

Anksioznost kod majki prijevremeno rođene djece

Parić, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:184:495685>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-21**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Petra Parić

ANKSIOZNOST KOD MAJKI PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE: rad
s istraživanjem
Završni rad

Rijeka, 2022.

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

Petra Parić

ANXIETY IN MOTHERS OF PREMATURE CHILDREN: research

Bachelor thesis

Rijeka, 2022.

Izješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Rijeci
Studij	Preddiplomski stručni studij Primaljstvo
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Petra Parić
JMBAG	601983 11 0351010193 5

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Anksioznost kod majki prijevremeno rođene djece
Ime i prezime mentora	Natalija Vuletić
Datum predaje rada	20.09.2022.
Identifikacijski br. podneska	1904713053
Datum provjere rada	20.09.2022.
Ime datoteke	Petra_Pari_-zavr_ni-kraj_1_1.odt
Veličina datoteke	219.15K
Broj znakova	32713
Broj riječi	5417
Broj stranica	30

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	11%
-----------------	-----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	20.09.2022.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	X
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Rad je učinjen sukladno pravila Fakulteta zdravstvenog studija za završne radove.

Datum
20.09.2022.

Potpis mentora
Natalija Vuletić

Rijeka, 27. 7. 2022.

Odobrenje nacrtu završnog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
odobrava nacrt završnog rada:

ANKSIOZNOST KOD MAJKI PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE: rad s istraživanjem
ANXIETY IN MOTHERS OF PREMATURE CHILDREN: research

Student: Petra Parić
Mentor: Natalija Vuletić, dr. med.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija
Preddiplomski stručni studij Primaljstvo

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. <i>Trudnoća</i>	2
1.1.1. <i>Prijevremeni porod</i>	2
1.1.2. <i>Nedonošče</i>	3
1.2. <i>Anksioznost</i>	3
1.2.1. <i>Rizični čimbenici anksioznosti u trudnoći</i>	4
1.2.2. <i>Dijagnoza anksioznosti</i>	4
1.2.3. <i>Klinička slika anksioznosti</i>	4
1.2.4. <i>Metode liječenja anksioznosti u trudnoći</i>	5
1.2.5. <i>Rano otkrivanje simptoma anksioznosti u trudnoći</i>	5
2. CILJEVI I HIPOTEZE	7
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE	8
3.1. <i>Ispitanici/materijali</i>	8
3.2. <i>Postupak i instrumentarij</i>	8
3.3. <i>Statistička obrada</i>	9
3.4. <i>Etički aspekti istraživanja</i>	9
4. REZULTATI	10
4.3. <i>Osnovno obilježje ispitanice</i>	10
4.4. <i>Gestacijska dob kod prijevremenog poroda</i>	10
4.5. <i>Broj poroda</i>	10
4.6. <i>Prethodne psihičke bolesti (anksioznost)</i>	11
4.7. <i>Simptomi anksioznosti</i>	11
5. RASPRAVA	14
6. ZAKLJUČAK	17
7. LITERATURA	
8. PRIVITCI	
<i>PRIVITAK A: Popis ilustracija</i>	
<i>PRIVITAK B: Anketni upitnik</i>	
9. ŽIVOTOPIS	

SAŽETAK

Uvod: Pretpostavka je da sve što se događa u majčinom životu odnosno u njenom psihološkom stanju može utjecati na fetus u razvoju. Anksioznost je poremećaj, odgovor organizma majke na stres. Kod svake trudnice se mogu razviti faktori rizika. U radu je obrađena pojavnost simptoma anksioznosti kod majki prijevremeno rođene djece i njihova povezanost s obzirom na gestacijsku dob.

Cilj istraživanja: Glavni cilj istraživanja je utvrditi pojavnost simptoma anksioznosti kod žena koje su majke nedonoščadi. Sa specifičnim ciljem utvrdit će se postoji li povezanost razine anksioznosti i gestacijske dobi pri porodu kod prijevremenog poroda.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo 371 žena koje su dio Kluba roditelja nedonoščadi „Palčići“. Istraživanje je provedeno putem *online* anonimne ankete. Podaci su analizirani i grafički prikazani s prigodnim uzorkom.

Rezultati: S obzirom na dob ispitanica, srednja dob je 34 godine u rasponu od 17 do 57, a gestacijsku dob pokazuje srednju kao 31+6 dana. Kod 175 ispitanica su rodile jednom, 146 drugi put te 41 treći put, ali su u manjini žene koje su rodile četiri, pet i šest puta. Za njih 156 (42%) je dokazana teška anksioznost, umjerena njih 94 (25%), blaga 69 (18%) dok njih 52 (14%) nemaju anksioznost.

Zaključak: Pojavnost simptoma anksioznosti je značajno prisutna tijekom prijevremenog poroda, ali zato ne postoji značajno statistički povezanost između razine anksioznosti i dobi gestacije.

Ključni pojmovi: *trudnoća, anksioznost, prijevremeni porod*

ABSTRACT

Introduction: The assumption is that everything that happens in the mother's life, related to her psychological state, can affect the developing fetus. Anxiety is a disorder and it is the response of the mother's body to stress. Every pregnant woman can develop risk factors. This paper examines the incidence of anxiety symptoms in mothers of prematurely born children and their relationship concerning gestational age.

Objectives: The research aims to determine the occurrence of anxiety symptoms in women who are mothers of premature babies. The main goal is to determine whether there is a connection between the level of anxiety and the gestational age at delivery in premature birth.

Subjects and methods: 371 women who are part of the "Palčiči", a club of parents of premature babies, participated in the research. The research was conducted through an online anonymous survey. The data were analyzed and graphically presented with a convenience sample.

Results: Regarding the age of the subjects, the average age is 34 years, ranging from 17 to 57, and the average gestational age is 31+6 days. 175 respondents gave birth once, 146 gave birth for the second time, and 41 gave birth for the third time. Moreover, women who gave birth four, five, and six times are in the minority. For 156 of them (42%), severe anxiety was proven, 94 of them (25%) had moderate anxiety, 69 (18%) had mild anxiety, and 52 of them (14%) had no anxiety.

Conclusion: The occurrence of anxiety symptoms is significantly present during a premature birth, however, there are no statistically significant connections between the level of anxiety and gestational age.

Key words: *pregnancy, anxiety, premature birth*

1. UVOD

Velike emocionalne promjene se događaju za vrijeme trudnoće (1). Normalna trudnoća traje 40 tjedana ili 280 dana odnosno 9 lunarnih mjeseci. O vremenu trajanja trudnoće također uvelike ovisi stanje mentalnog zdravlja trudnice (2). Prije navršenih 37 tjedana gestacijske dobi svaki porod se naziva prijevremenim porodom, a nedonoščetom (lat. *praematurus*) nazivamo dijete (3). Prijevremeni porod je često jedan od uzroka narušenog zdravlja majke i nedonoščadi (4). Istraživanja su pokazala da povišenu anksioznost ili oblik anksioznog poremećaja u trudnoći ima svaka četvrta trudnica stoga anksioznost nije rijetka pojava (5). Prema jednoj studiji, majke prijevremeno rođene djece su bile više depresivne i anksiozne u usporedbi s majkama u terminu rođene djece (6). Majke prijevremeno rođene djece se susreću s raznim poteškoćama i naglim promjenama u rastu i razvoju nedonoščadi i njihovom povezivanju i stvaranju odnosa. Odnos majke i djeteta se razvija još u trudnoći i nastavlja nakon poroda, ali ako dođe do prijevremenog poroda u manjoj gestacijskoj dobi moguće je da će se narušiti odnos na koji utječe negativna i nerealna percepcija o nedonoščetu i bolničkom okruženju (7).

Trudnoća je razdoblje u kojemu su prisutne fiziološke, psihičke, hormonalne i socijalne promjene koje povećavaju rizik od emocionalne patnje i psihijatrijskog morbiditeta u ovoj fazi života žene (1).

Neke žene trudnoću mogu doživjeti kao izvor sreće, zadovoljstva i samo ispunjenja. Drugi, međutim, tijekom tog razdoblja mogu doživjeti promjene u svom mentalnom zdravlju, kao što je razvoj anksioznosti (2).

Dokazi o prenatalnoj anksioznosti još uvijek su relativno ograničeni u usporedbi s prenatalnom depresijom. Iako su indeksi majčine anksioznosti tijekom trudnoće heterogeni, simptomi i poremećaji anksioznosti česti su u perinatalnom razdoblju (3-4), a simptomi mogu varirati od blagih do teških (5).

Dokazi upućuju na to da se vjerojatnost tjeskobe tijekom trudnoće povećava u slučajevima psihijatrijskog komorbiditeta, stresnih događaja (6), socijalnog nepovoljnog položaja, povijesti pobačaja, gubitka fetusa, prijevremenog poroda ili ranog neonatalnog gubitka (8), prethodne povijesti mentalna bolest ili povijest psihijatrijskog liječenja tijekom prethodne trudnoće ili tijekom života (1).

S obzirom na uvjerenje u mnogim društvima da psihološko stanje majke može utjecati na dijete u njezinoj utrobi, anksiozni poremećaj se smatra jednim od čimbenika rizika u razvoju trudnoće, budući da njegov početak može kompromitirati fetus i biti povezan s negativnim ne-

onatalnim ishodima, npr. kao što su nedonoščad, niska porođajna težina (2), niži rezultati, deficit fetalnog razvoja, uz trajne učinke na fizički i psihički razvoj djeteta (3) i porodne komplikacije, kao što su vaginalno krvarenje i rizik od pobačaja (3). Kao i prenatalna depresija, anksioznost u ovom razdoblju jedan je od glavnih čimbenika rizika za postporođajnu depresiju.

Unatoč štetnom utjecaju na trudnoću, mentalnom zdravlju žena u prenatalnoj skrbi ponekad se pridavalo manje pažnje u usporedbi s emocionalnim stanjem majke u postporođajnom razdoblju (5), istraživanja o pojavi anksioznosti tijekom trudnoće i s njom povezanih čimbenika su rijetka (6).

Razumijevanje njegove pojave kao i čimbenika povezanih s prenatalnom anksioznošću može pomoći u razvoju strategija probira za prepoznavanje rizičnih skupina žena kojima je potrebna intervencija tijekom trudnoće.

U ovom istraživanju ispitat će se razina i povezanost anksioznosti majki prijevremeno rođene djece ovisno o dužini trajanja trudnoće te će rezultati moći doprinijeti boljem raspoznavanju simptoma anksioznosti kod prijevremenog poroda.

1.1. *Trudnoća*

Usađivanjem oplodene jajne stanice u endometriju maternice nastaje trudnoća (drugo stanje, graviditet). Ona traje 10 lunarnih mjeseci ili 9 kalendarskih mjeseci, tj. 40 tjedana ili 280 dana. Ovisno o vremenu kada se porođaj dogodi on može biti prijevremeni, pravovremeni i kasniji, a novorođenče nedoneseno (*prematurus*), doneseno (*maturus*) i preneseno (*postmaturus*). Značajno ovisi o mentalnom zdravlju trudnice (2).

Svaka trudnica mašta o zdravoj trudnoći što bi uvelike mogla pridonijeti njena okolina. Cijela njezina okolina bi se trebala uključiti u stvaranju tople i ugodne atmosfere u razvoju trudnoće i dobrih uvjeta za život kao i zdravstveni djelatnici koji su ključni za razdoblje koje bi trudnici trebalo ostati u što ljepšem sjećanju. Za svaku ženu iskustvo trudnoće je jedinstveno. Ponekad je to razdoblje puno različitih izazova koji trudnica ne može sama riješiti (9).

1.1.1. *Prijevremeni porod*

Definicija prijevremenog poroda je svaki porod djeteta od 22. - 37. tjedna gestacijske dobi. Postoje 4 skupine prijevremenog poroda:

- Izrazito ili ekstremno rani (<28. tjedna)
- Vrlo rani (28.-31+6/7 tjedna)

- Rani (32.-33+6/7 tjedna)
- Kasni (34.-36+6/7 tjedna).

Najčešći je kasni prijevremeni porod koji se javlja u 60-70% slučajeva. Postoje 3 skupine uzroka prijevremenog poroda:

- Jatrogeni (indikacije vezane uz majku, npr. eklampsije)
- Spontani (prije 37. tjedna gestacije zbog naglih kontrakcija bez prsnuća vodenjaka)
- Prijevremeno (prije 37. tjedna gestacije zbog prsnuća vodenjaka bez kontrakcija)

Pravovremeno otkrivanje rizičnih čimbenika, precizna dijagnoza i liječenje je jedan od glavnih ciljeva u porodništvu.

1.1.2. Nedonošče

Roditelji se saznanjem o trudnoći počinju pripremati za svoje dijete te je svaki mjesec i tjedan kao vječnost za njih. Majke se više povezuju sa djetetom jer to započinje još od začeca pa sve do poroda, no ako se dijete prijevremeno rodi može doći do gubitka povezanosti koja se stvorila kroz trudnoću. Nedonošče je dijete rođeno prije termina odnosno prije 37. tjedna gestacijske dobi. 5-7% je učestalost prijevremenog poroda od 2000.-tih godina u razvijenim zemljama (21). Novorođenče nedonošče dijelimo na više skupina ovisno o tjednu rođenja i porođajnoj masi (20).

1.2. Anksioznost

U omjeru 3:2 je dokazana činjenica da žene više oboljevaju od muškaraca od anksioznog poremećaja. Povećan rizik od nastanka simptoma anksioznosti zasigurno imaju trudnice zbog razdoblja u kojem se nalaze jer se događaju mnogobrojna odstupanja – fizički izgled i unutrašnjost organizma (4).

Anksioznost je patološko stanje praćeno osjećajima ustrašenosti i strepnje i znakovima uzrokovanim hiperaktivnošću vegetativnog živčanog sustava. Odgovor na poznati uzrok predstavlja strah. Najmanje 6 mjeseci traje poremećaj kojega obilježava jaka anksioznost i zabrinutost. Ponekad takve osobe umisle kako su postale žrtvom neizlječive bolesti te da nema lijeka za to.

1.2.1. Rizični čimbenici a u trudnoći

Nema pravila u obolijevanju od anksioznih poremećaja u trudnoći, ali ima trudnica s rizikom zbog uzroka:

- Poremećaja raspoloženja i obiteljska anamneza anksioznosti
- Trudnice koje:
 - su mlađe od 20 godina starosti
 - stanuju same
 - nemaju financijsku podršku i imaju niska primanja
 - razvedene ili imaju problema u braku
 - imale su stresne ili traumatična zbivanja u životu
 - multipare (11,12).

1.2.2. Dijagnoza anksioznosti

Važnu ulogu u postavljanju dijagnoze imaju psihijatrijska anamneza i kontinuirano praćenje pacijenta. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti u otkrivanju pacijenata oboljelih od anksioznih poremećaja *screening* upitnici nisu rutinska metoda, ali mogu povećati postotak otkrivanja. Za procjenu simptoma anksioznosti se koriste brojni upitnici među kojima je i Beckova skala koja se koristila u ovome radu (13,14).

1.2.3. Klinička slika anksioznosti

Anksioznost se može prikazati u više oblika i na više načina. Najvažniji su tjelesni znakovi i psihološki simptomi. Mišićna napetost se manifestira kao drhtanje, grčenje, osjećaj treperenja i tremor te su oni jedni od najčešćih znakova anksioznosti. Mogu se javljati i bolovi u leđima, glavobolja, hiperventilacija s teškoćom gutanja i hiperaktivnost vegetativnog sistema (crvenilo lica, tahikardija, znojenje, hladne ruke, dijareja, mučnina, suha usta, učestalo mokrenje). Psihološki simptomi koji su jednako bitni kao i tjelesni se iskazati s osjećajem ustrašenosti, otežanom koncentracijom, nesanicom te nemirom u želucu (13).

1.2.4. Metode liječenja anksioznosti u trudnoći

U trudnoći postaje sve drugačije jer se brojne fiziološke funkcije mijenjaju stoga kažemo da je trudnoća jedinstveno razdoblje u životu žene. Također, s tim se mijenja i farmakokinetika pojedinih lijekova. U trudnoći se koriste razni lijekovi i većina njih se probire u metabolizam ploda u različitim koncentracijama za razliku od koncentracije u krvotoku majke. Psihofarmaci su nepoželjni lijekovi u trudnoći i zato se kaže da je trudnoća za psihijatre veliki izazov. Razdoblje organogeneze je najbitnije u trudnoći i najosjetljivije pa se mora procijeniti trenutak uvođenja psihofarmaka ovisno o težini anksioznog poremećaja. Ukoliko bi anksioznost bila neizlječiva potrebno je procijeniti na početku djelovanje lijeka s obzirom u usporedbi s posljedicama koji bi bili štetni za dijete i majku (7).

Kod opstetričara često je razmišljanje u svezi s navedenim činjenicama i koliko je nužna primjena psihofarmaka, u trudnoći i laktaciji, te najbitnije u aktivnom planiranju trudnoće. Maksimalni individualni pristup s najnižim rizikom štetnosti za oboje bi trebao biti prvi odabir metode u liječenju (7).

Nažalost rizični čimbenici kod ne liječenja anksioznosti mogu dovesti do nesretnih posljedica kao što su pobačaj i samoubojstvo. Dok povećan rizik za carski rez, preeklampsija, otežano emocionalno povezivanja s bebom i postporođajna depresija ili anksioznost su jedni od mogućih posljedica kod majke. Prijevremeni porođaj s malom porođajnom težinom i niskom ocjenom Apgar score mogu dovesti fetus u loše stanje zbog ne liječenja anksioznosti u trudnoći (7).

Od iznimne važnosti u ovakvim slučajevima su i rad te pomoć obitelji tijekom liječenja anksioznog poremećaja, ali nezamjenjivu ulogu ima suprug (partner).

1.2.5. Rano otkrivanje simptoma anksioznosti u trudnoći

Za anksioznost antenatalni period ima veliku važnost jer se u tom periodu može puno toga postići, ali i izbjeći. Pojavu antenatalne anksioznosti kao i sprječavanje nastanka postpartalne depresije može uvelike utjecati svaka dobra intervencija. Iz tih razloga, najosjetljivije doba je treći semestar (15).

U tom razdoblju je ženama najviše potrebna psihička stabilnost i uravnoteženost jer je tada već sve pri kraju, ali još ništa nije gotovo. Tada im najviše treba snage i volje i najbolje mentalno zdravlje.

U ranom otkrivanju simptoma anksioznosti kreće od same žene i koliko će ona tome pridavati pozornost. Edukacijom možemo upozoriti ženu na čudna i drugačija ponašanja te kako bi ih ona prepoznala na vrijeme i reagirala. Naravno, tu trebamo i uključiti i obitelj i partnera kako bi i oni zamijetili ikakve promjene u njenom ponašanju i zajedno s zdravstvenim timom spriječili nastanak anksioznog poremećaja. Važnu ulogu ima i primalja koja komunicira sa ženom stoga bi ona prva trebala pravovremeno reagirati i proslijediti svoje sumnje kako bi zdravstveni tim (opstetričar, psihijatar) mogao donijeti odluku prikladnu za majku i dijete(16, 17, 18).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj istraživanja je:

- utvrditi pojavnost simptoma anksioznosti kod žena koje su majke nedonoščadi.

Sa specifičnim ciljem:

- utvrdit će se postoji li povezanost razine anksioznosti i gestacijske dobi pri porodu kod prijevremenog poroda.

Hipoteza 1: Kod majki prijevremeno rođene djece velika je pojavnost simptoma anksioznosti.

Hipoteza 2: Razina anksioznosti kod majki prijevremeno rođene djece je veća, što je gestacijska dob pri porodu bila manja.

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

3.1. Ispitanici/materijali

Sudjelovalo je 371 žena koje su prijevremeno rodile, a dio su Kluba roditelja nedonoščadi „Palčići“. Pri distribuciji upitnika zatražila se pomoć udruge „Palčić“ koja se rado odazvala pri objavljivanju *online* ankete na svojoj društvenoj stranici *Facebook*. Očekivani broj ispitanica je bio 100, no odaziv je bio i više nego očekivan. Istraživanje se provodilo *online*, pomoću *Google* obrasca (*GoogleForms*), u kolovozu 2022. godine. Koristio se prigodni uzorak za ovo istraživanje. Kao kriterije uključenja navodila se dob veća od 18 godina i prijevremeni porođaj. Kriteriji isključenja su bili: dob manja od 18 godina, prethodne psihičke bolesti (anksioznost) te porod u terminu.

3.2. Postupak i instrumentarij

Kao instrument za istraživanje koristio se standardiziran Beckov inventar anksioznosti (*Beck Anxiety Inventory*). Namijenjen je za mjerenje generalizirane anksioznosti i razlikovanje simptoma anksioznosti od depresije (8). Svakodnevno se koristi u kliničkom i istraživačkom radu i preveden je na hrvatski jezik. Zatražena je i odobrena dozvola za korištenje Beckove skale. Upitnikom „Anksioznost kod majki prijevremeno rođene djece“ dolazi se do 4 općih podataka: životna dob, gestacijska dob prijevremenog poroda, broj poroda te postojeće prethodne psihičke bolesti (anksioznost). Sadržava 21 pitanje o simptomima anksioznosti na koje su odgovarale na skali Beckovog tipa od 4 stupnja te se bodovalo od 0-3, pri čemu 0 označava da se ne pojavljuje određeni simptom, a 3 da je simptom jako izražen. Ukupan rezultat ljestvice označava stupanj anksioznosti kod ispitanice, pri čemu veći rezultat upućuje na veći intenzitet anksioznosti. Beckovom skalom možemo dobiti rezultat koji označava: 0-7 bez anksioznosti, 8-15 blaga anksioznost, 16-25 umjerena anksioznost te 26 i više jaka anksioznost. Ukupno je 25 pitanja. Upitnik se provodio *online* putem *Google* obrasca (*GoogleForms*). Svaka ispitanica je ispunjavala samostalno za sebe upitnik te ga je mogla ispuniti samo jedanput. Prosječno trajanje upitnika po osobi je bilo u trajanju od pet do deset minuta. Dostupnost upitnika je bila kroz mjesec kolovoz 2022. godine.

Kvaliteta prikupljanja podataka osigurala se izjednačavanjem vrste i broja pitanja za sve ispitanice. Tijekom provedbe istraživanja je bila potrebna pojava pristranosti u dosjećanju ispitanica.

3.3. Statistička obrada podataka

Varijable životna dob, gestacijska dob kod prijevremenog poroda i broj poroda prikazana je na omjerenoj ljestvici. Na nominalnoj ljestvici prikazane su postojeće prethodne psihičke bolesti (anksioznost) dok je varijabla anksioznosti prikazana na ordinalnoj ljestvici.

Za varijable životna dob, gestacijska dob kod prijevremenog poroda i psihičke bolesti deskriptivna statistika podrazumijeva prikaz aritmetičke sredine i standardne devijacije, a varijabla broj poroda prikaz frekvencija i postotka.

H1 je testirana deskriptivnom statistikom koja je prikazana frekvencijom i postotcima tako što se velika pojavnost simptoma anksioznosti potvrdila postotkom većim od 50%. Rezultat koji se dobio bodovanjem se dijeli u 4. kategorije: 0-7 bez anksioznosti, 8-15 blaga anksioznost, 16-25 umjerena anksioznost te 26 i više jaka anksioznost. Kategorije su se opet podijelile u 2: one bez anksioznosti (0-7) i one koje imaju neki oblik anksioznosti (blaga, umjerena i jaka) te se zbrojio postotak i ako je veći od 50% hipoteza je bila potvrđena. H2 je testirana izračunom Spearmanove korelacije. Razina statističke značajnosti je iskazana kao $P < 0,05$. Podatci su obrađivani u programu *Microsoft Excel* 2019 i *Statistica* 14.0.0.15. TIBCO Software Inc.

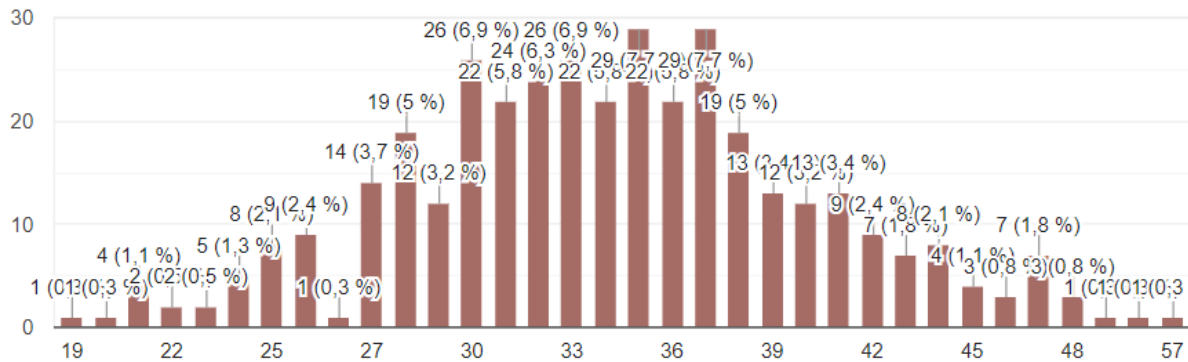
3.4. Etički aspekti istraživanja

Sve ispitanice su bile upoznate s provedbom istraživanja i potrebnim informacijama vezanim za etičnost studije te su pristupanjem anketi dale svoj dobrovoljni pristanak za istraživanje. Istraživanje rada je niskog rizika upravo zato kako ne bi došlo do neugodnosti ili štetnih posljedica za ispitanice koja opravdava potpisana „Izjava za nizak rizik“.

4. REZULTATI

4.1. Osnovno obilježje ispitanica

Istraživanje je provedeno na osnovu 371 ispitanice s različitim brojem poroda. Prema dobi ispitanice su bile u rasponu od 19 do 57 godina, srednje dobi 34 godine (SD=6,01)



Slika 1. Prikaz dob ispitanica

4.2. Gestacijska dob kod prijevremenog poroda

Rezultati istraživanja gestacijske dobi ispitanica su da prijevremeni porod koji se definira od 22. – 37. tjedna aritmetička sredina je 31+6 dana (SD=29,12) što bi spadalo u vrlo rani prijevremeni porod.

4.3. Broj poroda

Prema dobivenim odgovorima navodi se sljedeći broj poroda.

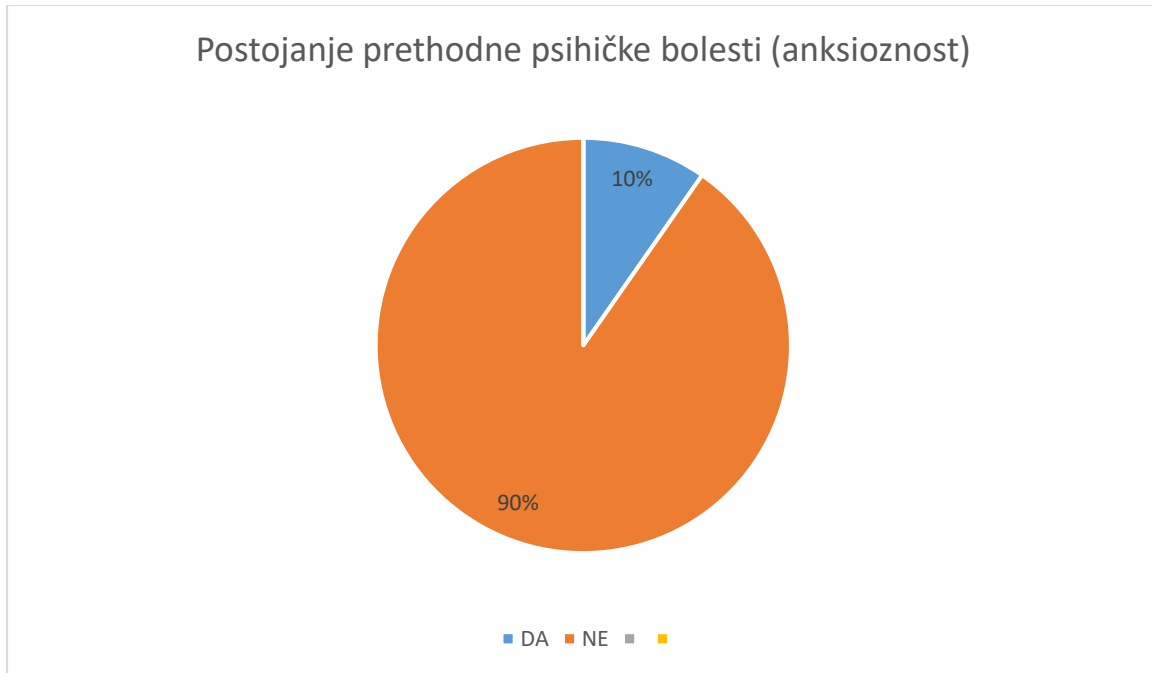
Tablica 1. Prikaz broja poroda

Broj poroda	Rezultati
1	175
2	146
3	41
4	5
5	3
6	1

Kao što je vidljivo iz tablice, ispitanice su najviše odgovorile da su rodile jednom i to njih 175 (48%). Nadalje, drugi odgovor je bio da su rodile dva puta i to njih 146 (39%). Treći odgovor je bio da su rodile tri put i to njih 41 (11%). Najmanje odgovora su dobila pitanja da su rodila četvero djece (njih 5 odnosno 1%), da su rodile petero djece (njih 3 odnosno 0,8%) i šestero djece jedan odgovor (0,2%).

4.4. Prethodne psihičke bolesti (anksioznost)

Na sljedećem grafikonu su prikazani odgovori ispitanica da li su oboljevali ranije od psihičkih bolesti, anksioznosti u prvom redu.



Slika 2. Prikaz odgovora za prethodne psihičke bolesti (anksioznost)

Kao što je prikazano, najviše je ispitanica odgovorilo da nije u prethodnom razdoblju imalo probleme s anksioznošću i to njih 335 što iznosi 90%. Nadalje, njih 36 je odgovorilo da je patilo od anksioznosti i to iznosi 10 %.

4.5. Simptomi anksioznosti

Na sljedećem grafikonu su prikazani simptomi anksioznosti. Na Beckovoj skali koja sadrži 21 simptom: ispitanice su odgovorile u kojoj mjeri im se to pojavljuje.

Tablica 2. Prikaz simptoma anksioznosti

Simptom anksioznosti	1- Uopće ne (%)	2- Blago, ali me nije opterećivalo (%)	3- Umjeren o, ponekad nije bilo ugodno (%)	4- Teško, opterećivalo me puno vremena (%)
Ukočenost ili trnjenje	224 (60)	74 (20)	57 (15)	16 (5)
Osjećaji vrućine	151 (41)	92 (25)	97 (26)	27 (7)
Nemir u nogama (tresenje nogama)	191 (52)	81 (22)	66 (18)	30 (8)
Nesposobnost opuštanja	68 (18)	77 (21)	102 (28)	119 (32)
Strah od iščekivanja loših događaja	32 (9)	47 (13)	94 (25)	194 (52)
Vrtoglavica ili omaglica	182 (49)	93 (25)	55 (15)	38 (11)
Ubrzano lupanje srca (tahikardija)	119 (32)	76 (21)	103 (28)	70 (19)
Osjećaj nestabilnosti	131 (35)	89 (24)	85 (23)	64 (18)
Zaprepaštenost ili strah	62 (17)	56 (15)	103 (28)	144 (39)
Nervoza	32 (9)	60 (16)	115 (31)	161 (44)
Osjećaj gušenja	205 (55)	62 (17)	55 (15)	46 (13)
Drhtanje ruku	213 (57)	72 (20)	49 (13)	35 (10)
Drhtanje tijela	206 (56)	83 (22)	50 (14)	31 (9)
Strah od gubitka kontrole	135 (36)	63 (17)	85 (23)	84 (23)
Poteškoće s disanjem	206 (56)	75 (20)	53 (14)	33 (9)
Strah od smrti	153 (41)	63 (17)	50 (14)	102 (28)
Ustrašenost	95 (26)	83 (22)	76 (21)	111 (30)
Zatvor (problemi sa stolicom)	217 (59)	67 (18)	42 (11)	40 (11)
Nesvjestica	314 (84)	33 (9)	17 (5)	6 (2)
Crvenjenje lica	252 (68)	51 (14)	44 (12)	20 (5)
Toplo/hladno preznjavanje	145 (39)	79 (21)	79 (21)	62 (17)

Ukočenost ili trnjenje je smatralo njih 16 da ih je opterećivalo, praktički nisu bili opterećeni ukočenošću. Nadalje, osjećaj vrućine je bio isto zanemariv kod odgovora. Nemir u nogama je njih 191 izjavilo da uopće nisu imale nemir.

Kod nesposobnosti opuštanja došlo je do povećanja odgovora, a njih 194 je izjavilo da imaju teški strah od iščekivanja.

Vrtoglavica uopće nije predstavljala problem. Nadalje, ubrzano lupanje srca se može poistovjetiti s osjećajem nestabilnosti jer su imali podjednake odgovore. Zaprepaštenost kao simptom anksioznosti ima veliki utjecaj na trudnice, njih 144 je opterećivalo. Nervoza je imala visoke rezultate i ispitanice su davale odgovore da ih je opterećivala njih čak 161.

Osjećaj gušenja nije bilo nešto što je opterećivalo ispitanice. Nadalje drhtanje ruku i tijela su dobili sličan odgovor i nije opterećivao ispitanice - kao i poteškoće s disanjem. Strah od gubitka kontrole daje dosta zanimljive rezultate jer 135 ispitanica nije uopće opterećivalo dok njih 85 je. Strah od smrti i ustrašenost daju rezultate koji pokazuju polaritet u odgovorima. Nadalje, crvenjenje u licu je bio na dnu liste opterećenja kao i zatvor, nesvjestica te toplo/hladno preznojavaње.

Tablica 3. Rezultati pojavnosti simptoma anksioznosti po kategorijama

Kategorije anksioznosti	Broj	Postotak (%)
bez anksioznosti (0-7)	52	14,01%
blaga anksioznost (8-15)	69	18,59%
umjerena anksioznost (16-25)	94	25,35%
jaka anksioznost (26 i više)	156	42,06 %
ukupno	371	100%

Tablica 4. Rezultati pojavnosti anksioznosti ispitanica

Kategorije anksioznosti	Broj	Postotak (%)
bez anksioznosti	52	14,01 %
neki oblik anksioznosti	319	85,99 %

U rezultatima možemo vidjeti (uvidom u Tablicu 3.) kako ispitanice sa svojim simptomima anksioznosti koje osjećaju pokazuju jaku anksioznost te je velika njena pojavnost. Hipoteza 1 nam ukazuje na veliku pojavnost kao što je i potvrđena rezultatom većim od graničnih 50% točnije 85,99%

Spearmanovom korelacijom nismo potvrdili hipotezu 2 ($r = 0$, $p = 0,456$) jer ne postoji statistički značajna povezanost između gestacijske dobi i razine anksioznosti koje osjećaju

majke. Dakle, drugim riječima, majke podjednako doživljavaju anksiozne simptome neovisno u kojoj gestacijskoj dobi je došlo do poroda.

5. RASPRAVA

Prisutnost komplikacija u prethodnim trudnoćama i povijest pobačaja te rizik od prijevremenog poroda također su se pokazali faktorima rizika za anksioznost tijekom prenatalnog razdoblja. Kroz istraživanje je prikazana problematika anksioznosti kod majki prijevremeno rođene djece.

Rezultati ovog istraživanja potkrijepljeni su podacima iz istraživanja kao i teorijskim pristupom. Povezanost između prisutnosti prenatalne tjeskobe i komplikacija u prethodnim trudnoćama, uključujući iskustvo od prijevremenog poroda, odražava kako prethodne trudnoće utječu na iskustvo žene u trudnoći koja je u tijeku, tako da povijest komplikacija u prošlim trudnoćama neizbježno ima negativan učinak preveden u naglašavanje razine anksioznosti u sadašnjoj trudnoći.

Što se tiče želje žene za trudnoćom, važno je spomenuti da neželjena trudnoća može pridonijeti psihičkoj neprilagođenosti, odgovorna za razvoj anksioznosti tijekom trudnoće, kao što je prikazano u drugoj studiji (5).

U tom kontekstu, postoje dokazi o povezanosti majčinske želje za trudnoćom i veće sklonosti izazivanju emocionalnih poremećaja, poput osjećaja tjeskobe i nesreće koji, kada su povezani s drugim čimbenicima, mogu predstavljati potencijalne okidače za razvoj mentalnih poremećaja u trudnica žena, dajući naznaku dubokog utjecaja neželjene trudnoće na mentalno zdravlje žena.

Kod 10-20 % trudnica je dokazana anksioznost upravo zato što tijekom ženina života kao što su menstrualni ciklus, trudnoća, poslijeporođajno razdoblje i mnoge druge nagle hormonalne promjene utječu na mentalni razvoj žene te se pojavljuje specifični psihijatrijski poremećaj (22, 23).

U Kambodži gdje se provodilo istraživanje o anksioznosti prisutne u antenatalnom razdoblju su autori htjeli dokazati da i needukacijom koja nam je jedna od ključnih faktora ima veliki postotak razine anksioznosti. Upravo zbog njihovog nemara za trudnoćom, komplikacija koje se mogu desiti te kako može roditi i gdje stručnjaci su proveli istraživanje te su zaključili kako trebaju primalje ustupiti kontakt s njima kako bi se smanjila anksioznost prije poroda i nakon (24).

Autori koji su proveli istraživanje o pojavnosti simptoma koristeći standardizirani Beckov inventar kao instrument u rezultatima su dobili: 66 % blaga anksioznost, 13% umjerena,

6% visoka anksioznost. Navode kako su rezultati iznenađujući zbog malog postotka umjerene i visoke anksioznosti jer svaka trudnica u sebi nosi rizik za anksioznosti i stvara je ujedno. Zato primalje koje su u najbližem kontaktu kao i liječnik mora na vrijeme upozoriti trudnicu o simptomima kako bi se spriječili što ranije (25).

Rezultati istraživanja Faisal i Rossi koje se provodilo u Brazilu (2006.), prikazuju zanimljive činjenice. Sudjelovalo je 453 trudnica te je bio visok postotak razine anksioznosti 59,5% koji se opravdava s lošom socioekonomskom situacijom u državi te nisu imale nikakve psihičke poremećaje u obiteljskoj ni osobnoj anamnezi. Naglašava na kraju svog zaključka kako bi trebalo osigurati edukacije za trudnice jer mjere i intervencija za sprječavanjem anksioznosti nikad dosta (29).

Treba napomenuti da u zemljama s ograničenim socioekonomskim kontekstom, kao što je Hrvatska, majčinska želja za trudnoćom može biti usko povezana s obiteljskim prihodom, budući da se u kontekstu trudnoće očekuje povećanje troškova zbog rasta obitelji. Stoga se situacije nesigurnosti i stresa mogu pogoršati, ugrožavajući dobrobit trudnice (27,28).

Ovo istraživanje je također dokazalo povezanost između anksioznosti tijekom trudnoće, međutim, suprotno očekivanjima, uočen je obrnuti odnos između njih, tako da trudnice koje su imale više pobačaja u prethodnim trudnoćama nisu pokazivale anksioznost (26).

Uzimajući u obzir nepovoljne opstetričke ishode i ozbiljne posljedice po zdravlje majke i fetusa povezane s pojavom anksioznosti tijekom trudnoće i prijevremenim porodom te njezinim nedovoljno dijagnosticiranjem u tom razdoblju, rezultati ovog istraživanja iznimno su važni.

Istraživanje koje se provodilo 4 godine u Rotterdamu je povuklo hipotezu da anksioznost tijekom trudnoće utječe na mentalni razvoj djeteta. U tom istraživanju ispitano je oko 5 tisuća žena te su sve imale anksioznost tijekom trudnoće i rezultat toga dojenčad ima značajno slabiji neuromotorni razvoj. Rizik koji su imale s anksioznim poremećajem tijekom trudnoće rezultirao je loše te se mora u antenatalnom razvoju više toga poduzeti kako ne bi patila djeca (30).

Razumijevanje čimbenika povezanih s njegovom pojavom omogućuje razradu mjera preventivne prenatalne skrbi, koja je okarakterizirana kao pogodan prostor za razvoj intervencija usmjerenih na promicanje mentalnog zdravlja trudnica, štoviše, integrirano i koordinirano djelovanje multidisciplinarnog i interdisciplinarnog tima, budući da postizanje

povoljnog tjelesnog i psihičkog blagostanja ovisi o intervencijama u svim dimenzijama cjelovitog bića.

6. ZAKLJUČAK

Zaključci ovog istraživanja mogu se izvući temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultati koji bi pokazali da:

- Kod 42% ispitanica majki prijevremeno rođene djece je najviše zastupljena jaka anksioznost, blagu anksioznost imaju njih 18%, 25% umjerenu dok su bez anksioznosti 14% ispitanica.
- 36 (10%) ispitanica ima prethodne psihičke bolesti (anksioznost).
- Skoro 86% ispitanica osjeća svoje simptome anksioznosti te nisu statistički značajno povezane s gestacijskom dobi kod prijevremenog poroda.

LITERATURA

1. Moravek D. Psihijatrija: udžbenik za medicinske škole. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
2. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
3. Đelmiš J, Orešković S. Fetalna medicina i opstetricija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
4. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: Issues and considerations. *Clin Perinatol*. 2011;38(3):351–84.
5. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(1):21–30.
6. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: A neglected public health problem. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(3):231–6.
7. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, et al. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Front Public Heal*. 2018;6(DEC):1–9.
8. Bajs M, Janović Š, Ivezić SŠ. Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja. *Medix [Internet]*. 2007;75–8. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/21901>
9. Degmečić D. Mentalno zdravlje žena. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
10. Filaković P. Psihijatrija. 1. izdanje. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
11. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian nurse*. 2006; 102(9):26-30.
12. Reid H, Power M, Cheshire K. Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. *British Journal of Midwifery*. 2009;17(8):501-508.
13. Jakovljević M. Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor: A.G.Matoš – Samobor; 1995.
14. Quispel C, J. Bonsel G, J.G. Hoogendijk W, Lambregtse – Van Den Berg M. Worries surrounding the first ultrasound do not bias the screening for depressive and anxiety symptoms during pregnancy. *ANZJOG*. 2015;55:59-63.
15. John N i sur. Psychopharmaca in Pregnancy. *Medicus*. 2002; 2:245-247.
16. Thomas N, Komiti A, Judd F. pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17:503-509.
17. Atwood AL. Antenatal anxiety: Origins, Effects and Intervention. *International Journal of Childbirth Education*. 2013; 28:54-60.

18. Austin MP. Antenatal screening and early intervention for „perinatal „, distress, depression and anxiety: where to from here?. *Arch Womens Ment Health*. 2004; 7:1-6.
19. Barišić A, Finderle A. Prijevremeni porođaj: globalni pogled na rastući javnozdravstveni problem. *Medicine Fluminensis*. 2020;56(2):121–8.
20. Vladimir M. Nedonošče - visoko rizično novorođenče. Split:Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija;2014.
21. Vukušić V. Zdravstvena skrb nedonoščeta. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2017.
22. Frančisković T, Moro Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
23. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, Peyre H, Forhan A, Kaminski M. i sur. Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: A prospective cohort study. *PLOS ONE*. 2015;10:1-16.
24. MacLellan J. Antenatal anxiety in pregnant women from rural Cambodia. *British Journal of Midwifery*. 2010;18:735-743.
25. Radecki Breitkopf C, Primeau LA, Levine RE, Olson GL, Wu ZH, Berenson AB. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*. 2006;27(3):157-162.
26. Henderson J, Redshaw M. Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women`s experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013;31(5):465-478.
27. Thome M, Arnardottir SB. Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *JAN*. 2012;69:805-816.
28. Reid H, Power M, Cheshire K. Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. *British Journal of Midwifery*. 2009;17(8):501-508.
29. Faisal - Cury A, Rossi Menzes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women`s Mental Health*. 2007;10:25-32.
30. Huizink AC, de Groot L, Hofman A, Tiemeier H, Verhulst FC, van Batenburg - Eddes T, i sur. Maternal symptoms of anxiety during pregnancy affect infant neuromotor development: The generation R study. *LLC*. 2009;34(4):476-493.

PRIVITCI

PRIVITAK : Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. Prikaz broja poroda.....	10
Tablica 2. Prikaz simptoma anksioznosti.....	11
Tablica 3. Rezultati pojavnosti simptoma anksioznosti po kategorijama.....	13
Tablica 4. Rezultati pojavnosti simptoma ispitanica.....	13

Slike

Slika 1. Prikaz dob ispitanica.....	10
Slika 2. Prikaz odgovora za prethodne psihičke bolesti (anksioznost).....	11

PRIVITAK B: Anketni upitnik

Opći podatci

1. Životna dob (npr. 26): ____
2. Gestacijska dob kod prijevremenog poroda (zapisujete tjedan + dan, npr. 31+3): ____
3. Broj poroda (npr. 3): ____
4. Postojeće prethodne psihičke bolesti (anksioznost)?: a) DA b) NE

Simptomi anksioznosti – označavate odgovor prema stupnju 1-4 koji najbolje predstavlja Vaše slaganje sa simptomom anksioznosti što znači 1- Uopće ne; 2- Blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo; 3- Umjereno, ponekad nije bilo ugodno; 4- Teško, opterećivalo me puno vremena

Simptom anksioznosti	5- Uopće ne	6- Blago, ali me nije opterećivalo	7- Umjereno, ponekad nije bilo ugodno	8- Teško, opterećivalo me puno vremena
Ukočenost ili trnjenje				

Osjećaji vrućine				
Nemir u nogama (tresenje nogama)				
Nesposobnost opuštanja				
Strah od iščekivanja loših događaja				
Vrtoglavica ili omaglica				
Ubrzano lupanje srca (tahikardija)				
Osjećaj nestabilnosti				
Zaprepaštenost ili strah				
Nervoza				
Osjećaj gušenja				
Drhtanje ruku				
Drhtanje tijela				
Strah od gubitka kontrole				
Poteškoće s disanjem				
Strah od smrti				
Ustrašenost				
Zatvor (problemi sa stolicom)				
Nesvjestica				
Crvenjenje lica				
Toplo/hladno preznojavanje				

ŽIVOTOPIS

PETRA PARIĆ

14.06.1999. u Zadru | Put Murata 20 D, 23000 Zadar, Republika Hrvatska |

(+385) 97 616 0212 | petra.paric@gmail.com

OBRAZOVANJE

- 2019. - , Fakultet zdravstvenih studija, Preddiplomski studij Fizioterapija
- 2014. – 2019., Medicinska škola Ante Kuzmanića Zadar, Medicinska sestra/tehničar opće njege
- 2006. – 2014., Osnovna škola Petra Preradovića Zadar

ZNANJA I VJEŠTINE

- KOMUNIKACIJSKE I JEZIČNE VJEŠTINE
 - Izvrsne komunikacijske vještine
 - Sklonost timskom radu
 - Materinski jezik: hrvatski
 - Ostali jezici: engleski, francuski, španjolski
- DIGITALNE VJEŠTINE
 - Izvrsna primjena Microsoft Office™ alata
 - Izvrsno korištenje društvenih mreža Facebook, Instagram