosti i ostalih dijagnostičkih postupaka i procjena koje nas vode do mogućih uzroka i nastanka problema, ove uočene poteškoće navode na korake poduzimanja daljnjih mjera koje uključuju postupke rane intervencije.

1.3. *Plasticitet mozga*

Ljudski mozak ima više od 100 milijardi neurona povezanih u mreže i sustave koji imaju specifične funkcije u skladu sa primarnim mrežama neurotransmitera, sinaptičkom strukturom i regionalnom lokalizacijom (15). Do nedavno, točnije do šezdesetih godina prošlog stoljeća smatralo se da se mozak mijenja samo u periodu djetinjstva, te da je u odrasloj dobi u potpunosti fizički strukturiran (17). No tijekom razvoja neuroznanosti brojnim istraživanjima otkriven je upravo suprotni način funkcioniranja mozga. Danas „plastičnost“ mozga označava brojne i različite fenomene od kojih jedni djeluju samo u ranom razvoju, drugi veći dio života, a neki od njih cijeli život (18). Pojam „neuroplastičnost“ odnosi se na sposobnost središnjeg živčanog sustava da promijeni svoju funkciju ili strukturu kao krajnji ishod i rezultat određenih podražaja i stimulansa. Neuralne sinapse i moždani putovi sposobni su modificirati se promijenjenim mislima, emocijama, te okolišnim, bihevioralnim i neuralnim podražajima (19). Kora velikog mozga je dio mozga koja je odgovorna za procese planiranja i rezoniranja (20). U prenatalnom razdoblju stanice mozga nastaju velikom brzinom od oko 250. 000 stanica u minuti tako da se negdje oko sredine trudnoće stvore milijarde neurona (20). U dobi od 3 godine mozak ima dvostruko više međusobnih veza između svojih 100 milijardi neurona koji se nalaze u kori velikog mozga (20). Period od rođenja pa sve do treće godine života od iznimne je važnosti po pitanju efikasnijeg zapamćivanja iskustva, ali se ta sposobnost s godinama mijenja, odnosno opada.

Ovi događaji rezultat su učenja mozga i zadržavanja novih podataka tijekom njegova razvoja. Obzirom da je razvoj mozga dinamičan proces i kako bi se lakše „prilagođavao“ odnosno mogao koristiti kompleksnim informacijama, postoje određeni mehanizmi koji uklanjaju višak sinapsi, a nazivaju se sinaptičko obrezivanje. Mozak tada eliminira beskorisne neuronske veze, a istovremeno jača potrebne sinapse (19). Obzirom da je mozak je veliki potrošač energije (otprilike 30% bazalnog metabolizma troši mozak), upravo je iz tih razloga modificiran da bude što ekonomičniji eliminirajući komponente koje ne koristi.

Reformacije sinaptičkih mreža su procesi ovisni o iskustvu kojima je središnji živčani sustav podložan i uz pomoć kojega se on mijenja, te je iskustvo zapravo osnovni stimulans plastičnosti

mozga. Iskustvo utječe na razne promjene (dužina dendrita gustoća kralježnice, formacija i raspored sinapsi, povećanu funkciju glija stanica, metaboličku aktivnost), stoga se mozak prilagođava na njega i ostale situacije svojom sposobnošću reorganizacije puteva živčanih stanica (20). Plastičnost omogućava mozgu da nadomjesti oštećenja nastala zbog ozljeda ili bolesti svojom sposobnošću prilagodbe (20). Što je pojedinac sve stariji, prilagodba mozga na oštećenja su teža. Mozak dojenčeta poznat je po svojoj plastičnosti najviše za vrijeme i nakon migracije neurona kada dolazi i do sinaptogeneze, procesa koji se odvija tijekom cijelog života, no aktivnost tog procesa najviša je za vrijeme razvoja fetusa, kod dojenčadi i u ranom djetinjstvu (15). Molekularne promjene omogućuju neuronima i neuronskom sustavu pohranu informacija, te mozak zahvaljujući tom procesu može reagirati na čimbenike okoline. Ako je sinapsa često stimulirana, postoji mogućnost da ona postane trajna i veća je internalizacija novih iskustava, a gase se neuralne aktivacije neosnažene iskustvom (15). Važno je napomenuti da plastičnost mozga može biti adaptivna ili neprilagodljiva. Kada se promjene događaju, mogu se dogoditi na više razina: anatomsko-proširenje postojećih aksona u prostor kojeg su napustili izbrisani aksoni; fiziološka-oslobađanje većeg broja neurotransmitera zbog kompenzacije stanične smrti i metabolička-moždana sposobnost rasta kapilara u području kako bi odgovarale novoj funkciji kao što se događa s učenjem (15). Ljudski mozak se mijenja zahvaljujući iskustvu iz okoline uz čiju pomoć se filtriraju i osjetila (dodir, okus, miris, zvuk i vid) i ti osjetilni signali pokreću kaskadu staničnih i molekularnih procesa koji mijenjaju neuronalnu neurokemiju pa i samu strukturu mozga (15). Okruženje i okolina u kojoj dojenče boravi od izuzetne je važnosti. One moraju biti poticajne i stimulativne kako bi se što bolje iskoristile djetetove mogućnosti i usmjerile njegov razvoj potičući ga da maksimalno i najbolje što može iskoristi vlastite resurse.

1.3.1. Utjecaj okoline na neuralnu plastičnost mozga kod nedonoščadi

Neurorazvojni ishodi prijevremeno rođene djece su heterogeni, kao što je i rizik od loših neurobiheviornalnih ishoda visok (15). Razlog tome je strukturna diferencijacija (diferencijacija neurona, rast glijalnih stanica, mijelinizacija, rast aksona i dendrita, te formiranje sinapsi) središnjeg živčanog sustava koja se događa brzo i između 23. i 32. tjedna trudnoće; te moguća promjena u diferencijaciji može utjecati na kasniji razvoj djeteta (15). Neurogeneza započinje

u ranim tjednima gestacije nakon začeća, a migracija neurona slijedi između 12. i 20. tjedna trudnoće (21). Neuroapoptoza ili programirana stanična smrt javlja se od 24. tjedna trudnoće do 4. tjedna nakon rođenja (21). Proliferacija neuronskih sinapsi je drugi veliki neurorazvojni proces koji počinje oko 20. tjedna gestacije; odvija se brzo, a broj sinapsi svoj vrhunac doseže u dobi od oko 1-2 godine djetetova života i to s brojevima 50 % većim nego u odraslih (21). Slijedi proces skraćivanja sinapsi; odnosno gubitak sinaptičkih veza. Mijelinizacija je četvrti glavni proces koji započinje krajem drugog tromjesečja i nastavlja se tijekom djetinjstva, ali sporijom brzinom (21).

Tijekom života mozak se neprestano reorganizira i reagira na okolinu, što upućuje i na to da dodatni utjecaji na ishode prijevremeno rođene djece dolaze iz okoline, te primjerice, kao što oni mogu imati pozitivni učinak na razvoj dječjeg mozga, tako postoje i čimbenici s negativnim utjecajem na razvoj mozga. Jedan od takvih čimbenika je jedinica za intenzivnu njegu novorođenčadi, u što spada i način ophođenja prema prijevremeno rođenom djetetu. Vrsta stimulacije koja dolazi iz jedne takve okoline nije kompatibilna s neurorazvojnim potrebama djeteta, iako mu spašava život. Negativna iskustva djeteta iz takve okolnosti dovodi do različitih abnormalnih sinaptičkih veza s potencijalno štetnim dugoročnim učincima; suprotno u odnosu na normalno intrauterino okruženje gdje proces sinaptičkih veza djeluje tako da podržava normalan razvoj djeteta (15). Osim što je dijete prijevremeno rođeno, s niskom porođajnom težinom i ostalim poteškoćama koje mogu pratiti kompleksno stanje tek rođenog djeteta; središnji živčani sustav se mora prilagođavati abnormalnoj novonastaloj situaciji koja izaziva visoku razinu stresa kod novorođenčeta. Pri tome, prijevremeno rođeno dijete u takvoj nenadanoj situaciji može pretrpjeti i određeno oštećenje zbog svoje nezrelosti i nespremnosti na izazovnu situaciju i novonastalu nepovoljnu okolinu. U neonatalnom okruženju mogu se razviti kompenzacijske fiziološke reakcije u svrhu preživljavanja, te one mogu biti trajne i tako imati utjecaj na daljnje ishode prijevremeno rođene djece. Prijevremeni porod povezan je s visokim stopama loše neurobihevirolne organizacije, lošoj kognitivnoj funkciji, ranim neurološkim oštećenjima uzrokovanim intraventrikularnim krvarenjem ili oštećenjem bijele tvari što dovodi do periventrikularne leukomalacije ili smrti moždanog tkiva (15). Nedonoščad i bez ovakve vrste oštećenja može razviti kognitivnu disfunkciju, mogu nastupiti problemi sa pamćenjem i ponašanjem, poremećajem pažnje, te poteškoće u vještinama rasuđivanja,

vizualno-motoričkim sposobnostima i brojne druge slične teškoće koje utječu na normalan funkcijski status djeteta.

1.4. Stres, faktori stresa i strategije suočavanja

1.4.1. Roditeljski stres

Rođenje djeteta za roditelje predstavlja razdoblje uzbuđenosti, zadovoljstva i sreće, te su osjećaji zapravo pomiješani sa određenim stanjem šoka i stresa, jer se roditelji nalaze u novoj za njih zahtjevnoj ulozi života, te postaju svjesni da im se ulogom roditeljstva život mijenja. Roditelji maštaju i/ili imaju neku određenu sliku njihovog idealnog djeteta što znači da postoje određena očekivanja vezana za njihovo dijete (izgled, ponašanje i sl.). U većini slučajeva roditelji postaju svjesni zahtjevnosti svoje uloge i što ona donosi pred njih, počevši od samog angažmana roditelja oko djeteta obzirom na određene različitosti u karakteristikama, razvojnog procesa, te uklapanja njih kao roditelja u cijeli proces djetetovih psihosocijalnih i ostalih potreba.

Uz pomoć i podršku šire obitelji i okoline roditelji se uspiju prilagoditi, te svoje obaveze uskladiti zahtjevima roditeljstva. No, ponekad u roditeljstvu postoje i određeni životni izazovi koji narušavaju skladnost obiteljskog odnosa i funkcioniranja. Roditelji čiji izazovi roditeljstva postanu zahtjevni i premašuju njihova očekivanja porušivši tako i sliku idealnog djeteta u glavi, te se umjesto pozitivnog stresa moraju usmjeriti na izazove koje sa sobom donosi pojam riječi „neurorizično“ dijete. Uz ogromnu količinu stresa u početnoj fazi i dobivanja osnovnih informacija o stanju njihova djeteta, roditelji se također suočavaju s brojnim drugim prilagodbama, dodatnim informacijama, ciljevima i ostalim specifičnostima koje sa sobom donosi „neurorizik“. Osim informacije da se njihovo dijete ne razvija u skladu s djecom tipične dobi njegovog uzrasta, roditeljsko suočavanje usmjereno je i na rješavanje razvojnog statusa njihova djeteta (obično su u pitanju adekvatni tretmani i brojne druge ustanove) (22). Dodatni izazovi koji su stavljeni pred takve roditelje su utjecaj na obiteljski život (posebno partnerski odnos) i karijeru roditelja (22). Druga stvarnost koju roditelji osjete je potreba da se takvoj nenadanoj situaciji brzo prilagode kako bi se zadržala određena funkcionalnost i stabilnost

obitelji; te se neki od njih uspiju prilagoditi, dok drugi dio njih to ne uspije zbog količine stresa koji je vezan uz brigu oko njihovog djeteta. Stres se često povećava zbog određene percepcije roditelja koju imaju u odnosu na svoje zahtjeve roditeljstva neurorizičnog djeteta. Intenzitet stresa može biti povećan iz više razloga, a vrlo česti razlozi su zahtjevnost djeteta, djetetova neadaptiranost, neispunjenja očekivanja, ograničenja roditeljskih uloga, vezanost uz dijete, odnos s bračnim drugom, materijalne situacije i sl. (23). Na roditeljstvo djeluju i faktori koji proizlaze iz roditeljskih karakteristika, djetetove individualnosti, te kontekstualnih izvora stresa i podrške (23). Pretpostavke su da ponekad majčina očekivanja koja ima u odnosu na svoje dijete nadilaze djetetove mogućnosti, što kod majki izaziva stres zbog njihovih očekivanja, a što opet može biti poticaj roditelja na kontinuirano poticanje razvoja svojeg djeteta (23). Velika razina stresnosti događa se i kod roditelja koji se osjećaju nedovoljno kompetentnima u području roditeljske uloge, posebice majke kao primarne osobe koja se brine o djetetu, a s time je povezana i njena veća percepcija stresnosti zbog osjećaja nedostatka podrške (23). Što se tiče stresora s očeve strane; najintenzivniji stresori su zbog materijalne situacije, zahtjevi drugih uloga, zdravlje djeteta, neispunjena očekivanja, vezanost uz dijete, discipliniranje i zahtjevnost djeteta (23). Također, negativna iskustva roditelja sa stručnjacima povećavaju njihov stres, pa i osjećaj nekompetentnosti u roditeljskoj ulozi bilo da se radi o nemogućnosti dobivanja željenih tretmana, usluga, određenih prava, financijskih izdataka, čestih promjena stručnjaka, pa sve do manjka dobivanja jasnih i korisnih informacija (24). Način na koji će se roditelji nositi s teškoćom djeteta i suočenim stresorima ovisi o nekoliko čimbenika: kapacitetu obitelji, njezinoj otpornosti, strategijama nošenja sa stresom, crtama ličnosti njezinih članova i prilagođavanju uloga u obitelji, percepciji činjenice da njihovo dijete ima zdravstvene poteškoće, obilježjima djeteta i ostalo (25).

Stres se može podijeliti na dvije glavne vrste: akutni i kronični. Akutni stres karakterizira doživljaj emocionalne patnje, te je osoba svjesna vlastite uznemirenosti, potištenosti, bijesa prema sebi i drugima, tuge, zabrinutosti i rastresenosti (26). Značajka kroničnog stresa je odsutnost doživljaja emocionalne patnje, jer se osoba s vremenom navikne na akutni stres, te se počinje sve više emocionalno udaljavati od drugih izbjegavajući socijalne kontakte, ne nalazeći zadovoljstvo u trenutnim svakodnevnim aktivnostima i stremeći prema budućim ciljevima. Moglo bi se reći da je reakcija na stres ishod u preklapanju individualne osjetljivosti

koja je određena osobnošću, stilom i dobi pojedinca, te vanjskih okolnosti i stresora (okolina, obitelj, prijatelji, radno mjesto i njegovi uvjeti).

Simptomi koji ukazuju na prisutnost stresa mogu biti psihološke ili fizičke naravi. Znojenje, bol u leđima, ubrzan rad srca, ubrzano disanje samo su neki od fizičkih simptoma koji ukazuju na prisutnost stresa (26). Simptomi psiholoških karakteristika su: manjak motivacije, umor, impulzivno ponašanje, sindrom izgaranja, nesanica, cinizam, pretjerana kritičnost prema sebi i drugima, te ostala stanja koja karakteriziraju neuobičajeno ponašanje i prilagodbu pojedinca (26).

1.4.2. Utjecaj roditeljskog stresa na odnos roditelj-dijete i djetetov razvoj samoregulacije

Osim već prethodno spomenutih čimbenika koji utječu na neurobihevioralne i kognitivne ishode posebno kod prijevremeno rođene djece i općenito djece s visokim neurorizikom, mogu se spomenuti još i loša skrb i odnos roditelj-dijete; posebno odnos majka-dijete. Razvoj odnosa roditelj-dijete počinje prije djetetova rođenja kroz mentalne reprezentacije roditelja o sebi u kombinaciji s njihovim mislima i osjećajima prema još nerođenom djetetu (27). Na razvoj zdravog odnosa roditelj-dijete kao i pozitivnog roditeljstva utječe nekoliko čimbenika, a to su najčešće osjećaj kompetentnosti i samoučinkovitosti o brizi za dojenče, te sposobnost roditelja da razumiju i reflektiraju svoje i djetetovo ponašanje kao izraz temeljnih mentalnih stanja (28). Veće majčinsko reflektivno funkcioniranje povezano je s pozitivnijom majčinskom brigom i njenom afektivnom komunikacijom prema djetetu. Drugi važan aspekt je emocionalna veza koju roditelj doživljava u odnosu na svoje dijete, te se ona može promatrati kao afektivna i kognitivna dimenzija odnosa roditelj-dijete (28). Kroz usklađenu, ali i osjetljivu interakciju roditelji pružaju podršku i sureguliraju djetetovo fiziološko, emocionalno i motoričko uzbuđenje i aktivaciju. Oni imaju središnju ulogu u podržavanju djetetovog razvoja samoregulacije, te upravo ti obrasci postaju temelj za emocionalnu privrženost dojenčeta prema roditelju, a kasnije se kvaliteta odnosa i privrženosti roditelj-dijete odražava na djetetov socio-emocionalni, kognitivni i bihevioralni razvoj (28). Majčin emocionalni i psihološki stres, nesigurnost u snalaženju u novonastaloj situaciji u postporođajnom razdoblju koji je vezan uz zahtjeve roditeljske uloge, zatim postporođajna depresija mogu negativno utjecati na vezu

roditelj-dijete kao i njihovu interakciju što povećava rizik za djetetove psihološke ili razvojne poteškoće (nesigurna privrženost, problemi internalizacije i eksternalizacije, te poremećenu socijalnu kompetenciju i jezični razvoj) (28, 29). Ostala nepovoljna stanja roditelja koja utječu na odnos roditelj-dijete su majčina anksioznost, rana traumatska iskustva, te loše socioekonomsko stanje obitelji (30). Sva ova stanja mogu doći do većeg izražaja ako se roditelji, a posebice majka moraju suočiti s dodatnim poteškoćama djetetova zdravstvenog stanja kao što je to primjerice „neurorizik“ djeteta. Što je on zahtjevniji; odnosno ako se radi o djetetu s visokim neurorizikom roditeljski angažman oko njihovog djeteta će biti veći, a time dolaze i do izražaja njihove negativne karakteristike koje djeluju kao „okidači“ dodatno narušavajući i djelujući nepovoljno na odnos roditelj-dijete.

U skupinu rizičnih roditelja odnosno roditelja koji mogu biti izloženi većem riziku navedenih negativnih čimbenika su roditelji visokoneurizične djece (posebice roditelji prijevremeno rođene djece) čija neprikladna stimulacija može imati neprikladan učinak na djetetovu samoregulaciju. Takvi su roditelji vrlo često prisutni u raznoraznim medicinskim postupcima i procjenama svojega djeteta tijekom hospitalizacija što za njih predstavlja traumatična stanja i dodatno opterećenje koje se potom odražava u odnosu roditelj-dijete i može imati utjecaj na djetetovu samoregulaciju (27). Također, rana dijagnoza odnosno, visoki neurorizik koji upućuje na određenu dijagnozu kao što je to primjerice cerebralna paraliza može imati utjecaj na interakciju roditelja i djeteta, kao i na njihove čimbenike. Prilikom nepovoljnih perinatalnih događaja, dojenčad s visokim neurorizikom može pokazivati manje angažmana i aktivnosti, a više nervoze prilikom interakcije s roditeljima, pa roditelji mogu doživjeti povećane probleme mentalnog zdravlja i poremećene roditeljske reprezentacije koje mogu imati negativan učinak na roditeljsku osjetljivost (31). Kod takvih roditelja postoji mogućnost zbog disfunkcionalne interakcije roditelj-dijete izloženost većem riziku da budu manje emocionalno uključeni i manje osjetljivi na dojenčad, a više nametljivi, te zbog toga neprikladno stimuliraju svoju dojenčad u odnosu na roditelje čija su djeca tipičnog razvoja ili s niskim neurorizikom (primjerice, u igri kompenzacija bi mogla biti vokaliziranje i pogled licem u lice, a s manjkom izraženosti osmijeha na licu). Djetetovo ozbiljno zdravstveno stanje upućuje na problem suboptimalnog interaktivnog ponašanja djeteta i povećanih problema s mentalnim zdravljem majke (depresija, uznemirenost, anksioznost) (31).

Također, neke studije upućuju na potrebu opservacijskih studija koje bi ispitivale specifične karakteristike različitih poremećaja kod dojenčadi koji utječu na interakciju roditelj-dijete (31). Činjenica navodi da određeni poremećaji imaju specifične karakteristike koje postoje kod djece s visokim neurorizikom (npr. atipični motorički razvoj), a utječu na kvalitetu odnosa i interakciju roditelj-dijete; odnosno zahtijevaju specifičan pristup i odnos u interakciji roditelja prema djetetu. Takva djeca tijekom prvih 6 mjeseci obično su u interakciji manje aktivna i usredotočena, nervoznija su i manje osjetljiva (npr. izražajnost lica im je manja). U dobi od 6 do 12 mjeseci u interakcijskoj igri visokoneurorizična dojenčad uglavnom pokazuje nedostatak motivacije u istraživačkom ponašanju, manje pažnje, izbjegavaju igru i više su apatična, te su više ovisna o strategijama strukturiranja svojih majki koje opet mogu biti pasivne ili izbjegavati igru u odnosu na majke s djecom tipičnog razvoja (30, 31). Komunikacijske vještine također mogu izostajati, a kod prijevremeno rođene dojenčadi s vrlo niskom porođajnom težinom koja su izložena riziku pojave nastanka cerebralne paralize mogu nastati problemi u izražavanju emocija koje su vrlo često negativne u interakciji s roditeljima što utječe na djetetove samoregulacijske vještine i traži dodatni optimalni angažman od strane roditelja. Roditelji takve djece doživljavaju veću razinu stresa, anksioznosti i depresije zbog suočavanja sa specifičnim razvojnim izazovima svojega djeteta. Također, kako roditelji za vrijeme trudnoće razvijaju predstavu o svom djetetu (majčinska reprezentacija djeteta povezana je s majčinskim ponašanjem i ponašanjem privrženosti djeteta), postoji mogućnost da ona bude narušena zbog različitih niza štetnih okolnosti poput prijevremenog rođenja i poteškoća u razvoju. Te okolnosti povećavaju rizik od neuravnoteženog roditeljskog predstavljanja djeteta; odnosno povezani su sa nesigurnom privrženosti dojenčeta, te su oni vrlo česti kod majki, a kod očeva je uočena manja angažiranost oko djetetovih potreba (31).

1.5. Utjecaj očinske figure na djetetov razvoj

Suvremeni način života, te društvene i kulturne, kao i društveno-ekonomske promjene posebno u posljednja dva desetljeća dovele su do povećanja uključenosti očeva u djetetov život i odgoj od njegove najranije dobi. Povećana stopa zaposlenosti žena, ekonomska kriza

početkom 21. stoljeća, uvođenje ili poboljšanje plaćenog očinskog dopusta samo su neki od čimbenika koji su rezultirali kulturnom prilagodbom klasičnog muškog identiteta za muškarce koji postaju očevi (32). No, očevi su kao i majke stupovi društvenog i emocionalnog razvoja djece, te iako je njihovo sudjelovanje znatno povećano tijekom proteklih desetljeća; njihove uloge se kreću u rasponu od očeva sa primarnom ulogom do odsutnih očeva, a u većini obitelji je zapravo njihova uloga još uvijek podosta skromna (33). Još uvijek prevladava velika nepoznanica moždane osnove ljudskog očinstva u odnosu na majčin mozak i njegove reakcije na iskustvo skrbi za dijete (34). Obično su žene bile te koje su preuzimale primarnu skrb za dijete, a uključenost oca u skrb još je uvijek nedovoljno zastupljena i neistražena.

Iako postoji relativno mali broj istraživanja o odnosu otac-dijete i kako taj odnos utječe na djetetov razvoj; postoje neka istraživanja koja govore o pozitivnim stavkama tog odnosa, te kako su očevi i njihove očinske figure izrazito važni faktori u odnosu djeteta i obitelji općenito. Visokokvalitetni odnosi između oca i djeteta u prvoj godini djetetova života promiču adaptivni razvoj tijekom životnog vijeka (35). Očinska uloga i očinska osjetljivost su jedna od važnih stavki unutar roditeljskih uloga koji se mogu ostvariti na različite načine. Osjetljivo roditeljstvo komponirano je od toplih i primjerenih odgovora na djetetove znakove i potrebe, a ona je dugo uključivala samo majke kao koncept adaptivnog roditeljstva u smislu rane interakcije majke i djeteta (35). Očinska osjetljivost i njegov angažman neovisno o majčinoj osjetljivosti značajni su za dječji kognitivno i socio-emotivni razvoj, a neka od istraživanja jasno ukazuju na utjecaj očeve osjetljivosti na razvoj dječjeg mozga u prvoj godini života (33). Očinska figura kao i njegova osjetljivost ima značajnu ulogu na utjecaj ishoda djetetovih razvojnih komponenti u fazi odrastanja. Uključenost oca u prenatalni period odnosno u vrijeme trudnoće stvara poticajni ambijent za jedan pozitivan budući odnos otac-dijete. Za očekivati je da očevi koji budu uključeni u prenatalne roditeljske intervencije kasnije budu uključeni u postnatalnu fazu roditeljske skrbi i privrženosti djeteta i oca (33). Iako nedovoljno, očevi polako počinju biti aktivni sudionici rane intervencije podupirući i pomažući majkama, te time rana intervencija dobiva svoje temeljno značenje.

1.6. Strategije suočavanja sa stresom kod roditelja dojenčadi uključene u ranu intervenciju

Koncept suočavanja razvijen je krajem 70-tih godina proučavajući obiteljski stres i načine suočavanja u stresnim obiteljskim situacijama (36). Suočavanje je pojam koji se upotrebljava ovisno o teorijskom usmjerenju i području interesa istraživača.

Suočavanje kao pojam koristi se za svjesnu i dobrovoljnu mobilizaciju radnji „obrambenih mehanizama“ koji su podsvjesni ili nesvjesni adaptivni odgovori, a imaju za cilj smanjiti ili tolerirati stres (37). Suočavanje ponekad može poprimiti karakter samoregulirajućeg ponašanja, može biti u koncepciji kognitivnog stila ili je usmjeren kao jedan od načina rješavanja problema, interpretacije informacija ili konstruktivno mišljenje (36). Stil suočavanja je način nečijeg prilagođenog ponašanja kojim se on u stresnim situacijama koristi. Tri su stila suočavanja; suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje izbjegavanjem (36).

Stil (mehanizam) suočavanja usmjereno na problem usmjeren je na analizu i rješavanje problema, te uključuje kognitivan način i način ponašanja za rješavanje istih. Pojedinaac smatra da vlastitim utjecajem može promijeniti okolnosti, te je nerijetko usredotočen na samu definiciju problema i pokušava kontrolirati ili mijenjati problemsku situaciju. Aktivno suočavanje fokusirano na problem je traženje savjeta, pomoći od drugih osoba, te raznih alternativnih rješenja. Osim strategija suočavanja usmjerenog na problem prema okolini postoje i strategije suočavanja prema unutra, a odnose se na motivacijski i kognitivni dio rješavanja problema, primjerice učenje novih vještina, razvoj novih oblika ponašanja i sl.

Stil (mehanizam) suočavanja usmjeren na emocije usmjeren je prema emocijama i doživljaju kada pojedinac osjeća nemoć na utjecaj okolnosti. Postoje različiti oblici suočavanja usmjerenih na emocije i unutarnja stanja. On se primjerice sastoji od grupe mehanizama koji uključuju kognitivne procese sa ciljem umanjivanja emocionalne boli (tu pripadaju strategije izbjegavanja, umanjivanja, odbijanja, selektivna pažnja, pozitivne usporedbe...) (38). Druga

vrsta su kognitivni procesi koji su usmjereni na povećanje emocionalne boli i tegobe (38). Pojedinci koriste taj način kako bi nakon doživljene akutne boli osjetili neku vrstu olakšanja (osobe su sklone samooptuživanju i samokažnjavanju kako bi se motivirale na djelovanje i suočavanje s problemom) (38). Cilj ove vrste mehanizma suočavanja je olakšanje pojave emocionalne uzbuđenosti nastale stresnim faktorom. Suočavanje usmjereno na emocije uključuje otvoreno izražavanje emocija, potiskivanje emocija, povlačenje, te traženje emocionalne potpore (26).

Stil (mehanizam) suočavanja izbjegavanjem obično se primjenjuje u situacijama kada osoba smatra da ne može kontrolirati situaciju, te izbjegava rješavati probleme na način da se udalji od stresnih situacija ili jednostavno isključi. Ova vrsta suočavanja sa problemom smatra se nepovoljnom jer utječe na zdravlje pojedinca i povećava njegov doživljaj stresa (39). U suočavanje izbjegavanjem spada: potiskivanje emocija, udaljavanje od problema, povlačenje, negiranje istine, nepoduzimanje aktivnosti uz pomoć kojih bi se problem pokušao riješiti, maštanje, sanjarenje, prekomjerno konzumiranje opojnih sredstava, droga i ostale ovisnosti, samodestruktivno i neprilagođeno ponašanje i sl. (38). Aktivno rješavanje i usmjeravanje na problem jedan je od najboljih načina; no postoje situacije u kojima su uz maksimalni vlastiti angažman pojedinca problemi nerješivi (39). Tada je važno usmjeriti se na emocije s negativnim predznakom poput straha, ljutnje, tuge... kako se one ne bi odražavale; odnosno utjecale na svakodnevno funkcioniranje pojedinca.

Suočavanje i prilagodba roditelja čije dijete treba adekvatnu i aktivnu podršku sustava rane intervencije uzrokuje kod istih visoku razinu stresa koji često zna biti i intenzivnog karaktera, te utječe na svakodnevno funkcioniranje roditelja kao i njihov odnos prema djetetu (utječe na razvojne komponente djeteta), ali i ostalim članovima obitelji i okoline.

1.7. Rana intervencija

1.7.1. Rana intervencija – početak i razvoj

Pojam rane intervencije spominje se po prvi puta 70.-tih godina prošlog stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) (3). U Sjedinjenim Američkim državama donijete su zakonske odluke kojima se obvezuju stručnjaci za provođenje rane intervencije u području zdravstvene i socijalne skrbi; te se SAD smatraju začetnicima moderne rane intervencije.

Rana intervencija u zakonski sustav u Republici Hrvatskoj ušla je prvi puta 2011. godine Zakonom o socijalnoj skrbi (24). U Zakonu o socijalnoj skrbi definicijom obuhvaća „stručnu poticajnu pomoć djeci i stručnu i savjetodavnu poticajnu pomoć njihovim roditeljima, uključujući i druge članove obitelji te udomitelja za djecu, kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta“ (40). Rana intervencija započinje rođenjem djeteta kod kojeg postoji ili je uočen određen rizik od odstupanja u razvoju, a po odredbi zakona o socijalnoj skrbi traje do treće godine života; odnosno najviše do navršene djetetove sedme godine života. Usluge rane intervencije u Republici Hrvatskoj pružaju se u zdravstvenim, obrazovnim, socijalnim, nevladinim i privatnim sektorima među kojima ne postoji suradnja (41). Također, istraživanja poput Matijaš i sur. pokazuju da još uvijek u Republici Hrvatskoj postoji tzv. centralizacija; odnosno, većina kliničkih i terapijskih usluga rane intervencije pruža se u gradu Zagrebu gdje se zapravo nalazi najveći broj stručnjaka, te su roditelji prisiljeni odlaziti u Zagreb zbog tih istih, a neki se odlučuju na trajno preseljenje (41). To isto istraživanje pokazuje da postoje stručnjaci kao i ustanove otvorene za pružanje usluga rane intervencije, no pitanje je njihove kvalitete, slabe povezanosti s drugim stručnjacima različitih profila, te nedovoljne informiranosti obitelji o uslugama u njihovim lokalnim zajednicama (41). Klinička praksa poduprijeta znanstvenim radovima osim na potrebe decentralizacije usluga i dijagnostičkih postupaka unutar rane intervencije, ukazuje i na nedovoljnu podršku obitelji i okoline, a posebno roditelja koji se suočavaju s činjenicom visoke rizičnosti svoga djeteta i njegov razvojni ishod. Stoga, dva važna fokusa u ranoj intervenciji u zdravstvu kao sustavu su zanemarena (nemogućnost uvođenja novih usluga), a to su dijete i njegova obitelj (41). Za uspješan proces djetetova učenja potrebno je podržati obiteljsku dinamiku u domaćem okruženju što bi zapravo bio i jedan od ciljeva rane intervencije. Obitelj kroz svakodnevnu brigu i poticaj može posljedično imati pozitivni utjecaj na razvojni tijek djeteta (1).

1.7.2. Rana intervencija danas

Rano djetinjstvo je najosjetljiviji period u djetetovu životu s naglaskom na stjecanje iskustva i ranog utjecaja na razvoj mozga, posebno kod djece koja pokazuju neurorazvojna odstupanja. Rana intervencija je između ostalog usmjerena na ovaj osjetljiv period. Obuhvaća čitav niz djelovanja unutar (re)habilitacijskog procesa, te osim što je usmjerena na postupke multidisciplinarnog tima, obuhvaća i procese edukacijske naravi, informiranja, savjetovanja i podrške djeci s teškoćama u razvoju ili djeci kod kojih postoji mogućnost odstupanja od normalnog razvoja bilo da se radi o utjecaju bioloških ili okolinskih faktora (3, 42). Glavna i nezaobilazna činjenica rane intervencije usmjerena je na plasticitet mozga, te je ona kao takova jedna od njezinog temelja i usmjerenje svih terapijskih procedura posebice u ranom periodu tj. unutar djetetove prve godine života. U tom periodu postoji značajan potencijal za organizaciju i reorganizaciju središnjeg živčanog sustava koji doprinosi normalnom razvoju, posebice prijevremeno rođene djece (nedonoščadi). To znači da primjenom rane intervencije nezrelo moždano tkivo se može modificirati i tako poboljšati djetetov neurorazvoj (43).

Temelj rane intervencije su njena rana primjena uključivanjem djeteta, a samim time obitelji i okoline, te podrška psihološke naravi; odnosno u suvremenoj ranoj intervenciji u fokusu su dvije najosjetljivije društvene populacije, a to su dijete i njegova obitelj. Oni su dio transdisciplinarnog pristupa u (re)habilitaciji koji se u posljednje vrijeme često spominje u suvremenoj ranoj intervenciji naglašavajući njegov pozitivni pristup i kvalitetniji odnos između različitih stručnjaka različitih profila djelatnosti; potom kvalitetniji odnos i rad tih istih stručnjaka s djetetom i njegovom obitelji čineći tako kohezijsku podršku jedni drugih i otvoreniji pristup. Rana intervencija obuhvaća područje djetetovih mogućnosti, obiteljske izbore i suradnju između stručnjaka i roditelja, te utječe na kvalitetu života djeteta i njegove obitelji. Istraživanja su pokazala kako taj model nije jednostavan, no praksom je dokazano kako zahvaljujući tom modelu obitelj ima širok raspon mogućnosti za rad s djetetom na dobrobit cjelokupne obitelji uključujući i dijete, te iz tih razloga obitelj prihvaća taj model (44).

Usmjerena na obitelj, rana intervencija ima za cilj podržati obiteljsku dinamiku u njenom prirodnom okruženju, te ponuditi dvije glavne komponente obitelji: psihosocijalnu podršku i

edukaciju (1). Psihosocijalna podrška usmjerena je na smanjenje utjecaja stresa, anksioznosti, depresivnosti, te ostalih negativnih utjecaja, a usredotočuje se na povećanje samoefikasnosti, osjetljivosti i sposobnosti posebice majke u interakciji s djetetom što zapravo utječe na dijete i njegovu okolinu, te potiče i doprinosi boljem razvojnom ishodu (1). Edukativni karakter rane intervencije potiče na povećanje kapaciteta, znanja i doprinosa u sposobnosti u vođenju brige o vlastitom djetetu (1). Cilj rane intervencije poprima i polazište je preventivnog karaktera u otklanjanju ili ublažavanju nastalih multifaktorskih posljedica novorođenog djeteta bilo da se radi o djetetu visokog ili niskog rizika.

Provedba programa rane intervencije je ponekad dugotrajna i intenzivna, a za cilj ima iskoristiti plasticitet mozga kao dobar resurs za djetetov sveukupni razvoj, te time spriječiti ili barem minimalizirati razvoj mogućih određenih poteškoća. Pri tome se ne smije zanemariti i učinkovitost rane intervencije usmjerene na obitelj; odnosno na poboljšanje odnosa roditelj-dijete koji se manifestira na pozitivne učinke djetetova razvoja u kognitivnim, motoričkim i jezičnim vještinama (1). Rana intervencija ne uključuje samo izbor metoda i terapija kao način liječenja pojedinog djeteta, već uključuje niz educiranih stručnjaka i njihov pristup u jedno osjetljivo područje koju zovemo obitelj i čiju se strukturu nastoji maksimalno sačuvati, a ujedno angažirati i iskoristiti njezine potencijale za njihovu dobrobit i dobrobit njihova najosjetljivija člana pripremajući ih na taj način za nesvakidašnji i nov pristup načinu života.

1.7.3. Vojta koncept

Vojta koncept je koncept koji je sve više prisutan u ranoj intervenciji dojenčadi, u dječjoj, te adolescentskoj dobi i po tome je kao metoda poznat. Utemeljitelj Vojta koncepta je češki neurolog i neuropedijatar prof. Vaclav Vojta (45). Temelji se na refleksnoj lokomociji, a u terapiji se primjenjuju urođeni koordinacijski kompleksi refleksnom aktivacijom (45). Vojta metodom postiže se aktivacija ontogenetskih mehanizama uzoraka kretanja (46). Osim na utjecaj motoričkog sustava, Vojta terapija ima veliki učinak i na vegetativne funkcije, te svojim uspješnim rezultatima predstavlja idealnu vrstu metode za optimalan poticaj kompletnog dječjeg razvoja (45). U Vojta terapiji motoričke funkcije kao što su sjedenje, puzanje, hvatanje

ili hodanje nisu obučeni. Uz pomoć ovog koncepta urođeni obrasci pokreta se aktiviraju bez pacijentove svijesti (47). Rana dijagnoza i terapija poremećaja kretanja prema Vojti utemeljena je na empirijskom otkriću urođenih aktivirajućih kompleksa kretanja tzv. „refleksna lokomocija“ (47). Koordinacijski kompleksi refleksnog puzanja i refleksnog okretanja sadrže sve „građevne blokove“ koji se koriste za ljudsko držanje i kretanje pa sve do samostalnog hoda (47). U samom terapijskom procesu terapija zahtijeva aktivaciju tzv. zona. Postoji 10 zona raspoređenih na trupu i ekstremitetima preko kojih se vrši aktivacija urođenih obrazaca pokretanja i to u položaju na leđima, ležećem bočnom položaju, te potrbušnom položaju (48). Osim ovih osnovnih položaja postoji i položaj pozicije koji se također koristi kao jedan od izbora položaja u kojima je moguća aktivacija. Vojta koncept je vrlo pristupačan i ekonomičan koncept, te je zbog svoje praktičnosti podložan edukativnim normama, što je vrlo važno saznanje posebno za roditelje. Roditelji koji su educirani od strane licenciranog Vojta terapeuta mogu kod kuće samostalno primjenjivati na svom djetetu ovu metodu nekoliko puta dnevno, koliko zapravo nalažu propisne norme samog koncepta. Primjena Vojta terapije kod dojenčadi i djece obično do treće godine života često bude poprilično zahtjevna i emotivno stresna za roditelje što bitno utječe na kvalitetu života, te je potreban cjelovit terapijski pristup i podrška od strane fizioterapeuta kako za roditelje tako i za obiteljsku zajednicu.

Mnoge studije idu u prilog Vojta konceptu, posebno one koje su proučavale učinak Vojta terapije kod dojenčadi. Neke studije su ispitivale učinak Vojta terapije u odnosu na neurorazvojnu terapiju (NDT) kod dojenčadi s infantilnom posturalnom asimetrijom u dobi od šest do osam tjedana (49). Kao zaključak naveli su da su oba dvije terapije bile učinkovite u liječenju infantilne posturalne asimetrije, ali je ipak terapijska učinkovitost bila značajno veća kod dojenčadi kod kojih je bila primjenjivana Vojta terapija. Ova značajnost učinka Vojta terapije se objašnjava njezinom intenzivnijom aktivacijom mišića zbog precizno vođenih odgovora pokreta na refleksnu aktivaciju. NDT terapija pak omogućuje više varijacija mišićne aktivnosti što dovodi do izostanka aktivacije onih mišića koji su slabiji jer njihov rad preuzimaju jači mišići. Također, u Vojta terapiji je bio prisutan plač dojenčadi što su roditelji dosta dobro podnijeli, a razlog plača se smatra nespremnost aktivacije slabih mišića, a ne izraz boli. Plač koji izražava bol zvuči drugačije.

Vojta metoda je znanstveno i empirijski dokazani koncept koji je široko primjenjivan u neuropedijatriji, a može se primjenjivati i u ostalim područjima fizioterapije, naročito u neurologiji odraslih neuroloških pacijenata. Razlog je taj što pruža široki repertoar pozitivnih informacija stimulacijom određenih zona i pomoćnih točaka na određenim mjestima i položajima tijela djelujući stimulatивно na središnji živčani sustav omogućujući na taj način „iznudu“ ispravnih odgovora u aktivaciji mozga, te njihovu primjenu nakon te iste aktivacije kao povratnu informaciju.

1.7.4. Roditeljska uloga kao terapeuta

Bolest, invaliditet i terapija djeteta mijenjaju funkcioniranje cijele obiteljske strukture, izazivaju osjećaj bespomoćnosti i neizvjesnosti, a pored svega uključuju produljeni stres, tjeskobu, krivnju i potrebu da se reorganizira dosadašnji život pojedinca (50). Čimbenici koji mogu povećati stres djetetovih roditelja su specifičnost poremećaja i stupanj djetetove disfunkcije; jer što je teži invaliditet i veći stupanj disfunkcije, veća je i zabrinutost roditelja za djetetovu budućnost i njegovu neovisnost (50). Stupanje roditelja u bilo koji dio procesa rane intervencije predstavlja osim stresne situacije i određenu promjenu i prilagodbu ne samo njih već i cjelokupne obitelji zahtjevima malog djeteta. Stoga, rana intervencija ne uključuje samo dijete, već roditelje i obitelj. U tom procesu, roditelji se rastaju od „imaginarnog“ djeteta kojeg su očekivali i prolaze kroz proces žalovanja i navale jakih emocija (posebno ako se radi o roditeljima čije je dijete visokoneurorizično), te su pod utjecajem određenog šoka, poricanja problema, krivnje, straha, depresije, ljutnje i drugih emocija koje negativno utječu na njihov život. Vrlo često, u stanju šoka i visoke razine stresa i drugih emotivnih disbalansa pristupaju radu i aktivno sudjeluju u terapijskim procedurama vlastitog djeteta. Stoga je od izuzetne važnosti da se takvim roditeljima pruži određena podrška kako bi im se osnažilo samopouzdanje i omogućile kompetencije kroz proces edukacija i savjetovanja za dobrobit djeteta.

Uključivanjem oba roditelja i obitelji u ranu intervenciju smanjujemo negativne osjećaje i stvaramo kohezijsko okruženje u kojem roditelji s povjerenjem i otvorenošću pristupaju razgovoru o planovima i strateškim kratkoročnim i dugoročnim ciljevima vezanim za njihovo dijete. Na taj način olakšava se proces prilagodbe roditelja, podržava se međusobni odnos supružnika, te intenzivna i kontinuirana edukacija i savjetodavni proces roditelja koji će kasnije stečeno znanje primijeniti u svom obiteljskom okruženju. Često roditelji imaju već unaprijed određene stavove prema nekoj od fizioterapijskih metoda liječenja, a stječu ih putem informacija od drugih roditelja, terapeuta, liječnika i raznih internet stranica. Postoje fizioterapijske metode prema kojima se još uvijek kako nažalost dosta stručnjaka, a tako i većina roditelja ne gleda blagonaklono, a niti s povjerenjem zbog naglaska na „agresivnost“ terapije i „agresivan“ pristup u terapiji. Među takvim metodama nalazi se Vojta metoda koja se koristi u fizioterapiji djece, adolescenata i odraslih s ciljem promicanja normalnih obrazaca kretanja i uklanjanje patoloških stanja (50). Specifičnost rada s djecom uključuje djetetovo protivljenje, vrištanje i nelagodu koja se osjeća tijekom terapije; a to ima značajan utjecaj na osjećaje i stavove roditelja koji provode terapiju (50). Unatoč brojnim pozitivnim učincima, visokoj učinkovitosti, te sve većem poznavanju Vojta metode kod roditelja, ona i dalje još uvijek izaziva mnogo emocija i zabrinutosti. Stoga je od izuzetne važnosti stav fizioterapeuta koji ju provodi, njegov odnos prema roditeljima i djetetu kao i način na koji će prezentirati ovu metodu koju će roditelji morati provoditi kod kuće jer se radi o metodi koju je potrebno provoditi više puta u danu kako bi ona bila učinkovita. Od izuzetne je važnosti vođenje roditelja pomažući im u rješavanju nedoumica u domeni terapijske stručnosti pružajući im podršku kako bi ih na taj način lišili dodatnog stresa, a osnažili za kompetentnost roditelja-terapeuta svoga djeteta.

Emocionalno stanje roditelja ima ključnu ulogu u procesu (re)habilitacije djece s poremećajima u psihomotornom razvoju. Značajan utjecaj na poboljšanje djetetova funkcioniranja utječe roditeljska uključenost i podrška, te odgovaranje na djetetove potrebe i prilagođavanje zahtjeva djetetovim potrebama i sposobnostima (50). Zadatak roditelja u odnosu na dijete koje zahtjeva podršku i obiteljsku ravnotežu je prilično zahtjevan jer od roditelja traži ispunjavanje zadataka o djetetovoj skrbi i rehabilitaciji, a s druge strane održavanje obiteljske

dinamike i blagostanja. Narušavanje psihofizičkog stanja bilo kojeg roditelja može imati nepovoljan tijek utjecaja na kvalitetu pružene skrbi, kao i na dinamiku obitelji.

Već je navedeno da se tretman po Vojta metodi smatra iznimno učinkovitim i ekonomičnim, što znači da ga mogu naučiti i roditelji laici. Terapeut određuje plan terapije i podučava roditelja, te je lako uočiti kako je ovdje princip odnosa jednosmjernan, a liječenje je u potpunosti usmjereno na dijete (51). U kontekstu tog načina u sveobuhvatnom terapijskom pristupu ne prepoznaje se pojam „obitelj“, već samo pojam „roditelj“ (51). U Vojtinom pristupu uloga roditelja unutar terapijskog angažmana je ta da je roditelj terapeut laik, a komunikacija se odvija po jednosmjernom principu: roditelj laik-terapeut kao stručnjak što je zapravo posljedica izravnog rada s djetetom. U većini programa rane intervencije može se uočiti da stručnjak kontrolira proces liječenja uz neuravnotežen partnerski odnos između njega i roditelja (51). Roditelj se nalazi u dvostrukoj ulozi: ulozi njegovatelja odnosno roditelja i roditelja-terapeuta, a terapeut je učitelj. Roditelji imaju ključnu ulogu u primjeni Vojta terapije, te veliku odgovornost za razvojni napredak svoje djece.

Uvođenjem djeteta u fizioterapijsku ranu intervenciju za roditelje predstavlja izazov i uključuje brojne fizičke i psihičke poteškoće (50). Jedna ovakva situacija predstavlja za roditelja značajan izvor stresa i pridonosi poremećajima raspoloženja. Mnoga istraživanja pokazala su visoku razinu stresa, ali i simptome depresije, a posebno ističu značajne razlike po spolu uz napomenu da je veća razina stresa kao i učestale promjene raspoloženja uočena kod majki u odnosu na skupinu očeva (50). Također se uzimaju u obzir i kulturološki čimbenici zemalja gdje su provedena istraživanja, kao i percepcija uloge oca u modernoj obitelji (50). Očevi još uvijek pružaju i brinu o obiteljskoj ekonomskoj stabilnosti, te su vjerojatno manje emocionalno vezani za dijete u odnosu na majku koju se često smatra odgovornom o brizi djeteta.

U procesu (re)habilitacije, a ovdje je posebice riječ o primjeni fizioterapijske metode po Vojta metodi, važno je osim vođenja roditelja poraditi i na dijadičkom odnosu dijete–roditelj (52). U suočavanju roditelja s novonastalom situacijom važni su pozitivni osjećaji roditelja prema djetetu, dobra informiranost o djetetovom stanju kako se ne bi svaki slobodan trenutak

roditelja i djeteta pretvorio u terapijsku proceduru, već da se vrijeme odvoji i za druge kako djetetove potrebe tako i potrebe roditelja. Stoga je važno „vođenje“ i usmjeravanje roditelja, jer često njihovi problemi završe sa grižnjom savjesti i osjećajem nekompetentnosti kako roditeljstva tako i osjećajem da nedovoljno čine za svoje dijete, posebno ako je napredak spor i za njih „nevidljiv“. U svojem radu Demarin navodi kako su Goldblatt i suradnici opisali tri vrste oblika suradnje s roditeljima i njihovo uključivanje u ranu intervenciju; a to je rad s roditeljima paralelno s provođenjem terapije s djetetom, savjetovanje i usmjeravanje roditelja čija su djeca uključena u terapijske tretmane, kao i uključivanje onih roditelja čija djeca nisu uključena u izravne postupke rane intervencije (52). Treći oblik suradnje uključuje rad na već spomenutom dijadičkom odnosu dijete-roditelj (52). Nove smjernice u ranoj intervenciji kod dojenčadi s visokim neurorizikom ukazuju na važnost uključivanja obitelji u ranu intervenciju i to od najranije djetetove dobi s ciljem osnaživanja roditelja i podržavanje ranih odnosa roditelj-dijete kako bi se pozitivno utjecalo na kasnije kognitivne i neuromotorne ishode u usporedbi s onima čiji je fokus na funkcionalnom oštećenju dojenčadi (30). Roditeljima je potrebno omogućiti stjecanje kompetencija i sudjelovanje u ranoj intervenciji na način da mogu prepoznati djetetove razvojne potencijale i time doprinijeti pozitivnim rezultatima koji obuhvaćaju maksimalnu angažiranost stručnjaka uključenih u rad s njihovim djetetom. Pri tome, stabilna obitelj koja podržava roditelje može biti zaštitni čimbenik koji čini roditelje otpornijima na traumatska iskustva i sposobnijima da se lakše nose sa teretom stresa i spomenutih traumatičnih događaja.

1.7.5. Kvaliteta života

Kvaliteta života postala je predmet istraživanja u posljednja tri desetljeća, a definicije koje ju opisuju su heterogene prirode uključujući i načine kojima se ona procjenjuje (53). Obzirom na svoju multidimenzionalnost predmet je proučavanja medicine, filozofije, psihologije i drugih disciplina. Danas se pojam kvalitete života često koristi, no još uvijek nema jasne definicije. Također je procjena kvalitete života postala aktualan dio evaluacijskih čimbenika u području rehabilitacijskih i terapijskih postupaka (53). Multidimenzionalnih i subjektivnih karakteristika, kvaliteta života ovisna je o općem zdravlju pojedinca, njegovom psihološkom statusu, stupnju neovisnosti u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, okruženju, socijalnim odnosima i

realizaciji osobnih ciljeva, a zdravstveni status je dio koji ulazi u pojam kvalitete života (53). Za određeno poimanje zadovoljstva životom kod pojedinca potrebno je konkretizirati strukturu zadovoljstva i strukturu faktora koji određuju kvalitetu života pojedinca (53). Na kvalitetu života utječu objektivni pokazatelji, subjektivna percepcija pojedinca, te vrednovanje materijalnog, tjelesnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, ali i osobni razvoj (53).

Kvaliteta života obitelji smatra se jednim od važnih ciljeva usluga u ranoj intervenciji i ujedno je dobar pokazatelj kvalitete usluge (54). Mnogi stručnjaci smatraju da je kvaliteta života pokazatelj uspjeha programa i političkih inicijativa usmjerenih na prevenciju i intervenciju kod osoba s određenim poteškoćama kao i njihovih obitelji (54). Filozofija kvalitete života u ranoj intervenciji omogućuje roditeljima da budu središte intervencije, a procjenu usmjerava na temelju snaga obitelji i vlastitih potreba u odnosu na njihove ciljeve (54). Briga o djetetu s teškoćama u razvoju vrlo je izazovan put, jer su pred roditelje takve djece stavljeni dodatni zahtjevi i izazovi što znači da zahtijevaju dodatne financijske, društvene, emocionalne i fizičke resurse koji mogu biti oprečni potrebama ostalih članova obitelji (55). Time se dinamika obiteljskog dosadašnjeg svakodnevnog načina života mijenja i prilagođava zahtjevima djeteta. To uključuje prilagodbu dnevnog režima, radno vrijeme jednog od roditelja prilagođava se djetetovim potrebama, veći novčani izdaci, smanjenje društvenih aktivnosti (društvena izolacija), povećan umor i iscrpljenost što dovodi do povećanog stresa, a time se narušava kvaliteta života ne samo pojedinca, već čitave obiteljske koherencije. Stoga je važno mobilizirati snage da bi obitelj mogla što bolje funkcionirati (25). Glavnu ulogu u poboljšanju kvalitete života imaju i zdravstveni djelatnici koji aktivno sudjeluju u ranoj intervenciji. Oni su važan element socijalne podrške roditeljima unutar procesa rane intervencije. Stavovi, znanje, pristup i kulturološka osjetljivost zdravstvenih radnika neki su od faktora koji pozitivno utječu na roditelje, te određuju njihovu percepciju o profesionalnoj podršci koju primaju od strane stručnjaka (56). Svojom podrškom i edukacijom terapeuti su roditeljima oslonac u suočavanju s emocionalnim barijerama kako bi se lakše uključili u (re)habilitaciju djeteta. Bitna stavka rane intervencije jeste da se roditelji smatraju u ranoj intervenciji punopravnim partnerima čija je zadaća aktivno sudjelovati u procesu djetetove (re)habilitacije kroz roditeljsku brigu i aktivnom skrbi. Roditelji koji su bili uključeni u program rane intervencije imali su manje stresa, bolju percepciju i stavove koji se odnose na djetetove poteškoće, te su imali povjerenja u vlastite

mogućnosti, ali i u pruženu pomoć od strane drugih osoba (24). Ono što bitno utječe na roditeljske kapacitete i resurse jeste nezadovoljavajući rezultati (re)habilitacijskog procesa što ih dodatno emocionalno opterećuje i stvara osjećaj zabrinutosti, frustracije i razočarenja. To utječe i na ustrajnost roditelja i njihovo pohađanje određenih terapijskih procedura. Kako bi se spriječila daljnja nepoželjna situacija u smislu odustajanja, potrebna je kvalitetna informiranost roditelja o djetetovim poteškoćama od strane adekvatnog stručnjaka, upoznatost terapijskih procedura, osnaživanje veze djetete-roditelj, dobivanje pristupa o roditeljskim pravima kao i pravima koje ima djetete u okolnostima u kojima se nalazi, te sveobuhvatna podrška roditeljima putem komunikacije i aktivnog slušanja. Faktori koji utječu na roditeljsku kvalitetu života su karakteristike djeteta; odnosno procjena percepcije obitelji kako njihovo djetete funkcionira (54). Istraživanja su otkrila da je ozbiljnost oštećenja najveći prediktor rezultata o zadovoljstvu roditelja s njihovom kvalitetom života (54). Djetetova postignuća odražavaju se na emocionalni status roditelja i mjerilo su njihovog zadovoljstva i postignuća u životu.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj:

Ispitati odnos roditeljske strategije suočavanja sa stresom na njihovu percepciju kvalitete života s obzirom na iskustvo s neurorazvojnim tretmanom Vojta metode u ranoj intervenciji.

Specifični ciljevi:

Ispitati povezanost strategija suočavanja sa stresom s percepcijom kvalitete života kod roditelja s dojenčadi u ranoj intervenciji po Vojta metodi s obzirom na spol, dob i obrazovanje.

Ispitati povezanost percepcije zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta s njihovom percepcijom kvalitete života s obzirom na spol, dob i obrazovanje.

Glavna hipoteza:

Odnos roditeljske strategije suočavanja sa stresom neće biti povezane s percepcijom kvalitete života s obzirom na iskustvo s neurorazvojnim tretmanom Vojta metode u ranoj intervenciji.

Hipoteze:

Strategije suočavanja sa stresom neće biti povezane s percepcijom kvalitete života kod roditelja s dojenčadi u ranoj intervenciji po Vojta metodi s obzirom na spol, dob i obrazovanje.

Percepcija zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta negativno je povezana s njihovom percepcijom kvalitete života s obzirom na spol, dob i obrazovanje.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici i materijali

Istraživanje je bilo provedeno sa roditeljima čija su djeca u tretmanu po Vojta metodi. Očekivani broj ispitanika bio je 30. Uzorak je prigodni, te su ciljana skupina bili roditelji dojenčadi stare do godinu dana sa visokom i niskom neurorizičnošću, a koji su u tretmanu u poliklinici „Zlatni cekin“. U obzir su se uzimali i roditelji prijevremeno rođene djece čija je kronološka dob bila iznad godine dana, ali je korigirana dob morala biti do godinu dana.

Kriterij isključenja bili su roditelji čija djeca ne sudjeluju u ranoj intervenciji po neurorazvojnoj Vojta metodi, te oni s djecom starijom od godinu dana (uzimajući u obzir korigiranu dob prijevremeno rođene djece) iz razloga što se želi ispitati kako Vojta metoda utječe na kvalitetu života i koji čimbenici prilikom strategija suočavanja sa stresom bitno utječu na nju i u kojem rasponu. Roditelji djece koja su starija od godine dana već su poprilično upoznati s Vojta metodom i prihvatili su je kao dio nečega što je za njihovo dijete dobro i daje određene rezultate. Dodatni isključni kriterij bio je uključenost djeteta u neku drugu vrstu terapijskih procedura.

Jedan od zbunjujućih faktora koji su se mogli pojaviti jesu razumljivost skale i pitanja, pa su upitnici bili sastavljeni sa jednostavnim i preciznim pitanjima kako bi odgovori bili što vjerodostojniji s obzirom na moguću osjetljivost i raznolikost populacije (dob, spol, zanimanje, obrazovanje i ostalo). Mogući zbunjujući faktori pokušali su se izbjeći mogućnošću dodatnih verbalnih pojašnjenja od strane ispitivača ukoliko će roditelji za tim imati potrebe.

Istraživanje je bilo provedeno tijekom veljače i ožujka 2023. godine uz pretpostavku da je većina ispitanika bila iz različitih dijelova Slavonije.

3.2. Postupak i instrumentarij

Presječno istraživanje bilo je provedeno u poliklinici „Zlatni cekin“. Roditelji čija su djeca u ranoj intervenciji po Vojta metodi bili su zamoljeni za sudjelovanje na način da ispune

istraživačke upitnike. Upitnici su se primijenili individualno (svaki roditelj zasebno), te je predviđeno trajanje bilo od maksimalno 20 minuta po ispitaniku. Istraživanje je bilo anonimno. Roditelji ispitanici su bili upoznati sa ciljem i svrhom istraživanja, a nakon potpisanog informiranog pristanka dane su im detaljne upute. Kako bi se smanjio utjecaj terapeuta po Vojta metodi na odgovaranje roditelja, uputu i samo prikupljanje podataka obavio je zdravstveni djelatnik čija specijalnost nije mogla imati utjecaj na roditelje i njihove odgovore.

Podatci su prikupljeni putem anketnog upitnika koji se sastoji od tri dijela; upitnik suočavanja sa stresnim situacijama, skala zadovoljstva životom, potom 10 dodatnih pitanja i podacima vezanih uz sociodemografska obilježja.

Za potrebe ispitivanja strategija suočavanja sa stresom primijenjena je hrvatska verzija upitnika Coping Inventory for Stressful Situations – CISS (57). Upitnik se sastoji od 48 tvrdnji uređenih u tri podljestvice koje su sastavljene od 16 tvrdnji: suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na problem i suočavanje izbjegavanjem. Dodatno, podljestvica izbjegavanja ima dodatne dvije podljestvice: socijalna diverzija i distrakcija (57). Ispitanici odgovaraju na tvrdnje iz upitnika na ljestvici Likertovog tipa od pet stupnjeva (1 uopće ne, 2-pretežno ne, 3-i da i ne, 4-pretežno da, 5-u potpunosti da), odnosno procjenjuju u kojoj mjeri koriste određene tipove aktivnosti kada se susreću s teškom, njima stresnom i uznemirujućom situacijom. Upitnik je dostupan za korištenje, te nije potrebna dozvola autora (57).

Kako bi se ispitala razina kvalitete života primijenjen je upitnik Skala zadovoljstva životom (58). Ona sastoji se od 20 čestica. Njih 17 odnosi se na procjenu globalnog zadovoljstva, a 3 čestice za procjenu situacijskog zadovoljstva životom. Odgovara se zaokruživanjem odgovarajućeg broja na skali Likertova tipa s 5 stupnjeva, dok se ukupan rezultat oblikuje kao linearna kombinacija procjena (59). Kad se procjenjuje sumacija dvije čestice potrebno je obrnuto bodovati (59). Viši rezultat na skali, označava veće zadovoljstvo, a rezultati se kreću u rasponu od 20 do 100. Skala zadovoljstva životom se sastoji od 5 stupnjeva: 1-uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-niti se slažem, niti se ne slažem, 4-uglavnom se slažem, 5-u potpunosti se slažem (59).

Kako bi dobili što jasniju sliku o kvaliteti života i načinima suočavanja sa stresom roditelja čija su djeca uključena u ranu intervenciju po Vojta metodi osmišljena su dodatna istraživačka pitanja. Dodatna pitanja osmišljena su od strane autora istraživanja, a na osnovu kliničkog iskustva, te za potrebe diplomskog rada u svrhu dobivanja što preciznijih odgovora i jasnije slike o kvaliteti života i suočavanja sa stresom roditelja čija su djeca uključena u ranu intervenciju te pohađaju terapijsku proceduru po Vojta metodi. Osmišljeno je dodatnih deset pitanja u kojima se ispituje partnerska podrška, emocionalne reakcije roditelja, te iskustva sa samom metodom i zadovoljstvom rada fizioterapeuta (Privitak). Ispitanici su na svaku od tvrdnji odgovarali na ljestvici od 5 stupnjeva (1- uopće ne, 2-malo, 3-poprilično, 4-često, 5-jako često), te su trebali odabrati za sebe odgovarajući odgovor za koji smatraju da najbolje opisuje njihovo stanje.

Sociodemografski podatci sadrže osnovna pitanja vezanih uz dob, spol, stupanj obrazovanja, bračni i radni status roditelja; te o osnovnim podacima vezanih za njihovo dijete koje pohađa vježbe kao što su dob, spol, dijagnoza i termin rođenja.

3.3. Statistička obrada podataka

Nezavisne varijable:

Varijablu dobi moguće je prikazati na omjernoj skali, spol na nominalnoj, a obrazovanje na ordinalnoj skali.

Zavisne varijable:

Percepcija kvalitete života izražena je na ordinalnoj skali. Mjerena kroz sljedeće podljestvice: skala zadovoljstva životom, skala općeg zadovoljstva, skala pozitivnih stavova prema životu i skala uživanja u životu. Skalu zadovoljstva životom čine podskale, te je ista pokazatelj visoke pozitivne povezanosti sa samopoštovanjem i optimizmom, a visoka negativna povezanost je s mjerama usamljenosti, samoće, pesimizma i anksioznosti od budućnosti.

Strategije suočavanja sa stresom mjerena kao rezultat na tri zasebne podljestvice: suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na zadatak/problem i izbjegavanje. Podljestvica suočavanje izbjegavanjem ima dodatne dvije subskale: distrakcije i socijalne diverzije. Distrakcija se može definirati kao usmjeravanje na novi zadatak koji nije relevantan za stresnu situaciju, a socijalna diverzija se može definirati kao pojačano druženje s ljudima iz vlastitog okruženja.

Percepcija zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta mjerena kao odgovori na pitanja iz samo-osmišljenog upitnika: „Osjećate li strah kada morate kod kuće vježbati s djetetom Vojtu bez prisustva Vojta terapeuta?“, „Imate li poteškoća sa umirivanjem Vašeg djeteta nakon vježbi po Vojta metodi?“, „Smatrate li da su vježbe po Vojta metodi emotivno prezahtjevne za Vas?, „Podržava li Vas obitelj u nastojanju oko vježbi po Vojta metodi?“ Varijable su izražene na ordinalnoj skali.

Numerički podatci izraženi su standardnom devijacijom i aritmetičkom sredinom. Provedeno je testiranje kod promatranih faktora uz pomoć Mann-Whitney U testa i Kruskal-Wallis testa. Razina korelacije izračunata je Spearmanovim koeficijentom korelacije, a za detaljnije veze između promatranih varijabli prikazani su i regresijski modeli. Sve p vrijednosti su dvostrane, a razina značajnosti postavljena je na $\alpha=0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 26.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

3.4. Etički aspekti istraživanja

Istraživanje je bilo usklađeno i poštivala su se načela Nurnberškog kodeksa i Helsinške deklaracije o temeljnim etičkim i bioetičkim principima s ciljem sigurnosti osoba koje će sudjelovati u djelu istraživačkog postupka.

Istraživanje je odobreno od strane ravnatelja poliklinike „Zlatni cekin“ i od strane Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

jer se radi o istraživanju visokog rizika. Roditelji ispitanici su bili upoznati sa ciljem i svrhom istraživanja, a na početnoj stranici svakog od upitnika nalazila su se dodatna objašnjenja za svaki upitnik zasebno.

Postupak anketiranja sprovela je glavna sestra poliklinike „Zlatni cekin“ kojoj su bile dane upute prema kojima je ona provodila istraživanje. Glavna sestra poliklinike „Zlatni cekin“ nije u direktnom kontaktu (radu) s pacijentima. Svakom ispitaniku detaljno je bio objašnjen razlog istraživanja, te kako će postupak anketiranja biti u potpunosti anonimn. Ispitanici su, ako su bili suglasni s načinom provedbe istraživačkog rada potpisali obrazac o informiranom pristanku. U bilo kojem trenutku ako su željeli odustati od sudjelovanja, bilo im je omogućeno. Nakon završetka ispunjavanja ankete ispitanik je popunjenu anketu trebao ubaciti u anketnu kutiju gdje su se nalazile i ostale ispunjene ankete drugih ispitanika. Popunjeni obrasci o informiranom pristanku ubacivali su se u drugu kutiju zasebno od ispunjenih anketa. Nakon završetka istraživanja podatci su arhivirani u računovodstvu u poliklinici „Zlatni cekin“ kao dio medicinske dokumentacije.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podatci

Tablica 1. Sociodemografski pokazatelji

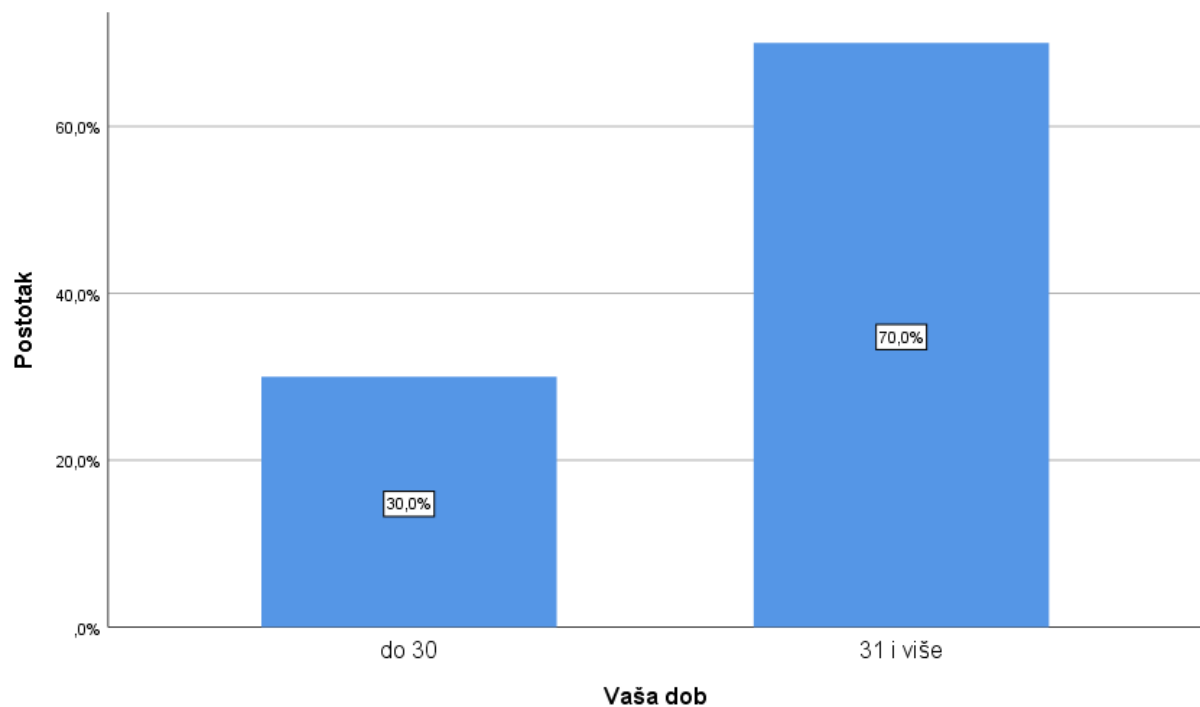
		N	%
Vaša dob	do 30	9	30,0%
	31 i više	21	70,0%
	Ukupno	30	100,0%
Spol	M	3	10,0%
	Ž	27	90,0%
	Ukupno	30	100,0%
Obrazovanje	osnovna škola	0	0,0%
	srednja škola	14	46,7%
	viša ili visoka škola	11	36,7%
	magisterij ili doktorat	5	16,7%
	Ukupno	30	100,0%
Bračni status	u braku	25	89,3%
	neoženjen/neoženjena	0	0,0%
	razveden/razvedena	0	0,0%
	udovica/udovac	0	0,0%
	u izvanbračnoj vezi	3	10,7%
	Ukupno	28	100,0%
Radni odnos	do 5 godina	12	40,0%
	od 6 do 15 godina	14	46,7%
	od 16 do 30 godina	4	13,3%
	više od 31 godinu	0	0,0%
	Ukupno	30	100,0%
Koliko imate djece	1	10	33,3%
	2	14	46,7%
	3	5	16,7%
	4	1	3,3%
	Ukupno	30	100,0%

N-broj ispitanika

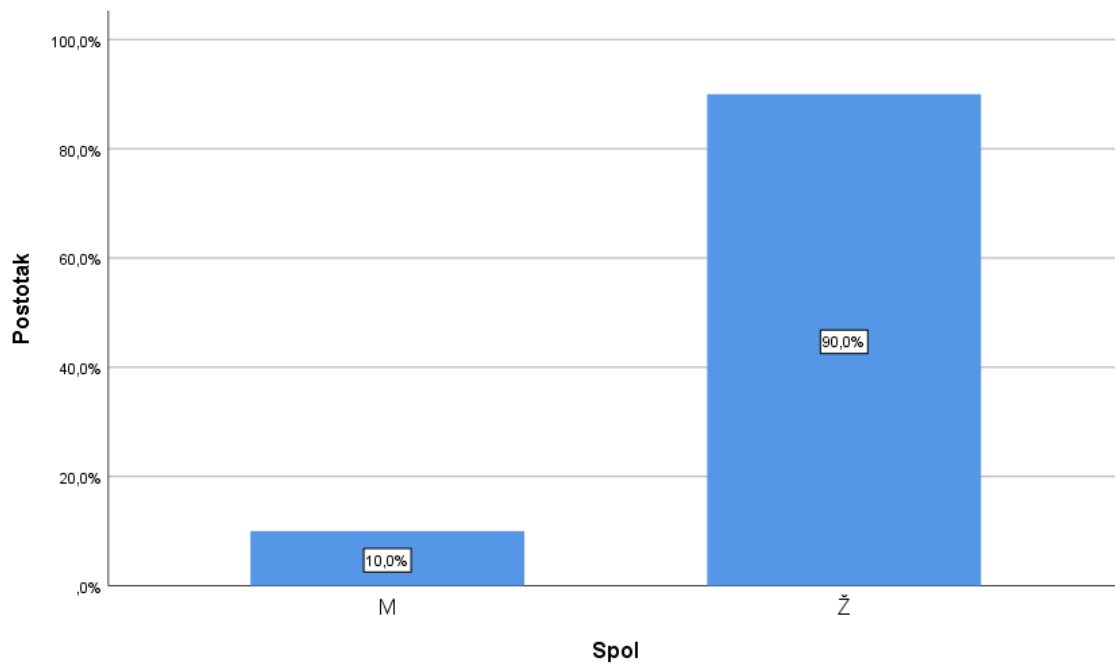
%-postotak

Kod dobi ispitanika 30,0% ima do 30, dok 70,0% ima 31 i više godina, kod spola ispitanika 10,0% je muškog spola, dok je 90,0% ispitanika ženskog spola, kod obrazovanja 46,7% pohađa srednju školu, 36,7% pohađa viša ili visoka škola, dok 16,7% ima magisterij ili

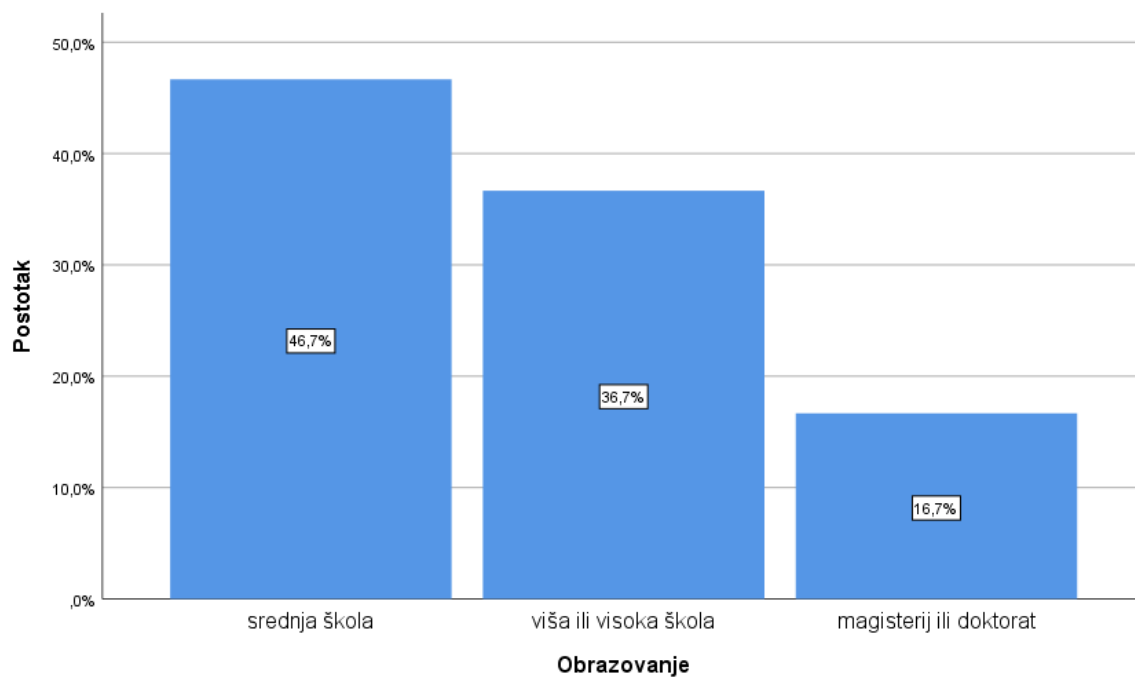
doktorat, kod bračnog statusa 89,3% je u braku, dok je 10,7% u izvanbračnoj vezi, kod radnog odnosa 40,0% navodi do 5 godina, 46,7% navodi od 6 do 15 godina, dok 13,3% navodi od 16 do 30 godina, kod pitanja koliko imate djece 33,3% navodi 1, 46,7% navodi 2, 16,7% navodi 3, dok 3,3% navodi 4 (Tablica 4).



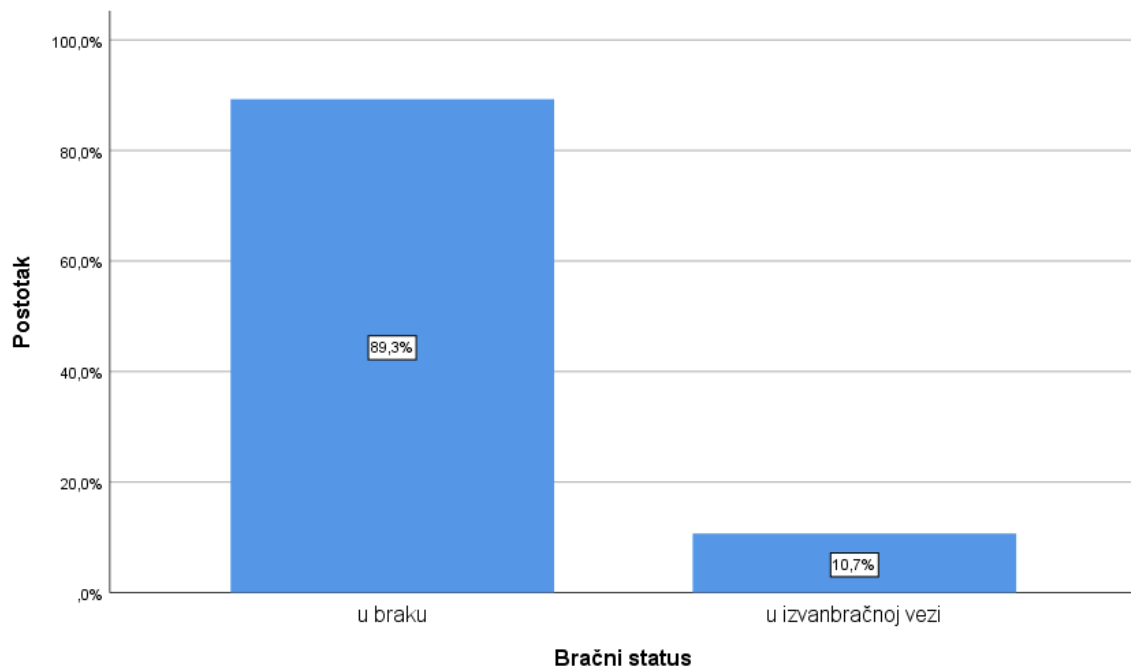
Slika 1. Dob ispitanika



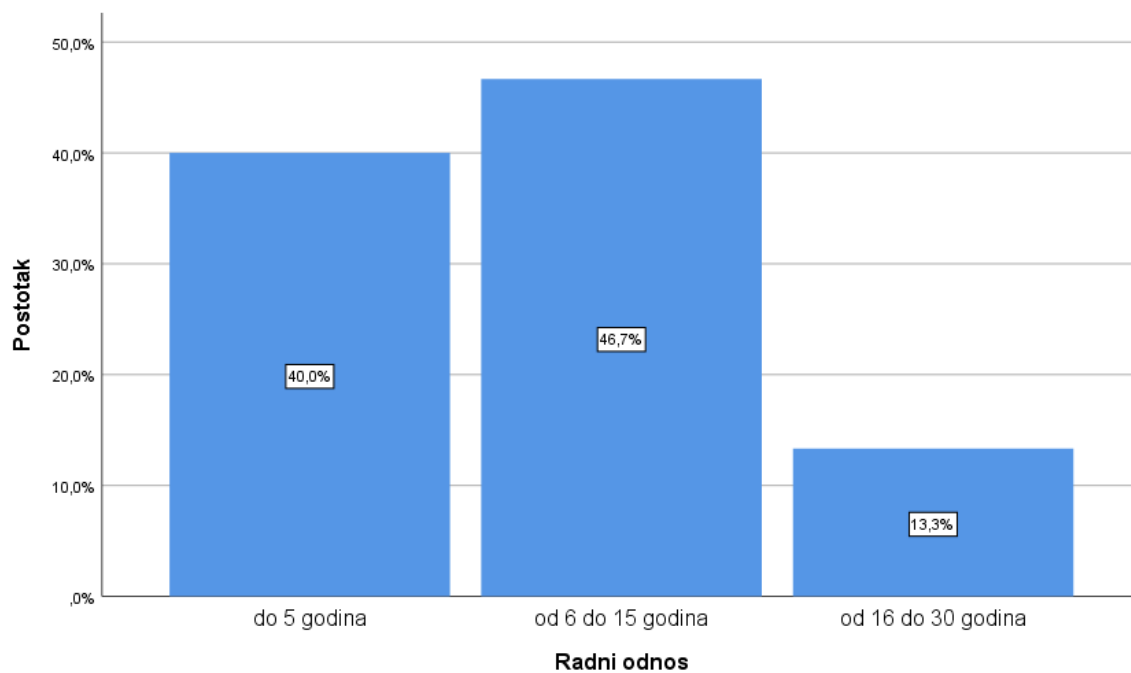
Slika 2. Spol ispitanika



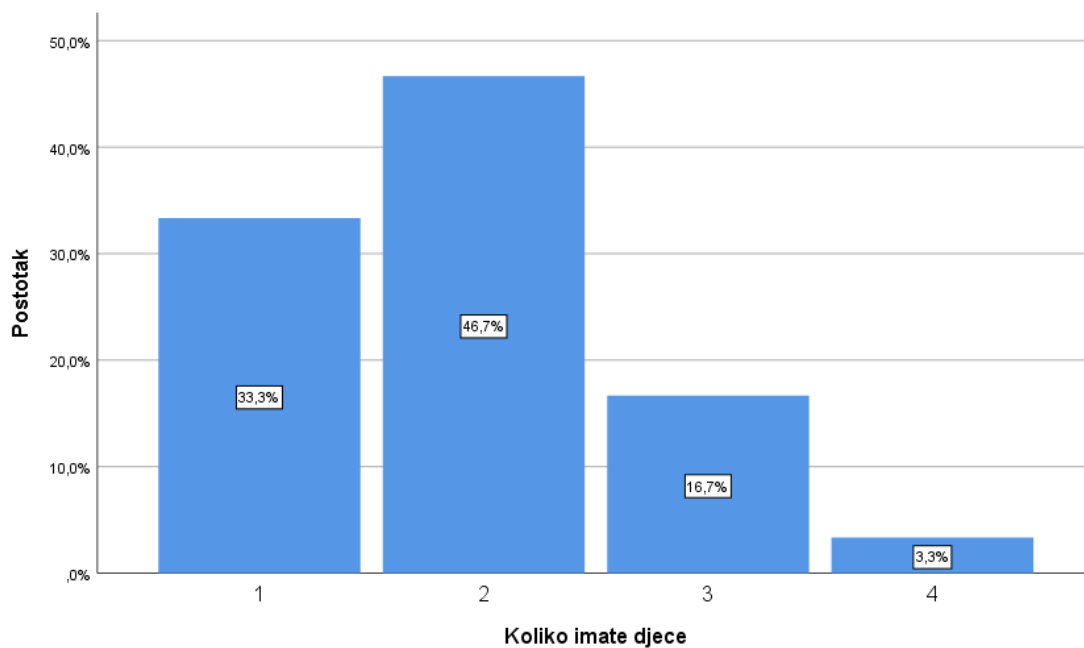
Slika 3. Obrazovanje ispitanika



Slika 4. Bračni status ispitanika



Slika 5. Radni odnos ispitanika



Slika 6. Ukupan broj djece ispitanika

Nadalje, na Tablici 2 prikazani su odgovori ispitanika na pitanje dob djeteta koji pohađa vježbe po Vojta metodi (ovdje napisati kronološku i korigiranu dob djeteta).

Tablica 2. Dob djeteta koji pohađa vježbe po Vojta metodi (kronološka i korigirana dob djeteta)

	N
1 god.	1
10 mj	3
10 mjeseci kronološki, 9 mjeseci korigirano	1
11,5 mj., 10 mj.	1
1cca 4 mj/ 11 mj	1
3 mjeseca	1
3,5 mj (1 mj)	1
4 mjeseca	1
5 mj i 8 dana	3

5 mj. k. 4.mj.	1
5 mjeseci	1
5,5 mj. k.3,5	1
6 mjeseci (blizanci)	1
7 mjeseci	2
7 mjeseci, korigirano 5,5 mj	1
8 mj i 12 dana	1
8 mj.	2
9 mj i 3 tjedna (39 tj)	1
do 1 god	1
korigirana dob - 2 mj, kronološka dob - 3 mj	1
kronološki 3 mj. i 14 dana, korigirano 3 mj	1
kronološki 9 mj, korigirano 8 mj	1
po korigiranom 2 mjeseca, po kronološkom imaju 3 mjeseca	1

N – broj ispitanika

U Tablici 2 navedena je dob djece koja su pohađala tretman po Vojta metodi na način na koji su roditelji ispitanici naveli u anketama. Za prijevremeno rođenu djecu navedena je kronološka i korigirana dob djeteta. Maksimalna dobna granica djece je godina dana prateći korigiranu, a ne kronološku dob djeteta.

Tablica 3. Spol djece

		N	%
Spol djeteta	M	12	46,2%
	Ž	14	53,8%
	Ukupno	26	100,0%

N – broj ispitanika

% - postotak

Nadalje kod spola djeteta 46,2% je muškog spola, dok je 53,8% ženskog spola (Tablica 3).

Na Tablici 4 prikazani su odgovori ispitanika na pitanje dijagnoza djeteta (jedna ili više njih).

Tablica 4. Prikaz dijagnoze djece

	N
blaga asimetrija	1
cpk	1
cpk, hypertonus sy (IV krvarenje II st desno)	1
dg. dy sy (nd st.p. ivh I st)	1
dg. torticollis lat desno	1
distoni sindrom, hipertonus, intraventrikularno krvarenje I stupanj	1
distonija	1
distony sy (hipertoni tip), torticollis, peri i intraventrikularno krvarenje I stupnja obostrano	1
dy sy (dystony sindrom), dg. IVH I	1
dy sy (nd-sc, blaga plućna hipertenzija, ivh I st. bill.)	1
konatalna pneumonija, pneumotoraks nastao u perinatalnom razdoblju, rds, perinatalna infekcija, foramen ovale, ivh I st bill+pvhe bill	1
krvaranje 1. i 2. stupnja	1
krvarenje I,II stupnja	1
krvarenje na mozgu prvog i drugog stupnja, hipertonus, pupčana kila - hermija, akutni bronhitis, akutni bronholitis	1
lijevi torticollis	1
lijevi torticollos	1
nd, tonus blago promjenjiv	1
nedonošće, peri i intraventrikularno krvarenje II stupnja obostrano cpk	1
peri iv krvarenje I-II stupnja	1
PO7.12,31, sepsa, anemija, hermija, perinatalna inflega	1
praematurus	1
praematurus, distoni	1
prijevreteni porod	1
redukcijski defekt ruke-hypoplasia pollicis lat. sin./tip iv hub q 71.9, hypoplovsio renis lat.sin. q60.3, distonija	1
spina bifida occulta, dystoni sindrom	1
stanje nakon peri i intraventrikularnog krvarenja II stupnja desno i II-III stupnja lijevo, lijevo ventrikulomegalija	1

torticulus	1
uzv mozga - hiperehogenost I/II st obostrano, plexusi-st nakon PIVK I-II st bi II., nd-Prematurus, gem II	1
uzv mozga - subependimalna hemoragija lijevo, hiperehogenost I/II st obostrano, plexusi st. nakon PIVK II st., ND-Prematurus, gemi	1

N – broj ispitanika

U Tablici 4 prikazane su dijagnoze djece na način na koji su ih ispitanici naveli u anketama. Navedene su različite dijagnoze, te se može uočiti kako pojedina djeca imaju višestrukih poteškoća; odnosno navedeno je više dijagnoza. Najviše prevladavaju neurološke komplikacije poput različitih vrsta krvarenja različitog stupnja. Potom slijedi distoni sindrom i različite vrste nekih specifičnih kroničnih stanja karakterističnih za neurorizičnu populaciju dojenčadi.

Tablica 5. Prikaz termina rođenja djece

		N	%
Rođeno u terminu	DA	12	40,0%
	NE	18	60,0%
	Ukupno	30	100,0%
U kojem tjednu trudnoće je rođeno Vaše dijete	26	1	4,8%
	29	1	4,8%
	30	1	4,8%
	31	1	4,8%
	33	2	9,5%
	34	5	23,8%
	36	2	9,5%
	38	8	38,1%
	Ukupno	21	100,0%

N – broj ispitanika

% - postotak

Kod pitanja rođeno u terminu 40,0% navodi da, dok 60,0% navodi ne, kod pitanja u kojem tjednu trudnoće je rođeno Vaše dijete najveći udio ispitanika navodi 38 (38,1%) i 34 (23,8%); (Tablica 5).

Tablica 6. Prosječni pokazatelji za korigiranu i kronološku dob

		Kronološka dob	Korigirana dob
N	Valjanih	13	12
	Nedostaje	17	18
\bar{x}		6,3462	5,2500
Sd		3,68773	3,40788
Min		3,00	1,00
Max		14,00	11,00

N – broj ispitanika

\bar{x} - aritmetička sredina

Sd – standardna devijacija

Min – minimum

Max – maksimum

Prosječna vrijednost za kronološku dob iznosi 6,35 uz standardnu devijaciju 3,69, dok prosječna vrijednost za korigiranu dob iznosi 5,25 uz standardnu devijaciju 3,41 (Tablica 6).

Na sljedećim će stranicama biti prikazani deskriptivni pokazatelji za promatrana pitanja za svaku će skupinu pitanja biti prikazane frekvencije i postotci, aritmetička sredina i standardna devijacija. Komentirat će se pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika.

Tablica 7. Deskriptivni prikaz odgovora ispitanika na pitanja o suočavanju sa stresnim situacijama

		N	%	\bar{x}	Sd
Bolje planiram vrijeme	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	10	33,3%		
	pretežno da	17	56,7%		
	u potpunosti da	3	10,0%		

	Ukupno	30	100,0%	3,77	0,63
Usmjerim se na problem da vidim kako bi ga riješio/la	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	3	10,0%		
	pretežno da	15	50,0%		
	u potpunosti da	12	40,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,30	0,65
Mislim o dobrim stvarima koje su se dogodile	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	1	3,3%		
	i da i ne	6	20,0%		
	pretežno da	13	43,3%		
	u potpunosti da	9	30,0%		
	Ukupno	30	100,0%	3,93	0,98
Nastojim biti s drugim ljudima	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	1	3,3%		
	i da i ne	7	23,3%		
	pretežno da	11	36,7%		
	u potpunosti da	11	36,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,07	0,87
Prekoravam se zbog odugovlačenja	uopće ne	3	10,0%		
	pretežno ne	3	10,0%		
	i da i ne	18	60,0%		
	pretežno da	5	16,7%		
	u potpunosti da	1	3,3%		
	Ukupno	30	100,0%	2,93	0,91
Činim ono što mislim da je najbolje	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	1	3,3%		
	pretežno da	13	43,3%		
	u potpunosti da	16	53,3%		
	Ukupno	30	100,0%	4,50	0,57

Zaokupljen/a sam brigama i problemima	uopće ne	2	6,7%		
	pretežno ne	3	10,0%		
	i da i ne	17	56,7%		
	pretežno da	4	13,3%		
	u potpunosti da	4	13,3%		
	Ukupno	30	100,0%	3,17	1,02
Predbacujem sebi što sam se doveo/la u takvu situaciju	uopće ne	4	13,3%		
	pretežno ne	8	26,7%		
	i da i ne	9	30,0%		
	pretežno da	6	20,0%		
	u potpunosti da	3	10,0%		
	Ukupno	30	100,0%	2,87	1,20
Razgledavam izloge	uopće ne	8	26,7%		
	pretežno ne	4	13,3%		
	i da i ne	10	33,3%		
	pretežno da	5	16,7%		
	u potpunosti da	3	10,0%		
	Ukupno	30	100,0%	2,70	1,32
Izdvajam ono što mi je najbitnije	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	2	6,7%		
	i da i ne	3	10,0%		
	pretežno da	17	56,7%		
	u potpunosti da	8	26,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,03	0,81
Pokušavam to prespavati	uopće ne	5	16,7%		
	pretežno ne	8	26,7%		
	i da i ne	9	30,0%		
	pretežno da	8	26,7%		
	u potpunosti da	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	2,67	1,06
Častim se	uopće ne	4	13,3%		

omiljenim jelom i pićem	pretežno ne	5	16,7%		
	i da i ne	12	40,0%		
	pretežno da	6	20,0%		
	u potpunosti da	3	10,0%		
	Ukupno	30	100,0%	2,97	1,16
Strepim zbog nesposobnosti suočavanja s problemima	uopće ne	7	23,3%		
	pretežno ne	11	36,7%		
	i da i ne	8	26,7%		
	pretežno da	3	10,0%		
	u potpunosti da	1	3,3%		
	Ukupno	30	100,0%	2,33	1,06
Postajem jako napet/a	uopće ne	3	10,0%		
	pretežno ne	9	30,0%		
	i da i ne	11	36,7%		
	pretežno da	4	13,3%		
	u potpunosti da	3	10,0%		
	Ukupno	30	100,0%	2,83	1,12
Mislim o tome kako sam riješio/la slične probleme	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	2	6,7%		
	i da i ne	12	40,0%		
	pretežno da	11	36,7%		
	u potpunosti da	5	16,7%		
	Ukupno	30	100,0%	3,63	0,85
Govorim sebi da se to meni zapravo ne događa	uopće ne	15	50,0%		
	pretežno ne	10	33,3%		
	i da i ne	4	13,3%		
	pretežno da	1	3,3%		
	u potpunosti da	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,70	0,84
Prekoravam se što situaciju	uopće ne	8	26,7%		
	pretežno ne	3	10,0%		

previše emocionalno doživljam	i da i ne	12	40,0%		
	pretežno da	5	16,7%		
	u potpunosti da	2	6,7%		
	Ukupno	30	100,0%	2,67	1,24
Izlazim na piće i jelo	uopće ne	12	40,0%		
	pretežno ne	7	23,3%		
	i da i ne	6	20,0%		
	pretežno da	4	13,3%		
	u potpunosti da	1	3,3%		
	Ukupno	30	100,0%	2,17	1,21
Postajem jako uznemiren/a	uopće ne	6	20,0%		
	pretežno ne	9	30,0%		
	i da i ne	11	36,7%		
	pretežno da	2	6,7%		
	u potpunosti da	2	6,7%		
	Ukupno	30	100,0%	2,50	1,11
Kupim nešto za sebe	uopće ne	3	10,0%		
	pretežno ne	4	13,3%		
	i da i ne	16	53,3%		
	pretežno da	3	10,0%		
	u potpunosti da	4	13,3%		
	Ukupno	30	100,0%	3,03	1,10
Odredim što ću učiniti i to činim	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	1	3,3%		
	i da i ne	6	20,0%		
	pretežno da	16	53,3%		
	u potpunosti da	7	23,3%		
	Ukupno	30	100,0%	3,97	0,76
Prekoravam se da ne znam što mi je činiti	uopće ne	8	26,7%		
	pretežno ne	17	56,7%		
	i da i ne	5	16,7%		

	pretežno da	0	0,0%		
	u potpunosti da	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,90	0,66
Odlazim na zabavu (tulum, party)	uopće ne	17	56,7%		
	pretežno ne	6	20,0%		
	i da i ne	6	20,0%		
	pretežno da	1	3,3%		
	u potpunosti da	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,70	0,92
Radim na objašnjenju situacije	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	1	3,3%		
	i da i ne	8	26,7%		
	pretežno da	16	53,3%		
	u potpunosti da	5	16,7%		
	Ukupno	30	100,0%	3,83	0,75
„Sledim se“ i ne znam što radim	uopće ne	14	46,7%		
	pretežno ne	12	40,0%		
	i da i ne	2	6,7%		
	pretežno da	1	3,3%		
	u potpunosti da	1	3,3%		
	Ukupno	30	100,0%	1,77	0,97
Odmah pokušavam popraviti stvari	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	7	23,3%		
	pretežno da	17	56,7%		
	u potpunosti da	6	20,0%		
	Ukupno	30	100,0%	3,97	0,67
Razmišljam o događaju i učim na vlastitim greškama	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	3	10,0%		
	pretežno da	16	53,3%		

	u potpunosti da	11	36,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,27	0,64
Poželim da mogu promijeniti ono što se dogodilo ili kako sam se osjećao/la	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	3	10,0%		
	i da i ne	11	36,7%		
	pretežno da	9	30,0%		
	u potpunosti da	6	20,0%		
	Ukupno	30	100,0%	3,53	1,04
Posjećujem prijatelja	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	10	33,3%		
	pretežno da	12	40,0%		
	u potpunosti da	7	23,3%		
	Ukupno	30	100,0%	3,80	0,92
Brinem o onome što moram učiniti	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	4	13,3%		
	pretežno da	17	56,7%		
	u potpunosti da	8	26,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,03	0,85
Provodim vrijeme s osobom koju cijenim	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	1	3,3%		
	pretežno da	10	33,3%		
	u potpunosti da	19	63,3%		
	Ukupno	30	100,0%	4,60	0,56
Idem prošetati	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	1	3,3%		
	i da i ne	5	16,7%		
	pretežno da	12	40,0%		
	u potpunosti da	11	36,7%		

	Ukupno	30	100,0%	4,03	1,00
Govorim sebi da se ovo više nikad neće ponoviti	uopće ne	4	13,3%		
	pretežno ne	9	30,0%		
	i da i ne	10	33,3%		
	pretežno da	7	23,3%		
	u potpunosti da	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	2,67	0,99
Usredotočim se na svoje glavne nedostatke	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	6	20,0%		
	i da i ne	14	46,7%		
	pretežno da	7	23,3%		
	u potpunosti da	2	6,7%		
	Ukupno	30	100,0%	3,10	0,92
Razgovaram s nekim čiji savjet cijenim	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	1	3,3%		
	pretežno da	17	56,7%		
	u potpunosti da	12	40,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,37	0,56
Analiziram problem prije nego reagiram	uopće ne	1	3,3%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	9	30,0%		
	pretežno da	12	40,0%		
	u potpunosti da	8	26,7%		
	Ukupno	1	3,3%	3,87	0,94
Telefoniram prijatelju	uopće ne	2	6,7%		
	pretežno ne	3	10,0%		
	i da i ne	6	20,0%		
	pretežno da	11	36,7%		
	u potpunosti da	8	26,7%		
	Ukupno	30	100,0%	3,67	1,18

Naljutim se	uopće ne	2	6,7%		
	pretežno ne	4	13,3%		
	i da i ne	15	50,0%		
	pretežno da	6	20,0%		
	u potpunosti da	3	10,0%		
	Ukupno	30	100,0%	3,13	1,01
Mijenjam redoslijed onog što mi je najbitnije	uopće ne	6	20,0%		
	pretežno ne	6	20,0%		
	i da i ne	7	23,3%		
	pretežno da	7	23,3%		
	u potpunosti da	4	13,3%		
	Ukupno	30	100,0%	2,90	1,35
Idem u kino (pogledam film)	uopće ne	14	46,7%		
	pretežno ne	10	33,3%		
	i da i ne	3	10,0%		
	pretežno da	2	6,7%		
	u potpunosti da	1	3,3%		
	Ukupno	30	100,0%	1,87	1,07
Kontroliram situaciju	uopće ne	1	3,4%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	11	37,9%		
	pretežno da	14	48,3%		
	u potpunosti da	3	10,3%		
	Ukupno	29	100,0%	3,62	0,82
Dodatno se trudim srediti stvari	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	5	17,2%		
	pretežno da	15	51,7%		
	u potpunosti da	9	31,0%		
	Ukupno	29	100,0%	4,14	0,69
Nalazim nekoliko	uopće ne	0	0,0%		

različitih rješenja problema	pretežno ne	0	0,0%		
	i da i ne	6	20,7%		
	pretežno da	18	62,1%		
	u potpunosti da	5	17,2%		
	Ukupno	29	100,0%	3,97	0,63
Isključujem se i izbjegavam situaciju	uopće ne	14	48,3%		
	pretežno ne	11	37,9%		
	i da i ne	2	6,9%		
	pretežno da	1	3,4%		
	u potpunosti da	1	3,4%		
	Ukupno	29	100,0%	1,76	0,99
Iskalim se na drugim ljudima	uopće ne	13	44,8%		
	pretežno ne	4	13,8%		
	i da i ne	10	34,5%		
	pretežno da	1	3,4%		
	u potpunosti da	1	3,4%		
	Ukupno	29	100,0%	2,07	1,13
Iskoristim situaciju da dokažem kako to mogu učiniti	uopće ne	2	6,9%		
	pretežno ne	2	6,9%		
	i da i ne	9	31,0%		
	pretežno da	14	48,3%		
	u potpunosti da	2	6,9%		
	Ukupno	29	100,0%	3,41	0,98
Organiziram se tako da mogu vladati situacijom	uopće ne	0	0,0%		
	pretežno ne	1	3,4%		
	i da i ne	8	27,6%		
	pretežno da	13	44,8%		
	u potpunosti da	7	24,1%		
	Ukupno	29	100,0%	3,90	0,82
Gledam TV	uopće ne	2	6,9%		
	pretežno ne	7	24,1%		

	i da i ne	9	31,0%		
	pretežno da	6	20,7%		
	u potpunosti da	5	17,2%		
	Ukupno	29	100,0%	3,17	1,20

N – broj ispitanika

% - postotak

\bar{x} - aritmetička sredina

Sd- standardna devijacija

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: provodim vrijeme s osobom koju cijenim gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,60 dok standardna devijacija iznosi 0,56, zatim činim ono što mislim da je najbolje gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,50 dok standardna devijacija iznosi 0,57 (Tablica 7).

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: odlazim na zabavu (tulum, party) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,70 dok standardna devijacija iznosi 0,92, zatim govorim sebi da se to meni zapravo ne događa gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,70 dok standardna devijacija iznosi 0,84 (Tablica 7).

Tablica 8. Prikaz odgovora ispitanika na pitanja koja se odnose na zadovoljstvo životom prikazana na skali zadovoljstva životom

		N	%	\bar{x}	Sd
U više aspekata moj život je blizak idealnom	uopće se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se ne slažem	1	3,3%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	10	33,3%		
	uglavnom se slažem	13	43,3%		
	u potpunosti se slažem	5	16,7%		
	Ukupno	30	100,0%	3,67	0,92
	uopće se ne slažem	0	0,0%		

Uvjeti moga života su izvrsni	uglavnom se ne slažem	3	10,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	7	23,3%		
	uglavnom se slažem	13	43,3%		
	u potpunosti se slažem	7	23,3%		
	Ukupno	30	100,0%	3,80	0,92
Zadovoljan/na sam svojim životom	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	3	10,0%		
	uglavnom se slažem	17	56,7%		
	u potpunosti se slažem	10	33,3%		
	Ukupno	30	100,0%	4,23	0,63
Do sada imam sve važne stvari koje sam želio/željela u životu	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se slažem	16	53,3%		
	u potpunosti se slažem	13	43,3%		
	Ukupno	30	100,0%	4,40	0,56
Kada bih ponovno živio/la svoj život ne bih mijenjao/la gotovo ništa	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	2	6,7%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	6	20,0%		
	uglavnom se slažem	13	43,3%		
	u potpunosti se slažem	9	30,0%		
	Ukupno	30	100,0%	3,97	0,89
Sve u svemu ja sam jako sretna osoba	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se slažem	15	50,0%		
	u potpunosti se slažem	14	46,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,43	0,57
Život mi donosi puno zadovoljstva	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		

	niti se slažem, niti se ne slažem	3	10,0%		
	uglavnom se slažem	14	46,7%		
	u potpunosti se slažem	13	43,3%		
	Ukupno	30	100,0%	4,33	0,66
Ja se općenito dobro osjećam	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	3	10,0%		
	uglavnom se slažem	13	43,3%		
	u potpunosti se slažem	14	46,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,37	0,67
Mislim da sam sretna osoba	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se slažem	17	56,7%		
	u potpunosti se slažem	12	40,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,37	0,56
® U cjelini gledajući ja sam manje sretan/na od drugih ljudi	uopće se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se ne slažem	2	6,7%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	5	16,7%		
	uglavnom se slažem	9	30,0%		
	u potpunosti se slažem	13	43,3%		
	Ukupno	30	100,0%	4,03	1,10
® Često sam utučen/na i žalostan/na	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	8	26,7%		
	uglavnom se slažem	8	26,7%		
	u potpunosti se slažem	14	46,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,20	0,85
Mislim da sam sretan/na barem koliko i drugi ljudi	uopće se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	1	3,3%		

	uglavnom se slažem	22	73,3%		
	u potpunosti se slažem	6	20,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,07	0,74
Moja budućnost izgleda dobro	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	1	3,3%		
	uglavnom se slažem	20	66,7%		
	u potpunosti se slažem	9	30,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,27	0,52
Zadovoljan/na sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	4	13,3%		
	uglavnom se slažem	20	66,7%		
	u potpunosti se slažem	6	20,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,07	0,58
Što god da se desi mogu vidjeti i svijetlu stranu	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	4	13,3%		
	uglavnom se slažem	18	60,0%		
	u potpunosti se slažem	8	26,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,13	0,63
Uživam živjeti	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se slažem	12	40,0%		
	u potpunosti se slažem	18	60,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,60	0,50
Moj mi se život čini smislen	uopće se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se ne slažem	0	0,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	0	0,0%		
	uglavnom se slažem	10	33,3%		

	u potpunosti se slažem	20	66,7%		
	Ukupno	30	100,0%	4,67	0,48
Da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli	nikada mi se to nije dogodilo	0	0,0%		
	rijetko mi se to događa	1	3,4%		
	to mi se događa i ne događa	3	10,3%		
	često mi se to događa	15	51,7%		
	uvijek mi se to događa	10	34,5%		
	Ukupno	29	100,0%	4,17	0,76
Da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole	nikada mi se to nije dogodilo	0	0,0%		
	rijetko mi se to događa	0	0,0%		
	to mi se događa i ne događa	1	3,4%		
	često mi se to događa	18	62,1%		
	uvijek mi se to događa	10	34,5%		
	Ukupno	29	100,0%	4,31	0,54
Da ste se osjećali potpuno sretni	nikada mi se to nije dogodilo	0	0,0%		
	rijetko mi se to događa	0	0,0%		
	to mi se događa i ne događa	2	6,9%		
	često mi se to događa	13	44,8%		
	uvijek mi se to događa	14	48,3%		
	Ukupno	29	100,0%	4,41	0,63

N – broj ispitanika

% - postotak

\bar{x} - aritmetička sredina

Sd – standardna devijacija

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: moj mi se život čini smislen gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,67 dok standardna devijacija iznosi 0,48, zatim uživam živjeti gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,60 dok standardna devijacija iznosi 0,50 (Tablica 8).

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: u više aspekata moj život je blizak idealnom gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,67 dok standardna devijacija iznosi 0,92, zatim uvjeti moga života su izvrsni gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,80 dok standardna devijacija iznosi 0,92 (Tablica 8).

Tablica 9. Prikaz odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu Vojta tretmana

		N	%	\bar{x}	Sd
Vježba li umjesto Vas partner/ica umjesto Vas kada ste spriječeni	Uopće ne	10	33,3%		
	Malo	3	10,0%		
	Prilično	4	13,3%		
	Često	6	20,0%		
	Jako često	7	23,3%		
	Ukupno	30	100,0%	2,90	1,63
Jeste li zadovoljni s odnosom i načinom rada Vašeg fizioterapeuta	Uopće ne	0	0,0%		
	Malo	0	0,0%		
	Prilično	1	3,3%		
	Često	5	16,7%		
	Jako često	24	80,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,77	0,50
Uznemirava li Vas plač Vašeg djeteta, kada plače na vježbama	Uopće ne	5	16,7%		
	Malo	14	46,7%		
	Prilično	9	30,0%		
	Često	0	0,0%		
	Jako često	2	6,7%		
	Ukupno	30	100,0%	2,33	0,99
Vidite li napredak svoga djeteta	Uopće ne	0	0,0%		
	Malo	0	0,0%		
	Prilično	5	16,7%		

	Često	7	23,3%		
	Jako često	18	60,0%		
	Ukupno	30	100,0%	4,43	0,77
Jeste li htjeli odustati od vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	25	83,3%		
	Malo	2	6,7%		
	Prilično	1	3,3%		
	Često	2	6,7%		
	Jako često	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,33	0,84
Osjećate li strah kada morate kod kuće vježbati s djetetom Vojtu bez prisustva Vojta terapeuta	Uopće ne	18	60,0%		
	Malo	12	40,0%		
	Prilično	0	0,0%		
	Često	0	0,0%		
	Jako često	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,40	0,50
Imate li poteškoća sa umirivanjem Vašeg djeteta nakon vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	21	70,0%		
	Malo	8	26,7%		
	Prilično	1	3,3%		
	Često	0	0,0%		
	Jako često	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,33	0,55
Smatrate li da su vježbe po Vojta metodi emotivno prezahtjevne za Vas	Uopće ne	20	66,7%		
	Malo	9	30,0%		
	Prilično	1	3,3%		
	Često	0	0,0%		
	Jako često	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,37	0,56
Jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta	Uopće ne	28	93,3%		
	Malo	2	6,7%		
	Prilično	0	0,0%		
	Često	0	0,0%		

	Jako često	0	0,0%		
	Ukupno	30	100,0%	1,07	0,25
Podržava li Vas obitelj u nastojanju oko vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	1	3,3%		
	Malo	2	6,7%		
	Prilično	9	30,0%		
	Često	3	10,0%		
	Jako često	15	50,0%		
	Ukupno	30	100,0%	3,97	1,19

N – broj ispitanika

% - postotak

\bar{x} - aritmetička sredina

Sd – standardna devijacija

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: jeste li zadovoljni s odnosom i načinom rada Vašeg fizioterapeuta gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,77 dok standardna devijacija iznosi 0,50, zatim vidite li napredak svoga djeteta gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,43 dok standardna devijacija iznosi 0,77 (Tablica 9).

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,07 dok standardna devijacija iznosi 0,25 (Tablica 9).

Tablica 10. Prikaz deskriptivnih pokazatelja za promatrane faktore podljestvica suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom

		Suočavanje usmjereno na problem	Suočavanje usmjereno na emocije	Suočavanje izbjegavanjem	Skala zadovoljstva životom
N	Valjanih	29	29	29	29

	Nedostaje	1	1	1	1
\bar{x}		61,7586	42,7931	50,2414	84,7931
Sd		7,08447	9,77014	9,84035	8,28242
Min		40,00	20,00	29,00	73,00
Max		76,00	63,00	68,00	100,00

N – broj ispitanika

\bar{x} - aritmetička vrijednost

Min – minimum

Max – maksimum

Na Tablici 10 prikazani su prosječni pokazatelji za promatrane faktore, za faktor suočavanje usmjereno na problem aritmetička sredina iznosi 61,76 uz standardnu devijaciju 7,08, za faktor suočavanje usmjereno na emocije aritmetička sredina iznosi 42,79 uz standardnu devijaciju 9,77, za faktor suočavanje izbjegavanjem aritmetička sredina iznosi 50,24 uz standardnu devijaciju 9,84, za faktor skala zadovoljstva životom aritmetička sredina iznosi 84,79 uz standardnu devijaciju 8,28.

4.2. Testiranje razlike kod promatranih faktora s obzirom na promatrane pokazatelje

Na sljedećim će stranicama biti provedeno testiranje kod promatranih faktora s obzirom na promatrane pokazatelje, testiranje će biti provedeno putem Mann-Whitney U testa i Kruskal–Wallis testa.

Tablica 11. Prikaz usporedbe dobivenih rezultata podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na spol

	Spol	Median (IQR)
Suočavanje usmjereno na problem	M	61,00 (59,00 - 66,00)
	Ž	62,50 (58,00 - 66,00)
Suočavanje usmjereno na emocije	M	33,00 (27,00 - 39,00)
	Ž	43,00 (40,00 - 48,00)
Suočavanje izbjegavanjem	M	51,00 (50,00 - 52,00)
	Ž	49,50 (44,00 - 57,00)
Skala zadovoljstva životom	M	81,50 (79,00 - 84,00)
	Ž	83,00 (77,00 - 90,00)

U Tablici 11 prikazani su rezultati promatranih faktora suočavanja usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom prema spolu ispitanika. Tablica 11 prikazuje kako postoji razlika interkvartilnog raspona faktora suočavanje usmjereno na emocije prema spolu ispitanika.

Tablica 12. Rangovi podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na spol

	Spol	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Suočavanje usmjereno na problem	M	3	15,50	46,50
	Ž	26	14,94	388,50
	Ukupno	29		
Suočavanje usmjereno na emocije	M	3	5,33	16,00
	Ž	26	16,12	419,00
	Ukupno	29		
Suočavanje izbjegavanjem	M	3	16,83	50,50
	Ž	26	14,79	384,50
	Ukupno	29		

Skala zadovoljstva životom	M	2	13,50	27,00
	Ž	27	15,11	408,00
	Ukupno	29		

N – broj ispitanika

Na Tablici 12 prikazani su rezultati rangova ispitanika s prema njihovom obrazovanju za promatrane faktore suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom. Rang je najviši; odnosno vrijednost pokazatelja je najviša za ispitanice ženskog spola za faktor suočavanje izbjegavanjem.

Tablica 13. Testna statistika^a podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom kod spolova

	Suočavanje usmjereno na problem	Suočavanje usmjereno na emocije	Suočavanje izbjegavanjem	Skala zadovoljstva životom
Mann-Whitney U	37,500	10,000	33,500	24,000
Wilcoxon W	388,500	16,000	384,500	27,000
Z	-0,108	-2,083	-0,394	-0,259
p-vrijednost	0,914	0,037	0,693	0,796
Dvostrana p-vrijednost	0,920 ^b	0,037 ^b	0,710 ^b	0,833 ^b

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za suočavanje usmjereno na emocije može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$ dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na spol ispitanika, pri čemu su rangovi viši (vrijednost pokazatelja je viša) za ispitanike ženskog spola (Tablica 13).

Tablica 14. Prikaz usporedbe dobivenih rezultata podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na dob

	Vaša dob	Median (IQR)
Suočavanje usmjereno na problem	do 30	59,00 (56,00 - 63,00)
	31 i više	63,00 (59,50 - 67,50)
Suočavanje usmjereno na emocije	do 30	44,00 (41,00 - 52,00)
	31 i više	41,50 (37,00 - 48,00)
Suočavanje izbjegavanjem	do 30	50,00 (42,00 - 57,00)
	31 i više	50,00 (45,50 - 54,50)
Skala zadovoljstva životom	do 30	83,00 (79,00 - 87,00)
	31 i više	83,50 (77,50 - 92,50)

U Tablici 14 prikazani su rezultati promatranih faktora suočavanja usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom prema dobi ispitanika.

Tablica 15. Rangovi podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na dob

	Vaša dob	N	Aritmetička sredina rangova
Suočavanje usmjereno na problem	do 30	9	10,44
	31 i više	20	17,05
	Ukupno	29	
Suočavanje usmjereno na emocije	do 30	9	18,11
	31 i više	20	13,60
	Ukupno	29	
Suočavanje izbjegavanjem	do 30	9	14,50
	31 i više	20	15,23
	Ukupno	29	
Skala zadovoljstva životom	do 30	9	14,11
	31 i više	20	15,40
	Ukupno	29	

N – broj ispitanika

Na Tablici 15 prikazani su rezultati rangova aritmetičkih vrijednosti ispitanika s prema dobi za promatrane faktore suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom. Ne postoje značajna odstupanja pojedinih vrijednosti u odnosu na dob ispitanika.

Tablica 16: Testna statistika^{a,b} podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na dob

	Suočavanje usmjereno na problem	Suočavanje usmjereno na emocije	Suočavanje izbjegavanjem	Skala zadovoljstva životom
Kruskal-Wallis H	3,751	1,752	0,045	0,143
Stupnjevi slobode	1	1	1	1
p-vrijednost	0,053	0,186	0,832	0,705

Pogleda li se razina signifikantnosti kod svih promatranih faktora može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika (Tablica 16).

Tablica 17. Prikaz usporedbe dobivenih rezultata podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na obrazovanje

	Obrazovanje	Median (IQR)
Suočavanje usmjereno na problem	srednja škola	61,50 (58,00 - 64,00)
	viša ili visoka škola	61,50 (58,00 - 66,00)
	magisterij ili doktorat	63,00 (60,00 - 67,00)
Suočavanje usmjereno na emocije	srednja škola	41,50 (38,00 - 48,00)
	viša ili visoka škola	46,00 (38,00 - 52,00)

	magisterij ili doktorat	41,00 (40,00 - 42,00)
Suočavanje izbjegavanjem	srednja škola	46,50 (40,00 - 51,00)
	viša ili visoka škola	51,50 (47,00 - 67,00)
	magisterij ili doktorat	56,00 (53,00 - 61,00)
Skala zadovoljstva životom	srednja škola	79,00 (76,00 - 86,00)
	viša ili visoka škola	83,00 (78,00 - 90,00)
	magisterij ili doktorat	95,00 (89,00 - 95,00)

U Tablici 17 prikazani su rezultati promatranih faktora suočavanja usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom prema obrazovanju ispitanika. Tablica 17 prikazuje kako postoji razlika interkvartilnog raspona za faktor suočavanje izbjegavanjem prema obrazovanju ispitanika.

Tablica 18. Rangovi podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na obrazovanje

	Obrazovanje	N	Aritmetička sredina rangova
Suočavanje usmjereno na problem	srednja škola	14	14,04
	viša ili visoka škola	10	15,60
	magisterij ili doktorat	5	16,50
	Ukupno	29	
Suočavanje usmjereno na emocije	srednja škola	14	14,00
	viša ili visoka škola	10	17,75
	magisterij ili doktorat	5	12,30
	Ukupno	29	
Suočavanje izbjegavanjem	srednja škola	14	10,93
	viša ili visoka škola	10	17,85
	magisterij ili doktorat	5	20,70
	Ukupno	29	
Skala zadovoljstva životom	srednja škola	13	11,50
	viša ili visoka škola	11	16,00
	magisterij ili doktorat	5	21,90
	Ukupno	29	

N – broj ispitanika

Na Tablici 18 prikazani su rezultati rangova ispitanika s prema njihovom obrazovanju za promatrane faktore suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom. Rang je najviši; odnosno vrijednost pokazatelja je najviša za visokoobrazovane (magisterij ili doktorat) za faktor suočavanje izbjegavanjem.

Tablica 19. Testna statistika^{a,b} podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na obrazovanje

	Suočavanje usmjereno na problem	Suočavanje usmjereno na emocije	Suočavanje izbjegavanjem	Skala zadovoljstva životom
Kruskal-Wallis H	0,386	1,749	6,577	5,655
df	2	2	2	2
p-vrijednost	0,824	0,417	0,037	0,059

df – stupnjevi slobode

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za suočavanje izbjegavanjem može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$ dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na obrazovanje ispitanika, pri čemu su rangovi najviši (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike koji imaju magisterij ili doktorat (Tablica 19).

Tablica 20. Prikaz rezultata korelacijske analize za utvrđivanje statistički značajne korelacije između varijabli podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom

		Suočavanje usmjereno na problem	Suočavanje usmjereno na emocije	Suočavanje izbjegavanjem	Skala zadovoljstva životom
Suočavanje usmjereno na problem	r	1,000	-0,151	0,213	0,465*
	p	.	0,435	0,268	0,013
	N	29	29	29	28
Suočavanje	r	-0,151	1,000	-0,242	-0,329

usmjereno na emocije	p	0,435	.	0,205	0,088
	N	29	29	29	28
Suočavanje izbjegavanjem	r	0,213	-0,242	1,000	0,470*
	p	0,268	0,205	.	0,012
	N	29	29	29	28
Skala zadovoljstva životom	r	0,465*	-0,329	0,470*	1,000
	p	0,013	0,088	0,012	.
	N	28	28	28	29

*. Korelacija je statistički značajna na razini signifikantnosti 0,05 (dvostrana)

r – koeficijent korelacije

p – korelacija ranga

N – broj ispitanika

Iz navedene Tablice 20 može se uočiti kako je zabilježena pozitivna korelacija između promatranih varijabli, pri čemu su najveće korelacije zabilježene između suočavanje usmjereno na problem i skala zadovoljstva životom ($r=0,465$; $p<0,05$), suočavanje izbjegavanjem i skala zadovoljstva životom ($r=0,470$; $p<0,05$).

Na sljedećim stranicama bit će prikazani regresijski modeli za promatrane faktore u analizi kako bismo izrazili odnos između promatranih varijabli.

Tablica 21. Prikaz rezultata regresijske analize za kriterij zadovoljstva životom

Model	Koeficijent multiple korelacije	Koeficijent determinacije	Korigirani koeficijent determinacije	Standardna pogreška procjene
1	0,690 ^a	0,476	0,411	6,42674

a. Prediktori: (Konstanta), Suočavanje izbjegavanjem, Suočavanje usmjereno na emocije, Suočavanje usmjereno na problem

Pogledaju li se podatci na Tablici 21 može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,476, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,476 ili 47,6% sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisnih varijabli.

Tablica 22. Sažetak modela sa vrijednosti korelacije protumačenosti modela iz standardne greške procjene

Model		Zbroj kvadrata	Stupnjevi slobode	Sredina kvadrata	F	Značajnost
1	Regresija	901,408	3	300,469	7,275	0,001 ^b
	Residual	991,270	24	41,303		
	Ukupno	1892,679	27			

a. Zavisna varijabla: Skala zadovoljstva životom

b. Prediktori: (Konstante), Suočavanje izbjegavanjem, Suočavanje usmjereno na emocije, Suočavanje usmjereno na problem

Na Tablici 22 prikazana je značajnost regresije putem ANOVA testa, pogleda li se razina signifikantnosti prikazana za regresijski model može se uočiti kako je puno manja od 5% ($p < 0,05$), što znači da je promatrani regresijski model statistički značajan.

Tablica 23. Prikaz rezultata povezanosti varijabli podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama sa skalom zadovoljstva životom

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	(Konstanta)	41,135	13,265		3,101	0,005
	Suočavanje usmjereno na problem	0,564	0,186	0,483	3,033	0,006
	Suočavanje usmjereno na emocije	-0,102	0,127	-0,121	-0,806	0,428
	Suočavanje izbjegavanjem	0,261	0,132	0,312	1,979	0,059

a. Zavisne varijable: Skala zadovoljstva životom

Predikcijski model objašnjava 47,6% varijance kriterija. Pri tome višu vrijednost za skalu zadovoljstva životom imaju osobe koje u većoj mjeri vrednuju suočavanje usmjereno na problem ($\beta=0,483$, $p<0,05$); (Tablica 23).

4.3. Testiranje razlike kod promatranih pitanja s obzirom na spol, dob i obrazovanje

Na sljedećim će stranicama biti prikazano testiranje kod promatranih pitanja s obzirom na spol, dob i obrazovanje ispitanika testiranje će biti provedeno Fisherovim egzaktnim testom, biti će prikazani odgovori ispitanika u obliku apsolutnih frekvencija te postotci.

Tablica 24. Usporedba odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu ispitanika s Vojta tretmanom s obzirom na spol

		Spol				p*
		M		Ž		
		N	%	N	%	
Vježba li umjesto Vas partner/ica umjesto Vas kada ste spriječeni	Uopće ne	0	0,0%	10	37,0%	0,321
	Malo	0	0,0%	3	11,1%	
	Prilično	0	0,0%	4	14,8%	
	Često	1	33,3%	5	18,5%	
	Jako često	2	66,7%	5	18,5%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Jeste li zadovoljni s odnosom i načinom rada Vašeg fizioterapeuta	Uopće ne	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	
	Prilično	0	0,0%	1	3,7%	
	Često	0	0,0%	5	18,5%	
	Jako često	3	100,0%	21	77,8%	

	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Uznemirava li Vas plač Vašeg djeteta kada plače na vježbama	Uopće ne	0	0,0%	5	18,5%	1,000
	Malo	2	66,7%	12	44,4%	
	Prilično	1	33,3%	8	29,6%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	2	7,4%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Vidite li napredak svoga djeteta	Uopće ne	0	0,0%	0	0,0%	0,736
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	
	Prilično	0	0,0%	5	18,5%	
	Često	0	0,0%	7	25,9%	
	Jako često	3	100,0%	15	55,6%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Jeste li htjeli odustati od vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	3	100,0%	22	81,5%	1,000
	Malo	0	0,0%	2	7,4%	
	Prilično	0	0,0%	1	3,7%	
	Često	0	0,0%	2	7,4%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Osjećate li strah kada morate kod kuće vježbati s djetetom Vojtu bez prisustva Vojta terapeuta	Uopće ne	3	100,0%	15	55,6%	0,255
	Malo	0	0,0%	12	44,4%	
	Prilično	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Imate li poteškoća sa umirivanjem Vašeg djeteta nakon vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	2	66,7%	19	70,4%	1,000
	Malo	1	33,3%	7	25,9%	
	Prilično	0	0,0%	1	3,7%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	

Smatrate li da su vježbe po Vojta metodi emotivno prezahativne za Vas	Uopće ne	2	66,7%	18	66,7%	1,000
	Malo	1	33,3%	8	29,6%	
	Prilično	0	0,0%	1	3,7%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta	Uopće ne	3	100,0%	25	92,6%	1,000
	Malo	0	0,0%	2	7,4%	
	Prilično	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	
Podržava li Vas obitelj u nastojanju oko vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	0	0,0%	1	3,7%	0,141
	Malo	1	33,3%	1	3,7%	
	Prilično	0	0,0%	9	33,3%	
	Često	1	33,3%	2	7,4%	
	Jako često	1	33,3%	14	51,9%	
	Ukupno	3	100,0%	27	100,0%	

p – vrijednost na razini 0,05

N – broj ispitanika

% - postotak

Pogleda li se razina signifikantnosti kod svih promatranih pitanja može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na spol ispitanika (Tablica 24).

Tablica 25. Usporedba odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu ispitanika s Vojta tretmanom s obzirom na dob

		Vaša dob				p*
		do 30		31 i više		
		N	%	N	%	
Vježba li umjesto Vas partner/ica umjesto Vas kada ste spriječeni	Uopće ne	4	44,4%	6	28,6%	0,886
	Malo	1	11,1%	2	9,5%	
	Prilično	1	11,1%	3	14,3%	
	Često	2	22,2%	4	19,0%	
	Jako često	1	11,1%	6	28,6%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Jeste li zadovoljni s odnosom i načinom rada Vašeg fizioterapeuta	Uopće ne	0	0,0%	0	0,0%	0,380
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	
	Prilično	1	11,1%	0	0,0%	
	Često	2	22,2%	3	14,3%	
	Jako često	6	66,7%	18	85,7%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Uznemirava li Vas plač Vašeg djeteta kada plače na vježbama	Uopće ne	1	11,1%	4	19,0%	0,548
	Malo	3	33,3%	11	52,4%	
	Prilično	4	44,4%	5	23,8%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	1	11,1%	1	4,8%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Vidite li napredak svoga djeteta	Uopće ne	0	0,0%	0	0,0%	0,298
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	
	Prilično	3	33,3%	2	9,5%	
	Često	2	22,2%	5	23,8%	
	Jako često	4	44,4%	14	66,7%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	

Jeste li htjeli odustati od vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	5	55,6%	20	95,2%	0,019
	Malo	2	22,2%	0	0,0%	
	Prilično	1	11,1%	0	0,0%	
	Često	1	11,1%	1	4,8%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Osjećate li strah kada morate kod kuće vježbati s djetetom Vojtju bez prisustva Vojta terapeuta	Uopće ne	5	55,6%	13	61,9%	1,000
	Malo	4	44,4%	8	38,1%	
	Prilično	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Imate li poteškoća sa umirivanjem Vašeg djeteta nakon vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	6	66,7%	15	71,4%	0,446
	Malo	2	22,2%	6	28,6%	
	Prilično	1	11,1%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Smatrate li da su vježbe po Vojta metodi emotivno prezahtjevne za Vas	Uopće ne	5	55,6%	15	71,4%	0,577
	Malo	4	44,4%	5	23,8%	
	Prilično	0	0,0%	1	4,8%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta	Uopće ne	8	88,9%	20	95,2%	0,517
	Malo	1	11,1%	1	4,8%	
	Prilično	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%	
Podržava li Vas obitelj	Uopće ne	0	0,0%	1	4,8%	0,340

u nastojanju oko vježbi po Vojta metodi	Malo	0	0,0%	2	9,5%
	Prilično	5	55,6%	4	19,0%
	Često	1	11,1%	2	9,5%
	Jako često	3	33,3%	12	57,1%
	Ukupno	9	100,0%	21	100,0%

p – vrijednost na razini 0,05

N – broj ispitanika

% - postotak

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja jeste li htjeli odustati od vježbi po Vojta metodi može se uočiti kako vrijednost značajnosti Fisherovog egzaktnog testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika, pri čemu je namjera odustajanja veća kod mlađih ispitanika (Tablica 25).

Tablica 26. Usporedba odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu ispitanika s Vojta tretmana s obzirom na obrazovanje

		Obrazovanje						p*
		srednja škola		viša ili visoka škola		magisterij ili doktorat		
		N	%	N	%	N	%	
Vježba li umjesto Vas partner/ica umjesto Vas kada ste spriječeni	Uopće ne	2	14,3%	6	54,5%	2	40,0%	0,224
	Malo	2	14,3%	1	9,1%	0	0,0%	
	Prilično	2	14,3%	0	0,0%	2	40,0%	
	Često	4	28,6%	1	9,1%	1	20,0%	
	Jako često	4	28,6%	3	27,3%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	

Jeste li zadovoljni s odnosom i načinom rada Vašeg fizioterapeuta	Uopće ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,462
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Prilično	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	
	Često	4	28,6%	1	9,1%	0	0,0%	
	Jako često	10	71,4%	9	81,8%	5	100,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Uznemirava li Vas plač Vašeg djeteta kada plače na vježbama	Uopće ne	2	14,3%	0	0,0%	3	60,0%	0,236
	Malo	7	50,0%	6	54,5%	1	20,0%	
	Prilično	4	28,6%	4	36,4%	1	20,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	1	7,1%	1	9,1%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Vidite li napredak svoga djeteta	Uopće ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,804
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Prilično	3	21,4%	2	18,2%	0	0,0%	
	Često	2	14,3%	3	27,3%	2	40,0%	
	Jako često	9	64,3%	6	54,5%	3	60,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Jeste li htjeli odustati od vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	10	71,4%	10	90,9%	5	100,0%	0,902
	Malo	1	7,1%	1	9,1%	0	0,0%	
	Prilično	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	2	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Osjećate li strah kada morate kod kuće vježbati s djetetom Vojtuz bez prisustva Vojta terapeuta	Uopće ne	7	50,0%	7	63,6%	4	80,0%	0,622
	Malo	7	50,0%	4	36,4%	1	20,0%	
	Prilično	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
	Uopće ne	8	57,1%	9	81,8%	4	80,0%	0,739

Imate li poteškoća sa umirivanjem Vašeg djeteta nakon vježbi po Vojta metodi	Malo	5	35,7%	2	18,2%	1	20,0%	
	Prilično	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Smatrate li da su vježbe po Vojta metodi emotivno prezahitljive za Vas	Uopće ne	10	71,4%	5	45,5%	5	100,0%	0,176
	Malo	4	28,6%	5	45,5%	0	0,0%	
	Prilično	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta	Uopće ne	13	92,9%	10	90,9%	5	100,0%	1,000
	Malo	1	7,1%	1	9,1%	0	0,0%	
	Prilično	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Jako često	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	
Podržava li Vas obitelj u nastojanju oko vježbi po Vojta metodi	Uopće ne	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	0,912
	Malo	1	7,1%	1	9,1%	0	0,0%	
	Prilično	4	28,6%	4	36,4%	1	20,0%	
	Često	2	14,3%	0	0,0%	1	20,0%	
	Jako često	6	42,9%	6	54,5%	3	60,0%	
	Ukupno	14	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	

p - vrijednost na razini 0,05

N – broj ispitanika

% - postotak

Pogleda li se razina signifikantnosti kod svih promatranih pitanja može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na obrazovanje ispitanika (Tablica 26).

5. RASPRAVA

Rana intervencija čiji je nekadašnji model pristupa bio usmjeren na dijete i njegovu rehabilitaciju počinje se usmjeravati prema modelu u kojem se interakcija s obitelji smatra temeljnom sustavno ju implementirajući više ili manje u metodologiju svojeg rada. Taj model zahtjeva fluidnu i dobru komunikaciju između stručnjaka i obitelji od početka interakcije kako bi se procijenile važne stvari unutar rane intervencije (60).

Brojne znanstvene discipline bave se ispitivanjem kvalitete i zadovoljstva životom, te kako učinkovito apsorbirati svakodnevne stresne izazove u privatnom i poslovnom odnosu. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetu života kao percepciju pojedinca o svom položaju u životu u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojima živi, te u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja, standarde i brige (61). Jedna od bitnih stavki jeste da je kvaliteta života holistički koncept dobrobiti, te se zbog toga može različito tumačiti i opisivati (61). Ne postoji univerzalna definicija, te ona često pokriva čimbenike poput subjektivnih fenomena, višedimenzionalnih konstrukata i aspekata koji su povezani sa psihološkim, fizičkim i socijalnim dimenzijama; pa tako uključuje i pozitivne i negativne aspekte čovjekova života (61). U zadnje vrijeme brojna istraživanja bave se tematikom ispitivanja kvalitete života i strategijama suočavanja sa stresom u životu roditelja dojenčadi s neurorizikom kao i roditelja s djecom s teškoćama u razvoju. Svaka disciplina istražuje iz svojeg polja stručnosti i rada. Ovaj istraživački rad okosnica je rane intervencije s područja fizioterapije, a jedan od ciljeva bio je ispitati odnos roditeljske strategije suočavanja sa stresom s percepcijom kvalitete života kod roditelja s dojenčadi u ranoj intervenciji po Vojta metodi. Drugi cilj odnosio se na ispitivanje povezanosti percepcije zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta s njihovom percepcijom kvalitete života. Ova dva zahtjevna i specifična cilja promatrana su u odnosu jedan na drugi zasebno da bi se objedinjujući ih ukazalo kako su zapravo usko povezani i ukazuju na nedostatke i izazove s kojima se susreću stručnjaci, ali i roditelji u ranoj intervenciji ne samo s područja fizioterapije već i u drugim znanstvenim i kliničkim disciplinama. Istraživanje je obuhvatilo 30 ispitanika koji koriste usluge rane intervencije u „Zlatni cekin“ poliklinici. Od njih 30 koliko ih je sudjelovalo, bilo je N=27 (90,0%) ispitanika ženskog spola, a tek N=3 (10,0%) ispitanika muškog spola. Razlog nedostatku muških ispitanika (u ovom slučaju očeva) smatraju

se kulturni čimbenici koji još uvijek utječu na percepciju uloge oca u modernoj obitelji. Studije ukazuju da je većinom njihova uloga pružanje ekonomske stabilnosti obitelji (50). Nadalje, većina ispitanika N=21 (70,0%) bila je starosne dobi od 31 i više godina, a manji dio njih N=9 (30,0%) imao je do 30 godina. Obrazovanje je podijeljeno u nekoliko kategorija: srednju stručnu spremu ima N=14 (46,7%), višu ili visoku stručnu spremu ima N=11 (36,7%), a magisterij ili doktorat ima N=5 (16,7%) ispitanika. Dobna skupina djece bila je do 12 mjeseci pri tome uzevši u obzir korigiranu, a ne kronološku dob djeteta. Najveći broj dojenčadi bio je ženskog spola; njih N=14 (53,8%), a muške dojenčadi bilo je N=12 (46,2%) od ukupno 26 roditelja ispitanika koliko ih je odgovorilo na ovo pitanje. Kod pitanja rođeno u terminu njih N=12 (40,0%) odgovorilo je da im je dijete rođeno u terminu, a N=18 ispitanika (60,0%) odgovorilo je da im dijete nije rođeno u terminu od ukupno 30 ispitanika koliko ih je odgovorilo na navedeno pitanje. Od ukupno 21 ispitanika koji su odgovorili na pitanje u kojem tjednu trudnoće je rođeno vaše dijete najveći udio ispitanika, njih N=8 (38,1%) navodi 38 tjedan, a N=5 (23,8%) ispitanika navodi 34 tjedan. Prosječna vrijednost za kronološku dob iznosi 6,35 uz standardnu devijaciju 3,69, a prosječna vrijednost za korigiranu dob iznosi 5,25, uz standardnu devijaciju 3,41 u odnosu na broj ispitanika koji su naveli dob svojeg djeteta. Dijagnoze dojenčadi onako kako su ih roditelji naveli bile su različite prevladavajući između ostalog distoni sindrom i različiti stupnjevi različitih oblika krvarenja koja su obično i uzrok neurorazvojnih dojenačkih odstupanja. Dob dojenčadi prisutne u terapijskom tretmanu za vrijeme istraživanja također je bila različita; no jasno se može uočiti da je velika zastupljenost prijevremeno rođene djece s različitim dijagnozama (Tablica 5.).

Promatrajući rezultate dobivene u deskriptivnoj statistici vezane uz strategije suočavanja sa stresnim situacijama izdvojene su pojedine dobivene čestice određenih vrijednosti za koje se smatra da ih roditelji najviše ili najmanje koriste.

Rezultati su pokazali da roditelji koriste različite načine strategija suočavanja sa stresom, te da one u većoj ili manjoj mjeri utječu na raspon kvalitete života.

Deskriptivni podatci za promatrana pitanja pokazali su da su roditelji ispitanici skloni suočavanju usmjerenom na problem (činim ono što mislim da je najbolje: $\bar{x}=4,50$; $SD=0,57$) i socijalnoj diverziji (provodim vrijeme s osobom koju cijenim: $\bar{x}= 4,60$; $SD=0,56$). Ispitanici najmanje koriste suočavanje izbjegavanjem (odlazim na zabavu (tulum): $\bar{x}=1,70$; $SD=0,92$ i govorim sebi da se to meni zapravo ne događa: $\bar{x}=1.70$ i $SD=0,84$). Dobivene podatke možemo povezati sa pojmovima roditeljskog doživljaja kompetentnosti i percepcije samoefikasnosti roditeljstva koji počivaju na različitim definicijama brojnih znanstvenih istraživanja. Percepcija samoefikasnosti utječe na postavljanje ciljeva, ustrajnosti, ulaganje napora, te načina kako će se pojedinac suočiti s određenim poteškoćama i eventualnim neuspjesima. Samoefikasnost se smatra središnjim kognitivnim elementom kompetentnosti roditelja, a definirana je samoprocjenom kompetentnosti roditeljske uloge ili sposobnosti roditeljske percepcije da na djetetov razvoj i ponašanje djeluju pozitivno (62). Pri tome, osobe s većom samoefikasnošću su motiviranije i postavljaju si veće ciljeve, a prilikom neuspjeha doživljaj negativnih emocija (stres i depresija) je manji. Postoji nekoliko izvora na temelju kojih pojedinac razvija percepciju osobne efikasnosti, a četiri najvažnija su: osobno iskustvo uspjeha, vikarijska iskustva putem socijalnih modela, verbalna uvjerenja drugih i fiziološka ili emocionalna pobuđenost (63). Mjere samoefikasnosti mogu biti promatrane kao generalna samoefikasnost unutar roditeljske uloge ili su usredotočene na ispitivanje određenog zadatka, odnosno mjere (njega djeteta s posebnim potrebama) (63). Uz roditeljsku samoefikasnost često se ispituje zadovoljstvo ispunjavanjem roditeljske uloge, ali i osjećaj kompetentnosti (63). Ova dva pojma opisuju procjenu roditeljske učinkovitosti i zadovoljstva koji obuhvaća afektivnu dimenziju (osjećaj frustracije, anksioznosti i manjak motivacije) (63). Stoga, iz navedenih dobivenih rezultata ovog istraživanja može se uočiti da većina roditelja postavlja određene strateške ciljeve kako bi učinkovito odgovorili na stresni izazov, te samim time ublažili posljedične faktore stresa, a dobiveno samopouzdanje učinili učinkovitijim. Na roditeljsko iskustvo utječe self-koncept i percepcija vlastitih roditeljskih sposobnosti (38). Iz tog koncepta roditelji će drugačije percipirati djetetove mogućnosti i njegove teškoće. Morgan i sur. u svojem radu između ostalog naveli su neke od važnih značajki roditeljskog aktivnog i cilju usmjerenog sudjelovanja u ranoj intervenciji, te koliko je taj pristup za njih imao veliko značenje (64). Iako je za svakog roditelja poražavajuće čuti dijagnozu vlastitog djeteta što se u mnogim istraživanjima navodi kao „smrt“ percipiranog djeteta, a rezultira kroničnom tugom roditelja; u navedenom radu, ali i brojnim drugima, roditelji su naveli kako su istinu o dijagnozi željeli

čuti ranije nego što im je ona rečena, ne samo zbog prikupljanja informacija, već kako bi se aktivnije mogli uključiti pomoći svom djetetu (64). Dobivanje ranih prognostičkih informacija kod nekih roditelja izazvalo je doživljaj emocionalne prekretnice; odnosno ovakvo suočavanje dovelo je do boljeg planiranja obiteljske budućnosti, te mogućnosti prihvaćanja djetetovog invaliditeta prije navršenih djetetovih dvanaest mjeseci života (64). Baird i suradnici u svojem istraživanju čiji je cilj bio predložiti smjernice dobre prakse prilikom otkrivanja roditeljima dijagnoze cerebralne paralize naveli su razloge nezadovoljstva roditelja: zbog načina na koji im je dijagnoza otkrivena i kasno postavljanje dijagnoze (65). U istraživanju je navedeno da je nezadovoljstvo bilo povezano s većim stupnjem depresije koju su roditelji naknadno prijavili (65). Roditelji često navode da im je drago kada su na vrijeme upozoreni na moguće nepovoljne ishode dojenčadi/nedonoščadi, te očekuju otvorenost stručnjaka i dobivanje točnih i konkretnih informacija. Studije su podijeljenog stajališta (razlike u metodama, kao i istraživača-neki su kliničari, a neki nisu) glede povezanosti i utjecaja ranog otkrivanja dijagnoze roditeljima i njihovog zadovoljstva životom (65). Također, brojna istraživanja navode kako roditelji naglašavaju važnost partnerstva i suradnje s terapeutom posebno u donošenju određenih smjernica unutar rehabilitacijskih postupaka (mogućnost zajedničke provedbe strateških ciljeva, plana i programa terapije) kako bi oni bili što učinkovitiji. Iz navedenog se može zaključiti kako brojne studije navode kako roditelji izvorima stresnih situacija pristupaju strateški, aktivno se usmjeravajući na rješavanje i suočavanje s problemom.

Osim pojedinačnih rezultata dobivenih analizom deskriptivne statistike dobiveni su i drugi značajni rezultati koji pokazuju da roditelji u velikoj mjeri koriste suočavanje usmjereno na problem, te da su u odnosu na ovu vrstu suočavanja dobiveni rezultati na skali zadovoljstva životom kod promatranih ispitanika visoki. Studije navode kako su samopoštovanje, samoefikasnost i percepcija kompetentnosti u roditeljstvu povezani sa zadovoljstvom života, te što su oni viši, zadovoljstvo životom je bolje. Podrška partnera, ali i ostalih članova obitelji utječe ne samo na kvalitetu života, već i na vrstu primjene strategije u suočavanju. Rezultati prosječnih pokazatelja za promatrane faktore gdje aritmetička sredina za faktor suočavanje usmjereno na problem iznosi 61,76 uz standardnu devijaciju 7,08 (Tablica 10.); zatim Spearmanov koeficijent korelacije nam također ukazuje na pozitivnu korelaciju između varijabli suočavanje usmjereno na problem i skale zadovoljstva životom ($r = 0,465$; $p < 0,05$);

(Tablica 20.). Osim njih, prikaz regresijskih modela za promatrane faktore u analizi odnosa između promatranih varijabli ukazuju nam da višu vrijednost na skali zadovoljstva životom imaju osobe koje u većoj mjeri vrednuju suočavanje usmjereno na problem ($\beta=0,483$, $p<0,05$); (Tablica 23.). Također, zabilježeni rezultat za pojedinačno pitanje (provodim vrijeme s osobom koju cijenim: $\bar{x}= 4,60$; $SD=0,56$); odnosno njegova visoka aritmetička vrijednost upućuje nas da roditelji koriste i strategiju socijalne diverzije. Ovaj rezultat socijalne diverzije ukazuje da pojedinac nastoji izbjeći problem kroz interakciju sa svojom okolinom i bliskim osobama tražeći od njih podršku, te na ovaj način osoba traži adaptivan odgovor na predstavljeno stresno stanje u kojem se nalazi. Neformalna podrška od strane okoline može biti itekako poticajna ako se uz pomoć prijatelja i obitelji potraži stručna psihološka pomoć ukoliko problem nadilazi sposobnost pojedinca da ga riješi sam ili uz pomoć svoje okoline. Važno je naglasiti da veliku ulogu ima i roditeljska percepcija o težini postojećeg problema i na koncu, ponavlja li se isti problem, u kojem obliku i koliko često. To znači da je percepcija kontrole pojedinca koju ima prema određenoj situaciji povezana s ponašanjem koje će pojedinac usmjeriti na rješavanje postojećeg problema (66). Pregledno istraživanje od strane DeHoff i suradnika čiji je cilj bio pregledati dokaze o informacijama i potrebi za podrškom mladih roditelja s djecom s posebnim zdravstvenim potrebama, te utvrditi može li društvena podrška na internetu poslužiti kao put za učenje i osnaživanje za dotične roditelje (67). Istraživanje je pokazalo da su društvene mreže kao društvena podrška učinkovite u pomaganju roditeljima u prihvaćanju djetetove dijagnoze i razvoju vještina koje su im potrebne da pomognu svom djetetu (67). Online podrška roditelj-roditelju omogućuje socijalni vid podrške kao i podjelu raznoraznih informacija na temelju zajedničkih iskustava, te na taj način jedni druge potiču na emocionalnu i informativnu podršku koju od strane svojih obitelji i zajednica možda ne bi dobili u tolikoj mjeri (67). Istraživanje je pokazalo da online podrška, posebice putem Facebooka poboljšava osjećaj blagostanja, pomaže roditeljima uz pomoć savjeta u upravljanju i suočavanju sa stresom. Roditelji na ovakvim društvenim mrežama dobivaju funkcionalnu podršku poput praktičnih savjeta, informacija i pomoći; zatim emocionalnu podršku i povećanu percepciju podrške. Istraživanje DeHoff i suradnika je pokazalo je i da zdravstveni djelatnici (liječnici i ostalo osoblje) nisu uvidjeli benefite digitalne suradnje iz više razloga, a jedan od njih je da bi im ovakav način prikupljanja podataka iz aplikacija od strane pacijenata mogao oduzeti dodatno vrijeme (67). Ipak, smatra se da bi digitalizacija bila korisna za komunikaciju i partnerstvo između roditelja djece s teškoćama u razvoju i liječnika, a da bi

njenim unapređenjem došlo i do usvajanja ostalih pružatelja zdravstvenih usluga čime bi se poboljšale usluge socijalne podrške, informiranja, dodatnog obrazovanja roditelja, pružanja podrške i osnaživanja roditelja. Milić Babić i Laklija u svojem istraživanju navode kako je važno da roditelji traže podršku iz svoje okoline koja će ih potaknuti na aktivno traženje podrške (stručne podrške), ali i potaknuti pružatelje usluga na izravnu podršku obitelji (36). No, njihovo istraživanje navodi kako roditelji češće koriste duhovnu podršku kao vrstu strategija suočavanja, a najmanje traženje resursa podrške iz okoline, a kao razlog navode nedostatak vremena, ne znaju kome bi se obratili za pomoć ili pak smatraju da im dostupni resursi podrške iz okoline ne mogu biti od koristi (36). Rezultati studija pokazuju da što je veća socijalna diverzija, to su pozitivniji stavovi prema traženju stručne psihološke pomoći (66).

Najnižu vrijednost u kategoriji strategija suočavanja izbjegavanjem pokazali su rezultati za pojedinačna pitanja odlazim na zabavu (tulum) i govorim sebi da se to meni zapravo ne događa što se poklapa sa istraživanjem Milić Babić i Laklija u kojem je navedeno da roditelji manje pribjegavaju izbjegavanju kao vrsti suočavanja (36). No ipak, ako se u ovom istraživanju pogledaju rezultati testiranja kod promatranih faktora koje je provedeno putem Mann-Whitney U testa i Kruskal-Wallis testa vrijednost signifikantnosti za suočavanje izbjegavanjem uočeno je kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$) s razinom podudarnosti od 95%, može se zaključiti kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na obrazovanje ispitanika pri čemu su vrijednosti bile najviše za ispitanike koji imaju magisterij ili doktorat (Tablica 17., Tablica 18. i Tablica 19.). Visokoobrazovana populacija ispitanika više je koristila strategiju suočavanja izbjegavanjem.

Zabilježena je pozitivna korelacija između promatranih varijabli suočavanje izbjegavanjem i skale zadovoljstva životom ($r=0,470$; $p < 0,05$). Prosječni pokazatelji za promatrane faktore ukazuju na određen visoki stupanj korištenja izbjegavanja kao vrste načina suočavanja (suočavanje izbjegavanjem aritmetička sredina iznosi 50,24 uz standardnu devijaciju 9,84), dok je za faktor skale zadovoljstva životom uočena aritmetička sredina koja iznosi 84,79 uz standardnu devijaciju 8,28 što upućuje da su roditelji unatoč prisustvu stresa zadovoljni sa svojim životom. Navedeni rezultati, obzirom da suočavanje izbjegavanjem pozitivno korelira

sa zadovoljstvom života i da ga u većoj mjeri koristi visokoobrazovana populacija navode nas na zaključak da izbjegavanje kao način strategije suočavanjem može biti korisno ukoliko ga se koristi kao kratka stanka, te za pronalazak boljeg, učinkovitijeg i na problem usmjerenog rješenja. S druge pak strane kod roditelja koji koriste u većoj mjeri izbjegavajući način suočavanja uočen je veći roditeljski stres i niži doživljaj roditeljskog zadovoljstva. Dorčić i Ljubešić u svojem istraživanju ističu kako majke djece s cerebralnom paralizom u većoj mjeri koriste suočavanje izbjegavanjem (23). Njihov izvor stresa jest stanje djeteta za koje nema trajno rješenje, te majke suočene s tom činjenicom mogu pribjegavati izbjegavanju kao stilu suočavanja. Strojek i suradnici u svojem istraživanju čiji je cilj bio procijeniti emocionalno stanje roditelja u trenutku započinjanja terapije vlastite djece Vojta metodom u kontekstu tjelesne aktivnosti koju roditelji provode, naveli su da je viša razina anksioznosti i lošije raspoloženje, ali i viša razina zadovoljstva životom bila prisutna kod mlađih ispitanika (≤ 30) (50). Razlog tome smatra se prilagodba životnih planova dolaskom bolesnog djeteta, te da mladim roditeljima su takve prilagodbe teže i mogu stvoriti veće stresno stanje. Posljedica toga može biti osjećaj manje roditeljske kompetentnosti, što je češće prisutno kod mlađih roditelja (50). Osoba koja ima niži stupanj samopercepcije efikasnosti pokušati će izbjeći teške zadatke, a u poteškoćama će brže odustati i manje će ulagati vlastiti trud oko postizanja ciljeva ili akcija i time povećati stres i anksioznost (68).

Istraživanje od Strojek i suradnika uzelo je u obzir i tjelesnu aktivnost roditelja, te je uočeno da su roditelji koji su provodili tjelesnu aktivnost imali značajno manju razinu stresa i anksioznosti u odnosu na majke koje nisu bile fizički aktivne. Loše raspoloženje i niže zadovoljstvo životom bilo je prisutno i kod očeva koji se nisu bavili nikakvom tjelesnom aktivnošću. Istraživanja pokazuju kako tjelesna aktivnost utječe na mentalno zdravlje roditelja, ali i na odabir strategija suočavanja, odnosno na eventualnu namjeru odustajanja od postizanja ciljeva (50). Neka istraživanja pokazala su kako majke bolesne djece često koriste suočavanje izbjegavanjem kako bi smanjile neugodnu emocionalnu napetost i fokusirale se na vlastite emocije. Također, studije navode da je više vjerojatnije da će mlađi roditelji češće koristiti suočavanje usmjereno na problem u nekim općim situacijama kao i u onima koji su povezani s brigom i djetetovim odgojem (50).

Prema tome, može se zaključiti da suočavanje izbjegavanjem svakako utječe na kvalitetu roditeljskog života ovisno o razlogu i kvaliteti njegove primjene. Ukoliko ovaj način suočavanja služi kao kratki predah i dobivanje na vremenu za pronalazak boljeg rješenja, ono može pozitivno djelovati na kvalitetu života.

Kod testiranja razlike promatranih faktora može se uočiti (Tablica 11., Tablica 12. i Tablica 13.) kako suočavanje usmjereno na emocije koriste više žene u odnosu na muškarce (p iznosi manje od 5% $p < 0,05$), što se, bez obzira na mali broj ispitanika muške populacije u ovom istraživanju poklapa s velikim brojem istraživanja koja ukazuju kako ovaj način suočavanja ipak koristi više ženska populacija u odnosu na muškarce. Istraživanja Leutar i Oršulić kao i mnoga druga navode kako majke iz brojnih razloga podliježu emocijama usmjerenom suočavanju (25). Neki od razloga su što majke često preuzimaju brigu i skrb za dijete, te se zbog osjećaja manjka podrške i ograničenja uloge koja je isključivo vezana uz onu roditeljskog karaktera povećava emocionalna bol i osjećaj tereta. Da bi ublažile taj osjećaj pribjegavaju suočavanju usmjerenom na emocije koje se može karakterizirati kroz traženje savjeta, potrebe za razgovorom ili kroz ventilaciju emocija. Uspostava odnosa djeteta i majke na emocionalnoj razini može predstavljati problem za majku, te ona u tom procesu doživljava afirmativne teškoće i teškoće u neovisnosti socijalnog karaktera (problemi u uspavlivanju i hranjenju djeteta, teškoće u uspostavi interakcije s djetetom kroz igru zbog djetetovih teškoća ili čak teškoća u uspostavi interakcije s djetetom od strane majke). Ove teškoće uvelike utječu na kvalitetu života majke, te se one različito rješavaju, a imaju veliki utjecaj u reafirmaciji majčine tradicionalne uloge u obitelji (25). Uloga muškarca u obitelji još je uvijek u odnosu na ulogu majke drugačija, nenametljiva i nepoznata. Do nedavno ni istraživanja nisu pridavala značajnost očevoj figuri u životu djeteta; odnosno o toj temi postoji jako malo istraživanja. Očevi se teško nose sa činjenicom da njihovo dijete ima određene teškoće, ali taj problem racionalno sagledavaju što im otežava emocionalno nadvladavanje (25). Postoje razlike i u načinu suočavanja sa stresom kao i u jačini utjecaja stresa kod roditelja visokorizične dojenčadi u odnosu na roditelje niskorizične dojenčadi. Roditelji (posebno majke) visokorizične dojenčadi navode manjak podrške od strane obitelji, stvaranje osjećaja krivnje i osjećaja da nedovoljno čini za svoje dijete. Zbog dodatne uloge roditelja-terapeuta koju najčešće preuzimaju na sebe majke ograničava ih u roditeljskoj ulozi majke, a povećava razinu stresa i

promjene raspoloženja zbog nadasve velike odgovornosti za razvojni napredak vlastitog djeteta. Ako se uzme u obzir uloga majke kao terapeuta i okolina koja može imati negativan utjecaj na nju (npr. dijeljenje savjeta kako bi majka trebala sa svojim djetetom vježbati i sl.), povećava se njen stres koji potom utječe na neurorazvojni tijek neurorizičnog djeteta. U istraživanju Strojek i suradnika ukazano je između ostalog na visoku razinu stresa i na pojavu određenih simptoma depresije kod majki. Stoga je za vrijeme pristupa (re)habilitaciji važna međusobna podrška partnera, te angažman oba roditelja zbog jačanja veze roditelj djeteta i bliži partnerski odnos što je izuzetno važno u kontinuiranoj terapiji (50). Iako istraživanja navode da usprkos tome što briga i njegovanje neurorizičnog djeteta može imati negativan utjecaj na majku, neke studije ukazuju kako usprkos tome ipak neke majke mogu imati osjećaj zadovoljstva, kontrole nad situacijom, osjećaj dužnosti prema bližnjem, te posebno osjećaj značenja uloženog truda (69).

Deskriptivni pokazatelji za promatrana pitanja pokazuju da su roditelji bili zadovoljni sa radom i odnosom fizioterapeuta, ali i sa napretkom svojeg djeteta što je u skladu i sa dobivenim statističkim rezultatima vezanim uz zadovoljstvo života ispitanika čiji su rezultati za pojedinačna promatrana pitanja bili u porastu. Najnižu vrijednost za promatrana pitanja bilježi pitanje: jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta pri čemu aritmetička sredina iznosi 1,07, a standardna devijacija iznosi 0,25 (Tablica 9.). Rezultati testiranja kod promatranih pitanja provedeno Fisherovim egzaktnim testom ukazuju da je mlađa populacija bila sklonija odustati od vježbi po Vojta metodi. Uočena je statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika pri čemu p vrijednost iznosi $p < 0,05\%$ (Tablica 25.). Većina roditelja nakon početnog šoka tijekom prikupljenih informacija izabire aktivno suočavanje i planiranje (50). To su strategije koje pripadaju suočavanju usmjerenom na problem. Ova vrsta proaktivnih strategija bira se kada se može predvidjeti poboljšanje situacije. Roditelji kada započinju terapiju po Vojta metodi očekuju poboljšanje funkcionalnog statusa svojeg djeteta, pa mnogi koriste strategije usmjerene na akciju; odnosno problem (50). Kao što je već navedeno, istraživanja pokazuju različite rezultate suočavanja sa stresnim situacijama kod roditelja što ovisi o mnogobrojnim čimbenicima, a između ostalog o djetetovoj dijagnozi, pristupu stručnjaka i vrsti terapije. U sklopu toga ključnu ulogu u odabiru i prihvaćanju određenog terapijskog tretmana imaju stručnjaci koji se bave ranom intervencijom (Iliječnici,

fizioterapeuti, ali i ostali tim s područja rane intervencije). Njihovo znanje i prezentacija o Vojta metodi kao vrsti terapije, te u konačnici, njihovi stavovi o njoj imaju utjecaj na percepciju roditelja i njihovu konačnu odluku. Tim više što suvremena fizioterapija nudi brojne mogućnosti i fizioterapijske tretmane za rad s djecom (50). Specifičnost Vojta metode u radu s dojenčadi i manjom djecom obično uključuje njihovo protivljenje, vrištanje, te nelagodu koja se osjeća za vrijeme terapije (50). Ovakva specifična situacija ima značajan utjecaj na osjećaje stavove roditelja. Brojne studije ukazuju na visoku učinkovitost Vojta metode, ali i sve većem poznavanju roditelja iste, no unatoč tome, ona još uvijek izaziva zabrinutost i nelagodne emocije. Emocionalno stanje roditelja ima važnu ulogu u procesu (re)habilitacije dojenčadi, ali i ostale djece s neurorizikom (50). Ispravno odgovaranje na djetetove zahtjeve, potrebe i sposobnosti dio su roditeljske podrške djetetu i utječu na njegovo poboljšanje u neurorazvoju. Na djetetov razvoj ima utjecaj pozitivna adaptacija, situacija okoline u kojoj boravi, roditeljska staloznost, atmosfera i povjerenje (68). Zadovoljavanje emocionalnog djetetovog razvoja ovisi i o stavovima i ponašanju roditelja, a manji utjecaj imaju razvojne teškoće djeteta (68). Roditelji se nalaze u situaciji koja zahtjeva ispunjenje najmanje triju uloga u djetetovom životu: uloga roditelja, uloga roditelja-terapeuta i uloga roditelja-njegovatelja. S druge strane, dok teže ka kontroli situacije pokušavaju održavati obiteljsku kohezivnost i ravnotežu. Ovi razlozi mogu pripomoći u pogoršanju psihofizičkog stanja roditelja što ima negativan učinak na kvalitetu pružene skrbi (50). Veći roditeljski osjećaj kompetentnosti u zadacima odgoja rezultirat će pozitivnijom percepcijom vlastitog djeteta, te će i dijete biti zadovoljnije (68). Pri tome se ne smije zaboraviti na prisutnost subjektivnog osjećaja kompetencije koji može stvoriti neželjene učinke po pitanju roditeljske samopercepcije. Roditelji mogu imati osjećaj da nisu dovoljno kompetentni (primjerice u vježbanju s djetetom, ali i općenito), te se počinju povlačiti i podcjenjivati svoje kapacitete što negativno utječe na zadovoljstvo života pojedinca. Već je ranije bilo spomenuto da su neke studije navele da mlađi roditelji imaju veći stres ukoliko se moraju suočiti s promjenama životnih planova zbog rođenja neurorizičnog djeteta (50). Smatra se da takva situacija dovodi do osjećaja niže roditeljske kompetencije (50). Iz ove perspektive osjećaj kompetentnosti ima značajnu ulogu u percepciji zahtjevnosti i doživljaju stresnosti roditelja u njihovoj primarnoj ulozi roditelja i u ulozi roditelja-terapeuta, te je ista odraz kvalitete života pojedinca i njegove obitelji. Obzirom da su dobiveni rezultati zadovoljstva životom bili visoki (iznad očekivanog) može se zaključiti da na kvalitetu života bitno utječe i percepcija vlastite kompetencije koja pokazuje visoku korelaciju sa

zadovoljstvom života (68). Utjecaj na kvalitetu života ima i samopouzdanje i zadovoljstvo životom. Da bi se pojedinac koliko-toliko prilagodio određenim situacijskim zahtjevima potrebno je ispuniti navedene kriterije. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da roditelji koji su imali višu vrijednost zadovoljstva životom u većoj su mjeri koristili strategiju suočavanja usmjerenu na problem. Kvalitetan odnos u braku, međusobna podrška partnera, osjećaj kompetentnosti i zadovoljstvo u ulozi roditelja, te ostali kvalitetni čimbenici doprinose da se roditelji lakše i efikasnije nose sa određenim poteškoćama.

Pretpostavka prve hipoteze ovog istraživanja u kojoj je očekivano da strategije suočavanja sa stresom neće biti povezane s percepcijom kvalitete života kod roditelja s dojenčadi u ranoj intervenciji po Vojta metodi s obzirom na spol, dob i obrazovanje nije dokazana. Istraživanje je pokazalo da su strategije suočavanja sa stresom povezane sa percepcijom kvalitete života, te roditelji koriste sva tri načina suočavanja sa stresom, ali ne u jednakoj mjeri. Neke strategije suočavanja su izraženije; odnosno strategije izbjegavanja i strategije usmjerene na problem su kod roditelja izraženije i više roditelja koristi ova dva načina suočavanja. Zanimljivo je da je suočavanje izbjegavanjem u pozitivnoj korelaciji sa zadovoljstvom života, što znači da ovaj način suočavanja sa stresom nema nužno negativni utjecaj na kvalitetu života već obratno, ali bi se svakako trebao ispitati razlog i duljina trajanja takvog načina suočavanja. Kada se pogledaju ostali rezultati koji ukazuju kako suočavanje izbjegavanjem koriste visokoobrazovani ispitanici, postoji mogućnost da ju koriste kao kratki predah dok ne nađu bolje rješenje za određenu situaciju. Suočavanje usmjereno na emocije više koriste ispitanici ženskog spola. Druga hipoteza u kojoj se očekivalo da je percepcija zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta negativno povezana s njihovom percepcijom kvalitete života s obzirom na dob, spol i obrazovanje je djelomično potvrđena i to u odnosu na dob roditelja. Rezultati su pokazali da su mlađi ispitanici imali veću namjeru odustati od vježbi po Vojta metodi, što znači da percepcija zahtjevnosti i stresnosti roditeljske uloge kao terapeuta negativno utječe na njihovu percepciju kvalitete života. Roditeljska uloga i uloga roditelja kao terapeuta doista su zahtjevne uloge i međusobno se isprepliću opterećujući ne samo pojedinca i njegovu kvalitetu života, već utječu i na sve dimenzije obiteljske sfere i ono najvažnije: mogu utjecati i na odnos djeteta-roditelj.

Potrebno je uzeti u obzir emocionalno i psihičko stanje roditelja u fazi počinjanja terapije po Vojta metodi kako bi se ista pravilno primijenila, a ciljevi fizioterapijskog programa bili adekvatno ostvareni. Pružanjem psihološke potpore roditeljima (savjeti, edukacija...) koji sa svojim djetetom započinju terapiju po Vojta metodi postiže se primjer dobre prakse, a to je da je dobrobit obitelji i njihovog djeteta u središtu rane intervencije.

5.1. Ograničenja istraživanja

U ovo istraživanje uključen je premali broj ispitanika, a posebno muških ispitanika. Razlog tome je što još uvijek očevi nisu u dovoljnoj mjeri zastupljeni u ranoj intervenciji, te imaju sporedne uloge u odnosu na majke. Osim kliničke prakse i istraživanja ukazuju na premalu zastupljenost očeva u ranoj intervenciji. U ograničenja se može svrstati i problem dijagnoza; odnosno u obzir se nije uzimala vrsta neurorizika (visok ili nizak neurorizik), već je naglasak bio na dobi. Potrebno je naglasiti da je moguća neiskrenost ispitanika, tako da interpretaciju rezultata treba usporediti s ostalim istraživanjima koja na ovu temu postoje ili sa istraživanjima koja opisno i tematski odgovaraju ovoj temi istraživanja. Istraživanje je provedeno u jednom kratkom vremenskom intervalu i neki od ispitanika su bili na početku Vojta terapije, a kako bi se rezultati pokazali što relevantnijim ipak je potreban određen vremenski period kako bi se vidjela eventualna emocionalna i psihološka promjena ispitanika. Motivacija je izrazito važan faktor kod roditelja i svakako je ona viša kod roditelja koji su sami zahtijevali da uđu u (re)habilitacijski postupak po Vojta metodi u odnosu na roditelje koji su „primorani“ prihvatiti tu metodu kao jedini mogući odgovarajući tretman za boljitak njihovog djeteta. Njihove strategije suočavanja će se vjerojatno razlikovati u samom početku pristupa toj zahtjevnoj metodi, što ujedno ne znači kako one neće biti podložne kasnijim emocionalnim promjenama kako će tijek terapije biti možda zahtjevniji. Njihova promjena može postati ovisna i o napretku djeteta. Pozitivni tijek motoričkog napretka kod djeteta roditelje može motivirati da ustraju u vježbama. Obzirom da je ovo istraživanje ograničeno i sa dojenačkom dobi od godinu dana, mi ne možemo govoriti o većim zahtjevnostima problema s kojima se roditelji susreću i kakav dugoročni utjecaj ima na obitelj. Možemo govoriti samo o utjecaju stresa i pokušaju prilagodbe na trenutno stanje.

Tema je osjetljive naravi i izuzetno je veliki raspon mogućnosti da se ona dodatno i učinkovito istraži sa dodatnim i objektivnijim istraživačkim alatima kako bi se nadogradila istraživačka saznanja o primjeni Vojta metode kod neurorizične djece.

6. ZAKLJUČAK

Rana intervencija sveobuhvatan je pojam usmjeren na cijelu obitelj, te obuhvaća postupke (re)habilitacijskog sadržaja. Ona je proces koji bi trebao obuhvatiti postupke multidisciplinarnog tima i doprinijeti napretku neurorizičnog djeteta, a pri tome sačuvati stabilnost, dinamiku i koheziju obitelji. Postoje brojne metode koje se danas primjenjuju u ranoj intervenciji, a pripadaju fizioterapiji koja sačinjava bitnu okosnicu u (re)habilitaciji neurorizične djece. Jedna od takvih metoda je Vojta metoda koja je ujedno i koncept znanstveno i empirijski potkrijepljen. Zbog svoje specifičnosti zahtjeva dobru pripremu roditelja kao i njihovo konstantno praćenje tijekom samostalnog rada u kućnim uvjetima. Rezultati istraživanja su pokazali da su roditelji neurorizične djece koja su podvrgnuta (re)habilitacijskim postupcima pod utjecajem brojnih stresnih čimbenika, te da koriste različite načine strategija suočavanja sa stresom koji utječu i na kvalitetu osobnog i obiteljskog života. Vojta metoda je jedan od faktora koji utječe na emocionalno i psihološko stanje roditelja, te kao takva može imati utjecaj na kvalitetu života roditelja kao pojedinca i cijele obitelji.

7. LITERATURA

1. Ferreira RC, Alves CRL, Guimarães MAP, Menezes KKP, Magalhães LC. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. *J. Pediatr.* (Rio J.) 2020 Jan-Feb;96(1):20-38.
2. Matijević V, Karšaj JM. Neurorizično dijete. *Fiz. rehabil. med.* [Internet]. 2015;27 (1-2):133-142.
3. Matijević V, Šečić A, Šafran I. Procjena razlika učinkovitosti programa neurorazvojne stimulacije u stacionarnim i ambulantnim uvjetima. *Fiz. rehabil. med.* [Internet]. 2016; 28 (1-2): 181-192.
4. Ljutić T, Oreb IJ, Nikolić B. Učinak ranog integracijskog programa na motorički razvoj djeteta s neurorazvojnim rizikom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja.* [Internet]. 2012; 48 (2): 55-65.
5. Pinjatela R, Oreb IJ. Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja.* [Internet]. 2010; 46 (1): 80-102.
6. Hadders-Algra M. Early Diagnostics and Early Intervention in Neurodevelopmental Disorders-Age-Dependent Challenges and Opportunities. *J Clin Med.* 2021 Feb 19; 10(4):861.
7. Hadders-Algra M, Heineman KR, Bos AF, Middelburg KJ. The assessment of minor neurological dysfunction in infancy using the Touwen Infant Neurological Examination: strengths and limitations. *Dev Med Child Neurol.* 2010 Jan; 52 (1):87-92.
8. Treyvaud K, Anderson VA, Lee KJ, Woodward LJ, Newnham C, Inder TE, Doyle LW, Anderson PJ. Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *J Pediatr Psychol.* 2010 Aug;35(7):768-77.
9. Shah PE, Robbins N, Coelho RB, Poehlmann J. The paradox of prematurity: the behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. *Infant Behav Dev.* 2013Feb;36(1):50-62.
10. Ji X, Wu C, Chen M, Wu L, Li T, Miao Z, Lv Y, Ding H. Analysis of risk factors related to extremely and very preterm birth: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Nov 5;22(1):818.

11. Bucci S, Bevilacqua F, De Marchis C, Coletti MF, Gentile S, Dall'Oglio AM. Learning Abilities in a Population of Italian Healthy Preterm Children at the End of Primary School. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct; 17(20):7599.
12. Milardović A, Bilić Čače I, Smrkulj D. Dugoročne komplikacije prijevremenog poroda. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2021; 57(3):228-235. ...
13. Iantosca JAM, Stewart SL. Evaluation of the InterRAI Early Years for Degree of Preterm Birth and Gross Motor Delay. *Front Psychol*. 2022 Feb 22;13:788290.
14. Bertsch M, Reuter C, Czedik-Eysenberg I, Berger A, Olischar M, Bartha-Doering L, Giordano V. The „Sound of Silence“ in a Neonatal Intensive Care Unit-Listening to Speech and Music Inside an Incubator. *Front Psychol*. 2020 May 26;11:1055.
15. Pickler RH, McGrath JM, Reyna BA, McCain N, Lewis M, Cone S, Wetzel P, Best A. A model of neurodevelopmental risk and protection for preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2010 Oct-Dec;24(4):356-65.
16. Ptak A, Dębiec-Bąk A, Stefańska M. Assessment of Viscoelastic Parameters of Muscles in Children Aged 4-9 Months with Minor Qualitative Impairment of the Motor Pattern after Vojta Therapy Implementation. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2022 19(16):10448.
17. Čizmić I, Rogulj J. Plastičnost mozga i kritična razdoblja-implikacije za učenje stranoga jezika. *Zbornik radova Veleučilišta u Šibeniku*. [Internet]. 2018 1-2:115-126.
18. Power JD, Schlaggar BL. Neural plasticity across the lifespan. *Wiley Interdiscip Rev Dev Biol*. 2017 Jan;6(1):10.1002/wdev.216.
19. Kourosh-Arami M, Hosseini N, Komaki A. Brain is modulated by neuronal plasticity during postnatal development. *J Physiol Sci*. 2021 Nov 17;71(1):34.
20. Babić V, Vučetić V, Sukreški M. Specifičnosti senzomotoričkog razvoja djeteta do 30 mjeseci starosti. U: Jukić I, Gregov C, Šalaj S, Milanović L, Wertheimer V. *Zbornik radova 11. godišnje međunarodne konferencije Kondicijska priprema sportaša. Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu; Udruga kondicijskih trenera Hrvatske, 2013. str. 513-517.*
21. Andropoulos DB. Effect of Anesthesia on the Developing Brain: Infant and Fetus. *Fetal Diagn Ther*. 2018;43(1):1-11.
22. Vlah N, Ferić M, Raguz A. Nepovjerenje, spremnost i nelagoda roditelja djece s teškoćama u razvoju prilikom traženja socijalno-stručne pomoći. *Jahr* [Internet]. 2019;10(1):75-97.

23. Martinac Dorčić T, Ljubešić M. Psihološka prilagodba roditelja na dijete s kroničnom bolesti. Društvena istraživanja [Internet]. 2009; 18(6 (104)):1107-1129.
24. Milić Babić M, Franc I, Leutar Z. Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 2013; 20(3):453-480.
25. Leutar Z, Oršulić V. Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. Revija za socijalnu politiku [Internet]. 2015; 22(2):153-176.
26. Vukojević M, Grbavac D, Petrov B, Kordić M. Psihološka prilagodba na kronični stres roditelja djece s intelektualnim teškoćama. Liječnički vjesnik [Internet]. 2012; 134(11-12).
27. Kårstad SB, Bjørseth Å, Lindstedt J, Brenne AS, Steihaug H, Elvrum AG. Parental Coping, Representations, and Interactions with Their Infants at High Risk of Cerebral Palsy. J Clin Med. 2022 Dec 29;12(1):277.
28. Høifødt RS, Nordahl D, Landsem IP, Csifcsák G, Bohne A, Pfuhl G, Rognmo K, Braarud HC, Goksøyr A, Moe V, Slinning K, Wang CEA. Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). BMC Psychiatry. 2020 Jun 15;20(1):300.
29. Pinjatela R. Samoregulacija u ranom djetinjstvu. Paediatrica Croatica. 2012; 56:237-242.
30. Festante F, Antonelli C, Chorna O, Corsi G, Guzzetta A. Parent-Infant Interaction during the First Year of Life in Infants at High Risk for Cerebral Palsy: A Systematic Review of the Literature. Neural Plast. 2019 Apr 15;2019:5759694.
31. Røhder K, Willerslev-Olsen M, Nielsen JB, Greisen G, Harder S. Parent-Infant Interactions Among Infants With High Risk of Cerebral Palsy: A Protocol for an Observational Study of Infant and Parental Factors for Dyadic Reciprocity. Front Psychiatry. 2021 Sep 29;12:736676.
32. Provenzi L, Lindstedt J, De Coen K, Gasparini L, Peruzzo D, Grumi S, Arrigoni F, Ahlqvist-Björkroth S. The paternal Brain in Action: A Review of Human Fathers' fMRI Brain Responses to Child-Related Stimuli. Brain Sci 2021 Jun 20;11(6):816.
33. Buisman RSM, Alyousefi-van Dijk K, De Waal N, Kesarlal AR, Verhees MWFT, van IJendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fathers' sensitive parenting enhanced by prenatal video-feedback: a randomized controlled trial using ultrasound imaging. Pediatr Res. 2023 Mar;93(4):1024-1030.

34. Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Father's brain is sensitive to childcare experiences. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014 Jul 8;111(27):9792-7.
35. Aytuglu A, Brown GL. Pleasure in parenting as a mediator between fathers' attachment representations and paternal sensitivity. *J Fam Psychol*. 2022 Apr;36(3):427-437.
36. Milić Babić M, Laklija M. Strategije suočavanja kod roditelja djece predškolske dobi s teškoćama u razvoju. *Socijalna psihijatrija [Internet]*. 2013; 41(4):215-225.
37. Algorani EB, gupta V. *Coping Mechanisms [Internet]*. StatPearls Publishing, TreasureIsland (FL).
38. Vundać P. Mehanizmi suočavanja sa stresom kod roditelja djece s teškoćama u razvoju [diplomski rad]. [Zagreb]: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2021. 25 p.
39. Kostelić-Martić A. *Napadaj panike ili neka teška bolest?*. Zagreb: Medicinska naklada; 2023.
40. Zakon o socijalnoj skrbi, 2013., čl. 84, st. 1 i 2. Dostupno na:
https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_12_157_3289.html
41. Matijaš T, Ivšac Pavliša J, Ljubešić M. Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu. *Paediatrica Croatica [Internet]*. 2014; 58(4):303-309.
42. Košiček T, Kobetić D, Stančić Z, Joković Oreb I. Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja [Internet]*. 2009; 45(1).
43. Fan J, Wang J, Zhang X, He R, He S, Yang M, Shen Y, Tao X, Zhou M, Gao X, Hu L. A home-based, post-discharge early intervention program promotes motor development and physical growth in the early preterm infants: a prospective, randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2021 Apr 7;21(1):162.
44. Espe-Sherwindt M. Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support Learn*. 2008;23(3):136-143.
45. Skočilić Kotnik S. Vojta princip u rehabilitaciji djece s neurorazvojnim poremećajima. *Paediatr Croat*. 2012;56(1):227-231.
46. Matijević V, Marunica Karšaj J. Smjernice (re)habilitacije djece s neurorazvojnim poremećajima. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina [Internet]*. 2015; 27(3-4):302-329.

47. Büchner S, Gibas C, Brück R, Nemcová N, Müller W, Schürholz K. Wearable Pressure Sensing for Vojta Therapy Guidance. *Current Directions in Biomedical Engineering*. 2020;6(3).
48. Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti M-C, Steiner T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. *Neurological Research and Practice* 2(23).
49. Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H. Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. *J Phys Ther Sci*. 2017 Feb;29(2):301-306.
50. Strojek K, Wójtowicz D, Kowalska J. Assessment of the Emotional State of Parents of Children Starting the Vojta Therapy in the Context of the Physical Activity-A Pilot Study. *Int Environ Res Public Health*. 2022 Aug 27;19(17):10691.
51. Dirks T, Hadders-Algra M. The role of the family in intervention of infants at high risk of cerebral palsy: systematic analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2011 Sep;53 Suppl 4:62-7.
52. Demarin Hrnkaš I. Rana intervencija nekad i sad. *Logopedija*. [Internet]. 2019; 9(1):23-27.
53. Kovač B. Mjerenje kvalitete života vezane uz zdravlje kao mjerilo uspješnosti zdravstvene skrbi. *Zdravstveni glasnik* [Internet]. 2017; 3(1):86-93.
54. García-Grau P, McWilliam RA, Martínez-Rico G, Morales-Murillo C. Child, Family, and Early Intervention Characteristics Related to Family Quality of Life in Spain. *Journal of Early Intervention*, 2018; 41(1):44-61.
55. Ali U, Bharuchi V, Ali NG, Jafri SK. Assessing the Quality of Life of Parents of Children With Disabilities Using WHOQoL BREF During COVID-19 Pandemic. *Front Rehabil Sci*. 2021 Aug 13;2:708657.
56. Boelsma F, Bektas G, Wedsdorp CL, Seidell JC, Dijkstra SC. The perspectives of parents and healthcare professionals towards parental needs and support from healthcare professionals during the first two years of children's lives. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021 Dec;16(1):1966874.
57. Sorić I. Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS).U: Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z, ur. *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*. Zadar: Filozofski fakultet u Zadru, 2002.
58. Penezić Z. Zadovoljstvo životom u adolescentnoj dobi. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*. 2006;4-5(84-85).

59. Penezić Z. Skala zadovoljstva životom. U: Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z, ur. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Zadar: Filozofski fakultet u Zadru, 2002.
60. Romero-Galisteo RP, Gálvez-Ruiz P, Blanco-Villaseñor A, Rodríguez-Bailón M, González-Sánchez M. What families really think about the quality of early intervention centers: a perspective from mixed methods. *PeerJ* 2020 Oct 20.
61. Landsem IP, Handegård BH, Ulvund SE, Kaaresen PI, Rønning JA. Early intervention influences positively quality of life as reported by prematurely born children at age nine and their parents; a randomized clinical trial. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 Feb 22;13:25
62. Coleman PK, Hildebrandt K. Parenting Self-Efficacy among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates. *Family Relations*. 2000 Jan; 49 (1): 13-24.
63. Jurić A. Neke odrednice roditeljskog doživljaja kompetentnosti roditelja djece vrtićke dobi [diplomski rad]. [Zagreb]: Hrvatski studiji, Sveučilište u Zagrebu; 2018.
64. Morgan C, Badawi N, Novak I. „A Different Ride“: A Qualitative Interview Study of Parents' Experience with Early Diagnosis and Goals, Activity, Motor Enrichment (GAME) Intervention for Infants with Cerebral Palsy. *J Clin Med*. 2023 Jan 11;12(2):583.
65. Baird G, McConachie H, Scutcheon D. Parents' perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. *Arch Dis Child*. 2000 Dec; 83(6):475-480.
66. Ćorić A. Odnos lokusa kontrole, suočavanja sa stresom i stavova prema traženju psihološke pomoći kod studenata [diplomski rad]. [Osijek]: Filozofski fakultet, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; 2019.
67. DeHoff BA, Staten LK, Rodgers RC, Denne SC. The Role of Online Social Supporting and Educating Parents of Young Children With Special Health Care Needs in the United States: A Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2016 Dec 22;18(12):e333.
68. Fulgosi-Masnjak R, Gustović-Ercegovac A, Igrić Lj. Povezanost između nekih dimenzija percepcije vlastite kompetencije i trajnog stresa niskog intenziteta kod roditelja djece usporenog kognitivnog razvoja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja [Internet]*. 1998;34(1):47-60.
69. Verberne LM, Kars MC, Schouten-van Meeteren AYN, van den Bergh EMM, Bosman DK, Colenbrander DA, Grootenhuis MA, van Delden JJM. Parental experiences and coping strategies when caring for a child receiving paediatric palliative care: a qualitative study. *Eur J Pediatr*. 2019 Jul;178(7):1075-1085.

8. PRIVITCI

PRIVITAK A: POPIS ILUSTRACIJA

Popis slika

Slika 1. Dob ispitanika.....	35
Slika 2. Spol ispitanika	36
Slika 3. Obrazovanje ispitanika	36
Slika 4. Bračni status ispitanika	37
Slika 5. Radni odnos ispitanika	37
Slika 6. Ukupan broj djece ispitanika.....	38

Popis tablica

Tablica 1. Sociodemografski pokazatelji.....	34
Tablica 2. Dob djeteta koji pohađa vježbe po Vojta metodi (kronološka i korigirana dob djeteta).....	38
Tablica 3. Spol djece	39
Tablica 4. Prikaz dijagnoze djece	40
Tablica 5. Prikaz termina rođenja djece	41
Tablica 6. Prosječni pokazatelji za korigiranu i kronološku dob.....	42
Tablica 7. Deskriptivni prikaz odgovora ispitanika na pitanja o suočavanju sa stresnim situacijama	42
Tablica 8. Prikaz odgovora ispitanika na pitanja koja se odnose na zadovoljstvo životom prikazana na skali zadovoljstva životom	52
Tablica 9. Prikaz odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu Vojta tretmana.....	57

Tablica 10. Prikaz deskriptivnih pokazatelja za promatrane faktore podljestvica suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom	59
Tablica 11. Prikaz usporedbe dobivenih rezultata podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na spol.....	61
Tablica 12. Rangovi podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na spol.....	61
Tablica 13. Testna statistika ^a podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom kod spolova.....	62
Tablica 14. Prikaz usporedbe dobivenih rezultata podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na dob	63
Tablica 15. Rangovi podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na dob	63
Tablica 16: Testna statistika ^{a,b} podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na dob	64
Tablica 17. Prikaz usporedbe dobivenih rezultata podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na obrazovanje	64
Tablica 18. Rangovi podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na obrazovanje	65
Tablica 19. Testna statistika ^{a,b} podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom s obzirom na obrazovanje	66
Tablica 20. Prikaz rezultata korelacijske analize za utvrđivanje statistički značajne korelacije između varijabli podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama i skale zadovoljstva životom	66
Tablica 21. Prikaz rezultata regresijske analize za kriterij zadovoljstva životom	67
Tablica 22. Sažetak modela sa vrijednosti korelacije protumačenosti modela iz standardne greške procjene	68
Tablica 23. Prikaz rezultata povezanosti varijabli podljestvica upitnika suočavanja sa stresnim situacijama sa skalom zadovoljstva životom	68
Tablica 24. Usporedba odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu ispitanika s Vojta tretmanom s obzirom na spol.....	69
Tablica 25. Usporedba odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu ispitanika s Vojta tretmanom s obzirom na dob	72
Tablica 26. Usporedba odgovora ispitanika na pitanja o kvaliteti rada Vojta terapeuta, partnerskoj podršci, utjecaju Vojta tretmana na emocije roditelja i iskustvu ispitanika s Vojta tretmana s obzirom na obrazovanje	74

PRIVITAK B: ANKETNI UPITNIK

Lista ispred Vas sadrži tvrdnje koje opisuju reakcije ljudi na različite životne teškoće, stresove ili uznemirujuće situacije. Molimo Vas da uz svaku tvrdnju zaokružite broj i to onaj koji pokazuje u kojoj mjeri Vi obično koristite taj tip aktivnosti/ponašanja kad se susretnete sa stresnom ili uznemiravajućom situacijom. Brojevi označavaju sljedeće:

- 1 – uopće ne
- 2 – pretežno ne
- 3 – i da i ne
- 4 – pretežno da
- 5 – u potpunosti da

Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama

	Uopće ne	Pretežno ne	I da i ne	Pretežno da	U potpunosti da
Bolje planiram vrijeme	1	2	3	4	5
Usmjerim se na problem da vidim kako bi ga riješio/la.	1	2	3	4	5
Mislim o dobrim stvarima koje su se dogodile.	1	2	3	4	5
Nastojim biti s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
Prekoravam se zbog odugovlačenja.	1	2	3	4	5
Činim ono što mislim da je najbolje.	1	2	3	4	5
Zakupljen/a sam brigama i problemima.	1	2	3	4	5
Predbacujem sebi što sam se doveo/la u takvu situaciju.	1	2	3	4	5
Razgledavam izloge.	1	2	3	4	5
Izdvajam ono što mi je najbitnije.	1	2	3	4	5
Pokušavam to prespavati.	1	2	3	4	5
Častim se omiljenim jelom i pićem.	1	2	3	4	5
Strepim zbog nesposobnosti suočavanja s problemima.	1	2	3	4	5
Postajem jako napet/a.	1	2	3	4	5

Mislim o tome kako sam riješio/la slične probleme.	1	2	3	4	5
Govorim sebi da se to meni zapravo ne događa.	1	2	3	4	5
Prekoravam se što situaciju previše emocionalno doživljam.	1	2	3	4	5
Izlazim na piće i jelo.	1	2	3	4	5
Postajem jako uznemiren/a.	1	2	3	4	5
Kupim nešto za sebe.	1	2	3	4	5
Odredim što ću učiniti i to činim.	1	2	3	4	5
Prekoravam se da ne znam što mi je činiti.	1	2	3	4	5
Odlazim na zabavu (tulum, party).	1	2	3	4	5
Radim na objašnjenju situacije.	1	2	3	4	5
„Sledim se“ i ne znam što radim.	1	2	3	4	5
Odmah pokušavam popraviti stvari.	1	2	3	4	5
Razmišljam o događaju i učim na vlastitim greškama.	1	2	3	4	5
Posjećujem prijatelja.	1	2	3	4	5
Brinem o onome što moram učiniti.	1	2	3	4	5
Provodim vrijeme s osobom koju cijenim.	1	2	3	4	5
Idem prošetati.	1	2	3	4	5
Govorim sebi da se ovo više nikad neće ponoviti.	1	2	3	4	5
Usredotočim se na svoje glavne nedostatke.	1	2	3	4	5
Razgovaram s nekim čiji savjet cijenim.	1	2	3	4	5
Analiziram problem prije nego reagiram.	1	2	3	4	5
Telefoniram prijatelju.	1	2	3	4	5
Naljutim se.	1	2	3	4	5
Mijenjam redoslijed onog što mi je najbitnije.	1	2	3	4	5
Idem u kino. (pogledam film).	1	2	3	4	5
Kontroliram situaciju.	1	2	3	4	5
Dodatno se trudim srediti stvari.	1	2	3	4	5
Nalazim nekoliko različitih rješenja problema.	1	2	3	4	5
Isključujem se i izbjegavam situaciju.	1	2	3	4	5
Iskalim se na drugim ljudima.	1	2	3	4	5

Iskoristim situaciju da dokažem kako to mogu učiniti.	1	2	3	4	5
Organiziram se tako da mogu vladati situacijom.	1	2	3	4	5
Gledam TV.	1	2	3	4	5

Ispred Vas se nalaze određene tvrdnje koje se odnose na procjenu Vašeg života. Molimo Vas da što iskrenije odgovorite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih. Uz svaku tvrdnju označite odgovarajući broj. Koristite pri tome skalu na kojoj brojevi imaju sljedeća značenja:

- 1 – uopće se ne slažem
- 2 – uglavnom se ne slažem
- 3 – niti se slažem, niti se ne slažem
- 4 – uglavnom se slažem
- 5 – u potpunosti se slažem

Skala zadovoljstva životom

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
U više aspekata moj život je blizak idealnom.	1	2	3	4	5
Uvjeti moga života su izvrsni.	1	2	3	4	5
Zadovoljan/na sam svojim životom.	1	2	3	4	5
Do sada imam sve važne stvari koje sam želio/željela u životu.	1	2	3	4	5
Kada bih ponovno živio/la svoj život ne bih mijenjao/la gotovo ništa.	1	2	3	4	5
Sve u svemu ja sam jako sretna osoba.	1	2	3	4	5

Život mi donosi puno zadovoljstva.	1	2	3	4	5
Ja se općenito dobro osjećam.	1	2	3	4	5
Mislim da sam sretna osoba.	1	2	3	4	5
® U cjelini gledajući ja sam manje sretan/na od drugih ljudi.	1	2	3	4	5
® Često sam utučen/na i žalostan/na.	1	2	3	4	5
Mislim da sam sretan/na barem koliko i drugi ljudi.	1	2	3	4	5
Moja budućnost izgleda dobro.	1	2	3	4	5
Zadovoljan/na sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	1	2	3	4	5
Što god da se desi mogu vidjeti i svijetlu stranu.	1	2	3	4	5
Uživam živjeti.	1	2	3	4	5
Moj mi se život čini smislen.	1	2	3	4	5

® - čestice koje se obrnuto boduju

Molimo Vas da sada odgovorite i na sljedeće tvrdnje, zaokruživši pri tome odgovarajući broj uz svaku od njih. Brojevi imaju sljedeće značenje:

- 1 – nikada mi se to nije dogodilo
- 2 – rijetko mi se to događa
- 3 – to mi se događa i ne događa
- 4 – često mi se to događa
- 5 – uvijek mi se to događa

Da li Vam se u posljednjih nekoliko tjedana dogodilo....

Da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli	1	2	3	4	5
Da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole	1	2	3	4	5
Da ste se osjećali potpuno sretni	1	2	3	4	5

Roditelji često navode kako se susreću s nizom problema tijekom perioda vježbanja po Vojta metodi. Molim Vas da zaokružite jedan broj koji najbolje opisuje raspon problema s kojima se susrećete.

Dodatna pitanja

	Uopće ne	Malo	Prilično	Često	Jako često
Vježba li umjesto Vas partner/ica umjesto Vas kada ste spriječeni?	1	2	3	4	5
Jeste li zadovoljni s odnosom i načinom rada Vašeg fizioterapeuta?	1	2	3	4	5
Uznemirava li Vas plač Vašeg djeteta kada plače na vježbama?	1	2	3	4	5
Vidite li napredak svoga djeteta?	1	2	3	4	5
Jeste li htjeli odustati od vježbi po Vojta metodi?	1	2	3	4	5
Osjećate li strah kada morate kod kuće vježbati s djetetom Vojtu bez prisustva Vojta terapeuta?	1	2	3	4	5
Imate li poteškoća sa umirivanjem Vašeg djeteta nakon vježbi po Vojta metodi?	1	2	3	4	5
Smatrate li da su vježbe po Vojta metodi	1	2	3	4	5

emotivno prezahtjevne za Vas?					
Jeste li osjetili potrebu potražiti mišljenje drugog Vojta terapeuta?	1	2	3	4	5
Podržava li Vas obitelj u nastojanju oko vježbi po Vojta metodi?	1	2	3	4	5

Vaša dob: _____

Spol: M Ž

Obrazovanje:	Bračni status (moguće više odgovora):
a) osnovna škola	a) u braku
b) srednja škola	b) neoženjen/neoženjena
c) viša ili visoka škola	c) razveden/razvedena
d) magisterij ili doktorat	d) udovica/udovac
	e) u izvanbračnoj vezi

Radni odnos:

do 5 godina

od 6 do 15 godina

od 16 do 30 godina

više od 31 godinu

Koliko imate djece: _____

Dob djeteta koji pohađa vježbe po Vojta metodi (ovdje napisati kronološku i korigiranu dob djeteta): _____

Spol djeteta: M Ž

Dijagnoza djeteta (jedna ili više njih):

Rođeno u terminu:

DA NE

U kojem tjednu trudnoće je rođeno Vaše dijete?

(odgovaraju samo oni čije dijete je rođeno prije 39. tjedna trudnoće)

9. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1985. godine u Zagrebu. Završila sam srednju školu za medicinske sestre u Vinogradskoj u Zagrebu 2004. godine. Nakon odrađenog pripravničkog staža za medicinske sestre položila sam stručni ispit 2009. godine. Upisala sam preddiplomski studij fizioterapije na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, završivši ga 2013. godine. Odradila sam pripravnički staž, te se nakon njega zaposlila u poliklinici Zlatni cekin u Slavonskom Brodu gdje i danas radim. Tijekom svojeg radnog iskustva educirala sam se najviše iz područja dječjeg neurorazvoja u području fizioterapije (Vojta koncept, Senzorna integracija u radu s dojenčadi, PNF-Proprioceptivna neuromuskularna facilitacija i dr.), a iz područja psihoterapije završila sam Uvodnu edukaciju iz transakcijske analize – TA 101. Sudjelovala sam na brojnim kongresima i radionicama iz područja pedijatrijske fizioterapije, ali i ostalih područja fizioterapije.