

Komparacija kvalitete života majki prijevremeno rođene djece i terminske djece tijekom prve godine života djeteta

Martinović, Lorena

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:173357>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-07**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Lorena Martinović

KOMPARACIJA KVALITETE ŽIVOTA MAJKI PRIJEVREMENO
ROĐENE DJECE I TERMINSKE DJECE TIJEKOM PRVE GODINE
ŽIVOTA DJETETA

Završni rad

Rijeka, 2023.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Lorena Martinović

LIFE QUALITY COMPARISON OF MOTHERS WITH PRETERM
CHILDREN AND TERM CHILDREN DURING THE FIRST YEAR OF
CHILD'S LIFE

Undergraduate thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: doc. dr. sc. Silvije Šegulja, dr. med.

Završni 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 | Prijediplomski studij sestrinstva |
| Vrsta studentskog rada | Završni rad |
| Ime i prezime studenta | Lorena Martinović |
| JMBAG | 0114032720 |

Podatci o radu studenta:

| | |
|-------------------------------|--|
| Naslov rada | KOMPARACIJA KVALITETE ŽIVOTA MAJKI PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE I TERMINSKJE DJECE TIJEKOM PRVE GODINE ŽIVOTA DJETETA: rad s istraživanjem |
| Ime i prezime mentora | Doc.dr.sc. Silvije Šegulja, dr.med. |
| Datum predaje rada | 27.6.2023. |
| Identifikacijski br. podneska | 2123419676 |
| Datum provjere rada | 27.6.2023. |
| Ime datoteke | Martinovic_zavr_ni_radtt.docx |
| Veličina datoteke | 678,21 kB |
| Broj znakova | 58855 |
| Broj riječi | 9929 |
| Broj stranica | 48 |

Podudarnost studentskog rada:

| | |
|-----------------|----|
| Podudarnost (%) | 8% |
|-----------------|----|

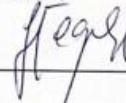
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

| | |
|---|--|
| Mišljenje mentora | |
| Datum izdavanja mišljenja | 27.6.2023. |
| Rad zadovoljava uvjete izvornosti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti | <input type="checkbox"/> |
| Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno) | Rad je korektno napisan, udovoljava traženim uvjetima. |

Datum

27.6.2023.

Potpis mentora



SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Osobitosti novorođenčadi..... | 2 |
| 1.1.1. Osobitosti terminskog novorođenčeta | 5 |
| 1.1.2. Osobitosti prijevremeno rođenog novorođenčeta | 8 |
| 1.2. Psihologija trudnoće i poroda..... | 12 |
| 1.3. Kvaliteta života majki | 14 |
| 2. CILJEVI I HIPOTEZE..... | 16 |
| 3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE | 17 |
| 3.1. Ispitanici/materijali..... | 17 |
| 3.2. Postupak i instrumentarij..... | 17 |
| 3.3. Statistička obrada podataka..... | 18 |
| 3.4. Etički aspekti istraživanja..... | 18 |
| 4. REZULTATI..... | 20 |
| 4.1. Fizičko funkcioniranje..... | 21 |
| 4.2. Ograničenja zbog fizičkih poteškoća | 22 |
| 4.3. Ograničenja zbog emocionalnih teškoća..... | 22 |
| 4.4. Socijalno funkcioniranje | 24 |
| 4.5. Tjelesna bol | 26 |
| 4.6. Energija i vitalnost | 26 |
| 4.7. Psihičko zdravlje | 27 |
| 4.8. Percepcija općeg zdravlja..... | 30 |
| 4.9. Samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine..... | 32 |
| 5. RASPRAVA..... | 34 |
| 6. ZAKLJUČAK | 37 |
| LITERATURA..... | 38 |
| PRIVITCI..... | 42 |
| Privitak A: Popis ilustracija..... | 42 |
| Privitak B: Upitnik SF-36 | 43 |
| ŽIVOTOPIS | 48 |

SAŽETAK

Uvod: Novorođenčad se s obzirom na vrijeme donošenja dijele na nedonošenu, terminsku i prenešenu. Sve skupine imaju svoje karakteristike po kojima ih se razlikuje. Tako je terminsku djecu lakše zbrinuti ukoliko nisu rođena sa određenim stanjima, dok nedonošena djeca često imaju niz stanja zbog svog nedovoljnog intrauterinog boravka. Porod je sam po sebi stresan za majku, dešavaju se razne hormonalne promjene, a one se moraju vrlo brzo adaptirati na novu ulogu u svome životu. Prijevremeni porod donosi još veću količinu stresa za majku i za dijete, nerijetko se nedonošeno dijete mora odvojiti od majke nakon poroda na duži period što posljedično uskraćuje primarno fizičko i psihičko povezivanje majke i djeteta. Zbog svih stanja koja mogu zadesiti dijete, majke prijevremeno rođene djece se nose sa većom količinom stresa negoli majke terminske djece.

Cilj istraživanja: Ispitati kvalitetu života majki prijevremeno rođene djece i majki terminske djece tijekom prve godine života djeteta te identificirati dimenzije kvalitete života koje su najlošije ocjenjene zasebno za svaku skupinu.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno putem online standardiziranog upitnika SF-36 kojega je ispunilo sveukupno 303 majki, od čega 181 majka prijevremeno rođenoga djeteta te 122 majke terminskoga djeteta.

Rezultati: Nije pokazana statistički značajna razlika između kvalitete života majki prijevremeno rođene djece i terminske djece, međutim, pokazala se razlika između jedne od dimenzija zdravstvenog funkcioniranja – socijalnog funkcioniranja u kojima su majke prijevremeno rođene djece ostvarile manji broj bodova.

Zaključak: Dobiveni rezultati pokazuju da zapravo nema razlike između kvalitete života majki prijevremeno rođene djece i terminske djece, već postoji razlika između jedne dimenzije zdravstvenog statusa čime je utvrđeno da majke prijevremeno rođene djece imaju lošije socijalno funkcioniranje od majki terminske djece tijekom prve godine djetetova života.

Ključne riječi: kvaliteta života, majka, nedonošče, prijevremeni porođaj, terminski porođaj

SUMMARY

Introduction: Depending on the delivery time, newborns can be divided into premature, term and postterm. Each group has their own characteristics that distinguish them. Thus, term children are easier to care for if they were not born with certain conditions while premature children often have a numrous conditions due to their short intrauterine stay. Childbirth itself is stressful for the mother when various hormonal changes occur and they have to adapt very quickly into a new role in their life. Premature birth brings even greater amount of stress for the mother and the child and often the premature child has to be separated from the mother for a long period after birth, which consequently deprives the primary physical and psychological connection between mother and child. Due to all the conditions that can befall a child, mothers of premature children deal with a greater amount of stress than mothers of term children.

Research objective: To examine the quality of life of mothers of prematurely born children and mothers of term children during the first year of child's life and to identify the dimensions of the quality of life that were rated the worst separately for each group.

Subjects and methods: The research was conducted using an online standardized SF-36 questionnaire which was completed by a total of 303 mothers, of which 181 were mothers of a premature children and 122 were mothers of term children.

Results: No statistically significant difference was shown between the quality of life of mothers of prematurely born children and term children, however, a difference was shown between one of the dimensions of health functioning – social functioning, in which mothers of prematurely born children achieved lower number of points.

Conclusion: The obtained results show that there is no difference between the quality of life of mothers of premature children and term children, but there is a difference between one dimension of health status, which determined that mothers of premature children have worse social functioning than mothers of term children during the first year of the child's life.

Key words: life quality, mother, preterm birth, preterm infant, term birth

1. UVOD

Prva četiri tjedna u životu djeteta nazivaju se novorođenačkom dobi, a ono, prema trajanju nošenja može biti donešeno (rođeno na termin), prenošeno (rođeno nakon termina) ili nedonešeno (rođeno prije termina). Trajanje nošenja ili gestacijska dob se počinje računati od prvoga dana posljednje majčine menstruacije te normalno trajanje nošenja iznosi 40 tjedana, odnosno 280 dana, a novorođenče se smatra donešenim ukoliko je nošeno punih 37 tjedana, odnosno 259 dana te se sukladno tome, svako dijete rođeno prije tog vremena smatra nedonoščem. Smatra se da je nedonošče sposobno za ekstrauterini život tek nakon navršena 22 tjedna gestacijske dobi, odnosno kada dosegne rodnu masu između 500 i 600 g. Smrtnost nedonoščadi uvelike ovisi o njihovoj rodnoj masi, odnosno učestalost ranog mortaliteta je veći što je porodna masa manja, te je najveći rizik od smrtnosti prisutan kod onih koji su se rodili sa manje od 1000 g tjelesne mase (1).

Uzrok prijevremenog poroda najčešće nije poznat, ali se smatra da na njega mogu utjecati socijalne i financijske odrednice obitelji, dob majke (veće su šanse za prijevremeni porod kod majki mlađih od 16 i starijih od 35 godina), bolesti majke, višeploidne trudnoće se također često ne završavaju u terminu, kromosomopatije fetusa, patologija placente i reproduktivnih organa tijekom trudnoće itd., ali na prijevremeni porod također može utjecati činjenica da je majka imala prijevremeni porod u nekoj od prethodnih trudnoća (1).

Kako bi se spriječila smrtnost nedonošene djece, ona se nakon poroda smještaju u perinatološke centre na odjele neonatologije gdje se sa tehnološkim uređajima mogu nadzirati vitalne funkcije djeteta te se na taj način mogu prevenirati poremećaji ili ih se može pravodobno otkriti (1). Samo prijevremeno rođeno dijete te činjenica o posebnosti tako rođenog djeteta stresno je za roditelje, posebice za majke (2). Roditeljima se osigurava stručno savjetovanje i edukacija sa fokusom na aktivno sudjelovanje u skrbi za dijete (3). Skrb za prijevremeno rođeno dijete podrazumjeva češće preglede djeteta te ovisno o razvoju djeteta. Sve navedeno ima utjecaj na kvalitetu života (4).

Kvaliteta života se može definirati kao koncept koji kao cilj ima ostvarivanje blagostanja. Neki od čestih parametara kojima se određuje kvaliteta života su fizičko, mentalno i duhovno zdravlje, odnosi, status obrazovanja, radna okolina i društveni status (5). Majke i njihova djeca imaju fiziološku potrebu da budu zajedno u trenutku rođenja, kao i u određenom vremenu nakon rođenja jer majka na taj način stječe osjećaj za djetetove potrebe. Odvajanje novorođenog djeteta od majke može kao posljedicu imati kratkoročne i dugoročne zdravstvene poteškoće za majku, što može utjecati na smanjenje njezine kvalitete života (6).

Tema istraživanja je usporedba kvalitete života majki prijevremeno rođene djece te majki terminske djece tijekom prve godine života djeteta. Dobiveni rezultati pomoći će u shvaćanju kvalitete života majki prijevremeno rođene djece u komparaciji s majkama terminske djece, te potencijalno dati osnovu i za daljnja istraživanja na ovu temu.

1.1. Osobitosti novorođenčadi

Sve dok se dijete ne prilagodi vanmaterničnim uvjetima života, ono se smatra novorođenčem, a s obzirom da je svako novorođenče različito, treba pratiti nestanak znakova intrauterinog života. Ovisno o porodnoj masi novorođenčeta, ona se mogu svrstati u eutrofičnu, hipotrofičnu i hipertrofičnu novorođenčad čije se granice određuju centilnim krivuljama s obzirom na gestacijsku dob (1).

Oko 10% sve novorođenčadi zahtijeva pomoć pri disanju nakon poroda, a cca 1% zahtijeva opsežne intervencije u svrhu preživljavanja, stoga je važno da svaka ustanova koja sadrži odjel za porode ima dobru organizaciju kao i prikladnu opremu za reanimaciju (8).

Preporuka je da se sva novorođenčad klasificira po porođajnoj masi i gestacijskoj dobi. Ovisno o gestacijskoj dobi se mijenja i očekivana porođajna masa djeteta (Tablica 1). Aproximativna masa djeteta se može pratiti tijekom trudnoće putem ultrasonografije, a te su informacije posebno važno roditeljima nedonoščadi (8).

Tablica 1 - Očekivana porođajna masa (50-a percentila)

| Gestacijska dob (u tjednima) | Porođajna masa (u gramima) |
|------------------------------|----------------------------|
| 24 | 700 |
| 26 | 900 |
| 28 | 1100 |
| 30 | 1350 |
| 32 | 1650 |
| 34 | 2100 |
| 36 | 2600 |
| 38 | 3000 |

S obzirom na porođajnu masu, novorođenčad dijelimo na:

- Mikronedonošče - <800g
- Ekstremno nisku porođajnu masu - <1000g
- Vrlo nisku porođajnu masu - <1500g
- Nisku porođajnu masu - < 2500g
- Normalnu porođajnu masu – od 2500g do 4000g
- Visoku porođajnu masu – od 4000g do 4500g
- Vrlo visoku porođajnu masu - >4500g (8).

S obzirom na gestacijsku dob, novorođenčad dijelimo na:

- Nedonošče – rođeno prije navršenih 37 tjedana trudnoće
- Kasno nedonošče – rođeno nakon navršena 34 tjedna trudnoće, a prije navršenih 37 tjedana trudnoće
- Terminsko novorođenče – rođeno nakon navršenih 37 tjedana trudnoće do navršenih 42 tjedana trudnoće
- Preneseno novorođenče – rođeno nakon navršena 42 tjedna trudnoće (8).

Terminologija koja se koristi za opisivanje i gestaciju novorođenčadi je:

- Kronološka (postnatalna) dob – označuje doba koje je prošlo od poroda
- Postmenstrualna dob – gestacijska dob zbrojena sa kronološkom dobi
- Korigirana dob – koristi se za nedonoščad do 3. godine života, a računa se na način da se kronološkoj dobi oduzme broj tjedana prije navršenih 40 tjedana gestacije (8).

Sva novorođenčad mora imati obavljen kompletan fizički pregled tijekom prva 24 sata života kako bi se na vrijeme uočile potencijalne abnormalnosti i kako bi se osigurao siguran vanuterini život. Pregled se sastoji od mjerenja vitalnih znakova – temperature, respiracija, krvnoga tlaka, pulsa te oksimetrije. Pregled srca i pluća je lakše obaviti ukoliko je dijete mirno, odnosno ne plače, stoga je potrebno stetoskop zagrijati prije nego se nasloni na djetetovu kožu. Zatim se mjeri opseg glave, duljina, masa, opseg prsa i abdomena te se određuje gestacijska dob. Treba se obratiti pozornost na generalan izgled djeteta, uočiti eventualne anomalije ili deformitete (8). Novorođenčadi se tijekom prvog pregleda ukapaju kapi vodene otopine 1%-tnog srebrnog nitrata ili 0,3%-tnu otopinu tobramicina zbog profilakse gonoroične oftalmije. Bitna je i nadoknada vitamina K koja se daje intramuskularno, donešenoj djeci u dozi 1g, a nedonoščadi u dozi 0,5mg (1).

Novorođenče se raznim procesima prilagođava vanuterinom životu. Mora se prilagoditi respiratorno, kardiovaskularno, termoregulatorno i imunološki. Preko 90% novorođenčadi se uspije nesmetano prilagoditi (9).

Fetus u maternici oksigeniranu krv dobiva putem placente, odnosno preko umbilikalne vene koja se nalazi u pupkovini. Svakom novorođenčetu je potrebno podvezati pupkovinu te se time povećava sistemski krvni tlak i nadražuje se simpatički živčani sustav djeteta. Podvezivanjem pupkovine se smanjuje koncentracija kisika, povećava se koncentracija ugljičnog dioksida te se pH krvi smanjuje. Na taj način se potiče centar za respiraciju da inicira udah. Zatvaraju se foramen ovale i duktus arteriosus čime novorođenče postepeno prelazi iz fetalne cirkulacije u cirkulaciju novorođenčeta. Uobičajene radnje koje se dešavaju tijekom poroda započinju sa inicijalnom ekspanzijom pluća, iza koje slijedi dječji plač (8, 9).

Dijete se također može roditi asfiksirano čime razvija primarnu apneju, a zbog stimulacije osjetila može se potaknuti spontana respiracija. Međutim, kod neke novorođenčadi asfiksija može potrajati te ukoliko potraje više od jedne minute, ono duboko dahće čime počinje faza sekundarne apneje, a disanje se u tom slučaju ne može izazvati senzornom stimulacijom. Ukoliko se promptno ne reagira u vidu pružanja ventilacijske potpore novorođenčetu, može doći do smrti novorođenčeta. Sekundarnu apneju treba prepoznati i na vrijeme reagirati pružajući reanimaciju. Prijevremeni porod ima visok rizik za potrebno provođenje reanimacije pri porodu (8).

Vitalnoj novorođenčadi ne trebaju nikakvi posebni postupci potpore, a ta novorođenčad je uglavnom donešena, kriči ili diše te ima dobar mišićni tonus. Vitalnost novorođenčadi se određuje pomoću Apgar score-a (Tablica 2) kada se pregled novorođenčeta obavlja tijekom prvih 60 sekundi, a potom 5 minuta nakon rođenja. Broj bodova se može kretati između 0 i 10. 0 označava teško ometene fizičke funkcije, a 10 optimalno vitalno novorođenče. Djeca koja imaju broj bodova u rasponu 8-10 najčešće nemaju potrebu za mjerama reanimacije te ih se može vratiti majci. Djeca čiji broj bodova iznosi 4-7 su djeca koja imaju umjereno ugrožene vitalne funkcije, a djeca čiji broj bodova iznosi 0-3 imaju vrlo ugrožene vitalne funkcije (1, 10).

Tablica 2 - Apgar score - način bodovanja

| Kriterij | Broj bodova | | |
|-------------------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Boja | Blijedo, plavo | Ružičasto tijelo, plavi ekstremiteti | Ružičasto cijelo tijelo |
| Puls | Nedostaje | <100 otkucaja/min | >100 otkucaja/min |
| Refleksni odgovor na podražaj | Nema | Grimase | Kihanje, kašljanje |
| Tonus mišićne mase | Opušteno | Fleksije ekstremiteta | Aktivno |
| Respiracije | Nedostaje | Nepravilne, spore | Dobre, plakanje |

1.1.1. Osobitosti terminskog novorođenčeta

Zdravo terminsko novorođenče je pri svijesti i aktivno te plaćem odgovara na podražaje iz okoline. Neurološki status i zrelost djeteta ovise o njegovoj posturi u ležećem položaju, a normalno je da je fleksirano u koljenima i laktovima, dok mu je glava uobičajeno zakrenuta na jednu stranu. Tjelesna masa, kako je prethodno navedeno ovisi i o gestacijskoj dobi, a ona se mijenja tijekom prvih 3 do 7 dana kada novorođenče izgubi do 10% svoje tjelesne mase (što se naziva fiziološkim padom tjelesne mase, a on je manji ukoliko novorođenče nakon poroda boravi uz majku). Prvotnu masu vrati između drugog i četvrtog tjedna života. Mekonij kod terminske djece uobičajeno izađe iz crijeva tijekom prva dva dana od rođenja. Dječaci u prosjeku imaju 100 do 150 g više nego djevojčice. Prosječna duljina novorođenčeta se kreće između 49 i 51 cm, a opseg glave iznosi prosječno 35 cm (1, 11).

Zdravo novorođenče ima ružičastu boju kože, a ukoliko plaće ona može biti i crvena. Cijanoza šaka i stopala ne mora biti patološka. Djeca se rode sa bijelom, masnom, voštanom naslagom znanom kao *vernix caseosa*, koja im prekriva cijelo tijelo, a koja ih je štitila od amnionske tekućine u maternici. Unutar prvih nekoliko dana, ljušti im se sloj epidermisa (*desquamatio neonatorum*), pogotovo na udovima. Kod neke novorođenčadi se primijeti mongolska pjega koja se nalazi na sakralnoj regiji, veličine je 2 do 8 cm, a uglavnom izbljedi do prve godine života. Velik broj novorođenčadi nakon nekoliko dana dobije žuticu koja je najčešće fiziološka zbog povećane količine nekonjugiranog bilirubina u serumu, a ukoliko se pojavi nakon navršениh 36 sati, radi se o patološkoj žutici. Također se na novorođenačkoj

koži mogu pojaviti promjene u obliku milija i komedona koji se nalaze na vlasištu i licu, a posljedice su djelovanja hormona majke. Oni sami nestaju tijekom prvih nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci života (1, 11).

Stražnja fontanela bi trebala biti zatvorena, a prednja otvorena, a njezina širina može varirati između 1 i 5 cm. Zdravo novorođenče bi trebalo biti aktivno u svakom položaju. Ako leži na leđima uobičajeno je da radi fleksije i ekstenzije udova, a u potrbušnom položaju imitira puzanje nalazeći se u potpunoj fleksiji ekstremiteta te bi u tom položaju trebalo moći okrenuti glavu na lijevu ili desnu stranu i na taj način si osloboditi nos za disanje. Novorođenčad se treba neurobihevioralno kategorizirati putem novorođenačkih refleksa jer su važni u procjeni zrelosti neurološkog statusa djeteta. Prikaz refleksa se nalazi u Tablici 3 (1, 11).

Tablica 3 - Novorođenački refleksi

| Naziv | Metoda ispitivanja | Normalan odgovor | Abnormalan odgovor |
|------------------------------------|---|---|---|
| Refleks sisanja | Djetetu staviti na usne čist prst ili ga staviti na dojku | Snažno sisanje | Odsustvo sisanja, ukazuje na razvojni defekt |
| Refleks traženja usnama | Podražavanje lateralnog kuta usana | Dijete okreće glavu na tu stranu, pokušava usnama dohvatiti predmet | Odsustvo odgovora, ukazuje na razvojni defekt |
| Refleks hvatanja | Prstom se pritisne dlan ili stopalo na razini metakarpalnih kostiju | Dijete čvrsto hvata prst | Odsustvo hvatanja (kod defekata kralježnične moždine) ili prejako hvatanje (ukazuje na bilatralnu cerebralnu ozljedu) |
| Pozitivna potporna reakcija | Držanje djeteta ispod aksila, postavljanje u vertikalni položaj, dijete dodiruje podlogu stopalima | Ekstenzija donjih ekstremiteta i trupa | Odsustvo ekstenzije ekstremiteta |
| Automatski hod | Držanje djeteta ispod aksila, postavljanje u vertikalni položaj, nagnjanje djetetova tijela prema naprijed, dijete dodiruje podlogu stopalima | Automatski hod, naizmjenične kretnje | Odsustvo hoda |
| Moorov refleks | Podizanje glave djeteta u | Abdukcija ruku u | Odsustvo reakcije ili |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | ležećem položaju, jednom rukom se drži glavica djeteta, drugom se pridržavaju leđa, dlan koji pridržava glavicu se spusti za 10° | ramenima, ekstenzija laktova i zglobova šake | asimetrična reakcija, ukazuje na nedonošenost, intrakranijalnu ozljedu pri porodu, depresiju centralnog živčanog sustava |
| Magnusov nesimetrični tonički refleksi vrata na ekstremitete | U ležećem položaju zakrenuti glavicu djeteta prema jednoj strani | Ruka i noga na strani gdje je glavica okrenuta su ekstenzirane, a na suprotnoj strani fleksirane | Odsustvo ili pretjerana reakcija, ako je refleksi unilateralan, ukazuje na oštećenje mozga suprotne hemisfere |

U zdrave novorođenčadi puls iznosi između 95 i 160 otkucaja u minuti, a u onih koji su prenešeni, puls može iznositi 80 otkucaja u minuti. Najbolje ga je palpirati na femoralnoj arteriji. Tahikardija i bradikardija uglavnom označuju hipoksiju. Broj udisaja u minuti iznosi između 30 i 60. Povremene pauze u disanju od 5-10 sekundi su smatrane normalnim. Krvni tlak novorođenčeta iznosi otprilike 70/50 mmHg prilikom poroda, a do četvrtog dana naraste do 80/60 mmHg. Krvni tlak se može razlikovati do 10 mmHg ovisno o ekstremitetu na kojemu se mjeri. Saturacija mora biti veća od 95% kada se mjeri na donjem ekstremitetu (11), a normalna temperatura iznosi između 36,0 i 36,5°C mjerena na koži trbuha odnosno 37,0 do 37,5°C mjerena rektalno. Novorođena djeca imaju slabiju termičku izolaciju površine tijela zbog tanje kože i manje količine masnoga tkiva, a malen toplinski kapacitet, stoga je važno održavati optimalnu temperaturu okoline, odnosno 24°C održavajući vlagu prostora na razini od 50% i izostavljajući propuh u prostoriji (1).

Pupčani se bataljak podvezuje na udaljenosti 10 cm od trbušne stijenke. Nakon podvezivanja se dezinficira, umota u sterilnu gazu te se premota zavojem za pupak. On se suši i otpada prosječno 14 dana nakon poroda, a pupčana ranica zatim cijeli. Pupčani bataljak treba redovito pregledavati jer može doći do infekcije pupka ukoliko se on sporo epitelizira. Također, može doći do granuloma pupka ukoliko iz pupčane ranice nastaje granulacijsko tkivo, a to se liječi dodirivanjem granulacijskog tkiva štapićem koji u sebi sadrži srebrni nitrat. Prema istraživanju Unal, S., Demirel, N., Arslan, Z., Tokgoz-Cuni, B., Ulubas-Isik, D. i Bas, A. Y. iz 2022. godine, nema razlike u otpadanju pupčanog bataljka između spolova djeteta i vrste poroda (1, 11, 12).

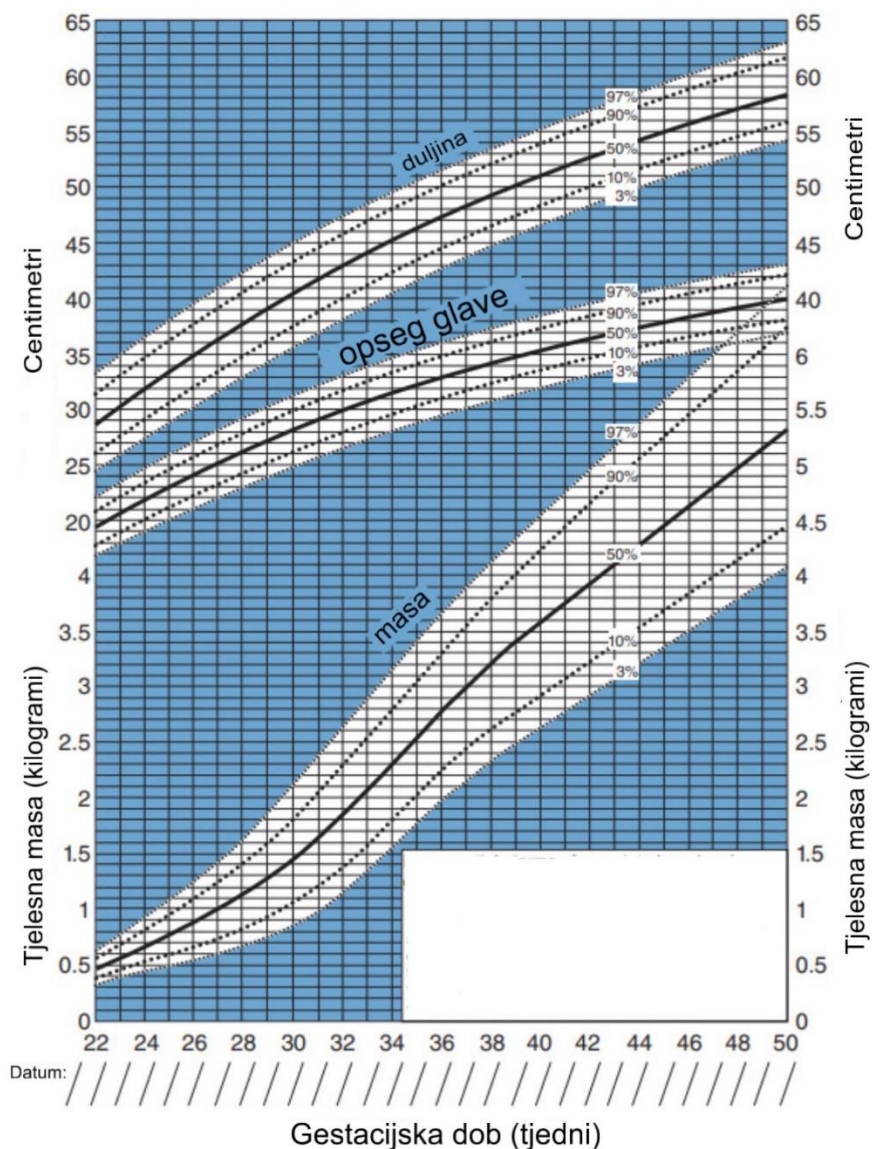
U neke novorođenčadi je također moguće vidjeti povećanje grudi, kako u djevojčica, tako i u dječaka, zbog djelovanja majčinih hormona odnosno stimulacije estrogena na razini tkiva dojke. Najbolje se primijeti između 8. i 10. dana života. Iz dojki ne izlazi mlijeko, ali se

može pojaviti žućkasta tekućina u maloj količini. Dojke se ne bi smjele dirati zbog potencijalnog nastanka novorođenačkog mastitisa. Kod muške novorođenčadi testisi bi trebali biti spušteni, a hidrokela testisa se pojavljuje krajem prvog tjedna života te prolazi sama. Kod ženske djece velike usne u potpunosti prekrivaju male. Ponekad se zbog djelovanja majčinih hormona može pojaviti sukrvavi, sluzavi iscjedak iz rodnice koja ne zahtijeva liječenje i bezopasan je (1, 11, 13).

1.1.2. Osobitosti prijevremeno rođenog novorođenčeta

Nedonošenost, odnosno mala porođajna masa djeteta je velik uzrok neonatalne smrtnosti, a tako čak 40,5% djece rođene sa 500-999 g umre u novorođenačkoj dobi. Preživljavanje, osim o porođajnoj masi djeteta, ovisi o raznim faktorima kao što su intrauterini razvoj djeteta, gestacijska dob, zrelost ploda, ali i skrb trudnice i novorođenčeta, stoga tijekom prva 24 sata kod nedonoščadi treba pratiti boju kože, procjenjivati respiratorni distres, tonus mišića, pokrete i aktivnost, hranjenje, mekonij i urin te pupčani bataljak (1, 11, 14).

Izgledom imaju veliku glavu u odnosu na trup. Mišići su im hipotonični stoga najčešće leže sa ispruženim ekstremitetima. Nisu motorički aktivni, imaju slab glas, rijetko plaču zbog nerazvijenosti pluća radi koje mogu imati problema sa disanjem. Tjelesna masa nedonoščeta je vrlo važan podatak, a postoje percentilne krivulje kojima se prate masa, duljina i opseg glave novorođenčeta s obzirom na gestacijsku dob (Slika 1). Nedonošena djeca, poput terminske djece imaju 10% fiziološkog pada tjelesne mase koju bi trebali nadoknaditi unutar 2 tjedna (1, 11, 15, 16).



Slika 1 - Percentilne krivulje tjelesne mase, duljine i opsega glave nedonoščadi s obzirom na gestacijsku dob

Izvor: Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. NEONATOLOGY Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs

Koža nedonoščeta je tamnoružičaste do crvene boje, vrlo je tanka, mekana i prozirna. Ispod kože se nalazi mali postotak masnoga tkiva. Imaju vrlo mekanu kosu te veliku količinu lanugo dlačica po tijelu. Na stopalima su im nepotpuni kožni nabori. Bradavice su vrlo male, promjera manjeg od 3 mm. Uške im nisu razvijene već su mekane i plosnate, a gornji rub uške nije uvrnut. Genitalije su nerazvijene; kod muške djece testisi se nalaze u ingvinalnom kanalu, glatki su i bez nabora, a kod ženske djece labia major ne pokriva labiu minor te je klitoromegalija uobičajena (1, 11, 17).

Zbog malog postotka masnoga tkiva, nedonoščadi problem stvara regulacija temperature. Veći je problem termoregulacije ukoliko je porodna masa manja. Tako za nedonoščad porodne mase između 1800 i 2500 g ne treba drukčiji oblik termoregulacije u odnosu na terminsku djecu. Djeca porodne mase 1000-1800 g se trebaju smjestiti u inkubatore ili ispod grijalica. Kod djece porodne mase manje od 1000 g, treba se postaviti grijaća podloga pod njih uz grijalice koje su iznad, a trebaju zagrijavati na temperaturu od cca 35°C. Ukoliko se dijete smješta u zatvoreni inkubator, osim podešavanja temperature na 36,0-36,5°C, treba podesiti vlažnost zraka na razinu 40-50% (a sve do 89%) (1, 8, 17).

Hranjenje bi trebalo započeti što ranije i održavati ga sve do potpunog prelaska na enteralnu prehranu. Rano davanje enteralnih obroka ima utjecaj na jačanje imunološkog sustava i na bolju endokrinološku prilagodbu. Sa enteralnom prehranom bi se trebalo započeti unutar prva 24 sata nakon poroda jer je povezana sa boljim dobitkom mase. Ukoliko je moguće, dijete bi trebalo dobiti jer se na taj način smanjuje rizik nekrotizirajućeg enterokolitisa te se pospešuje neurološki i kognitivni razvoj. Nedonošena djeca imaju oslabljen refleks sisanja stoga postoji mogućnost od aspiracije uslijed kašlja te im se može uvesti nazogastrična sonda za hranjenje. Važno ih je pravilno hraniti, a njihove nutritivne potrebe variraju između 110 i 140 kcal/kg/dan od čega je 70-90 kcal/kg/dan neproteinskog porijekla. Važan je poseban sastav hrane jer imaju smanjenu mogućnost apsorpcije masti kao i vitamina topivima u mastima. Također, imaju veće potrebe za cinkom u odnosu na terminsku djecu jer je 60% fetalnog cinka stečeno u trećem tromjesečju trudnoće. Kod prijevremeno rođene djece mekonij prođe crijeva kasnije u odnosu na terminsku djecu. (1, 8, 18, 19).

Prijevremeno rođena djeca imaju poremećen razvoj krvnih žilica retine te samim time imaju veću tendenciju za razvoj oftalmoloških bolesti; čest je razvoj prematurne retinopatije i konjunktivitisa. Retinopatija nedonoščadi je reverzibilna, ali samo u ranim fazama razvoja bolesti, a ako se ne liječi pravodobno, može doći do sljepoće. Kod nedonoščadi sklera (jer je tanja) može imati plave tonove. (1, 8)

Krvni tlak novorođene djece ovisi o gestacijskoj dobi, porođajnoj masi i postnatalnoj dobi, pogotovo u prva 72 sata života. U Tablici 4 su prikazani rasponi sistoličkog, dijastoličkog i srednjeg arterijskog tlaka (izraženi u mmHg) prijevremeno rođene djece u odnosu na gestacijsku i postnatalnu dob. Kod novorođenčadi vrlo niske porođajne mase puls je ubrzan i iznosi između 140 i 160 otkucaja u minuti. Broj respiracija u minuti može varirati između 20 i 60 u minuti, međutim najčešće iznosi 30. Nedonošeno dijete može pokazati

minimalne odgovore na bol, a to se dešava ukoliko je pod stresom. Plačem izražavaju bol tek nakon 32 tjedna gestacijske dobi (8, 20).

Tablica 4 - Vrijednosti krvnoga tlaka nedonoščadi u odnosu na gestacijsku dob

| Postnatalna dob (dani) | Gestacijska dob (nekritično bolesna novorođenčad) | | | |
|------------------------|--|--|--|--|
| | ≤28 tjedana | 29-32 tjedna | 33-36 tjedana | 37 tjedana |
| 1 | Sistolički: 38-46 Dijastolički: 23-29 Srednji: 29-35 | Sistolički: 42-52 Dijastolički: 26-38 Srednji: 33-43 | Sistolički: 51-61 Dijastolički: 32-40 Srednji: 39-47 | Sistolički: 57-69 Dijastolički: 35-45 Srednji: 44-52 |
| 2 | Sistolički: 38-46 Dijastolički: 24-32 Srednji: 29-37 | Sistolički: 46-56 Dijastolički: 29-39 Srednji: 35-45 | Sistolički: 54-62 Dijastolički: 34-42 Srednji: 42-48 | Sistolički: 58-70 Dijastolički: 36-46 Srednji: 46-54 |
| 3 | Sistolički: 40-48 Dijastolički: 25-33 Srednji: 30-38 | Sistolički: 47-59 Dijastolički: 30-35 Srednji: 37-47 | Sistolički: 54-64 Dijastolički: 35-43 Srednji: 42-50 | Sistolički: 58-71 Dijastolički: 37-47 Srednji: 46-54 |
| 4 | Sistolički: 41-49 Dijastolički: 26-36 Srednji: 31-41 | Sistolički: 50-62 Dijastolički: 32-42 Srednji: 39-49 | Sistolički: 56-66 Dijastolički: 36-44 Srednji: 44-50 | Sistolički: 61-73 Dijastolički: 38-48 Srednji: 46-56 |
| 5 | Sistolički: 42-50 Dijastolički: 27-37 Srednji: 32-42 | Sistolički: 51-65 Dijastolički: 33-43 Srednji: 40-50 | Sistolički: 57-67 Dijastolički: 37-45 Srednji: 45-53 | Sistolički: 62-74 Dijastolički: 39-49 Srednji: 47-57 |
| 6 | Sistolički: 44-52 Dijastolički: 30-38 Srednji: 35-43 | Sistolički: 52-66 Dijastolički: 35-45 Srednji: 41-51 | Sistolički: 59-69 Dijastolički: 37-45 Srednji: 45-53 | Sistolički: 64-76 Dijastolički: 40-50 Srednji: 48-58 |
| 7 | Sistolički: 47-53 Dijastolički: 31-39 Srednji: 37-45 | Sistolički: 53-67 Dijastolički: 36-44 Srednji: 43-51 | Sistolički: 60-70 Dijastolički: 37-45 Srednji: 45-53 | Sistolički: 66-76 Dijastolički: 40-50 Srednji: 50-58 |
| 30 | Sistolički: 59-65 Dijastolički: 35-49 Srednji: 42-56 | Sistolički: 67-75 Dijastolički: 43-53 Srednji: 52-60 | Sistolički: 68-76 Dijastolički: 45-55 Srednji: 53-60 | Sistolički: 72-82 Dijastolički: 46-54 Srednji: 55-63 |

Izvor: Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. NEONATOLOGY Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs

Prijevremeno rođena djeca imaju nezrelu centralnonervnu regulaciju disanja te uz to imaju malu količinu surfaktanta u plućima. Zbog uskog i mekanog prsnog koša te zbog nerazvijene respiracijske muskulature, podložni su razvoju plućnih bolesti poput pneumotoraksa ili hemoragije pluća. Rana primjena surfaktanta smanjuje rizik za razvoj kroničnih plućnih bolesti kod nedonošene djece (1, 8).

Nedonošenost je jedan od vodećih uzroka neurorazvojnih bolesti. Tonus mišića im je oslabljen, vid je smanjen, a u odnosu na terminsku djecu, rade više asimetričnih pokreta. Imaju veći rizik od razvoja ADHD-a, poremećaja iz spektra autizma, oslabljene kognitivne, senzorne i motoričke funkcije i razvoja bolesti poput depresije. S obzirom da prijevremeno

rođena djeca nemaju razvijene funkcije poput terminske djece, koristi se korigirana dob kako bi se odredilo vrijeme kada dijete treba izvršiti određenu radnju koju izvršava terminsko dijete, stoga ih se ne promatra u odnosu na kronološku dob. Zbog toga će nedonoščad imati novorođenačke reflekse (Tablica 3) kasnije u odnosu na terminsku djecu. Korigirana dob se koristi otprilike do navršene treće godine djetetova života kada bi se razvoj nedonošenog i terminskog djeteta trebao izjednačiti. Ukoliko to nije slučaj, smatra se da se radi o nedovoljnoj neurorazvijenosti nedonošenog djeteta (8, 21, 22).

Zbog nedostatnog intrauterinog razvoja, nedonoščad se može suočiti sa raznim problemima i bolestima poput hipoglikemije (zbog smanjene rezerve glikogena i velike potrošnje energije na termoregulaciju), hipokalcijemije, labilne acidobazne ravnoteže (zbog smanjene funkcije bubrega i pluća), imaju nezrele enzimske sustave u jetri, veći rizik za apneju u odnosu na terminsku djecu, hipotenziju, bradikardiju, povećanu masu eritrocita te njihov skraćeni život, sklonosti nastajanja ikterusa, podložniji su rahitisu i sideropeničnoj anemiji, retinopatiji, a posebno su pod rizikom od nastanka infekcija (1, 11).

1.2. Psihologija trudnoće i poroda

Trudnoća je kompleksni fenomen u ženinom životu koji uz fizičke i somatske promjene uključuje i psihološke i socijalne promjene. Tijekom trudnoće, pogotovo prve, žene ulaze u razdoblje kada se intenzivno pripremaju za ulogu buduće majke. U tom periodu se javljaju promjene poput ambivalencije, čestih promjena raspoloženja, anksioznosti i stresa. Nošenje sa tim faktorima ovisi o njihovim vlastitim osobnostima, načinu života, društvenom okruženju i sposobnosti na prilagodbu. Zbog tih faktora, trudnice se osjećaju ranjivima (23, 24).

Unatoč tomu, niti jedno iskustvo u ženinom životu nije toliko dojmljivo, sveobuhvatno i niti jedno iskustvo ne mijenja njihov život osim činjenice da će postati majke, što ostavlja veliki trag na njihovo psihološko stanje. Kada se žene pripremaju za rođenje djeteta, okolina se uglavnom fokusira samo na fizičke dobrobiti majke i nerođenog djeteta, međutim, majke znaju da je posrijedi više od fizičkih promjena. Majčinstvo je nadasve duboko psihološko iskustvo jer se samom spoznajom o trudnoći njihov um aktivno priprema za njihovu novu ulogu (25).

Tijekom trudnoće, razine progesterona rastu, što uzrokuje da majke u tom periodu postanu zaštitnički nastrojene i vrlo oprezne kako bi osigurale svoje zdravlje i zdravlje djeteta, a tada im je iznimno potrebna podrška i sigurnost. Porođaj može postati traumatičan događaj

ukoliko se tijekom trudnoće ili poroda dožive strahovi, bespomoćnost, bolovi i/ili gubitak kontrole, a dokazano je i da 49% majki prijevremeno rođene djece doživi traumatske reakcije godinu dana nakon poroda (25, 26).

Istraživanja iz područja opstetricije i porodništva pokazuju korelaciju između emocija i stavova o porodu sa ishodom poroda. Uz to je važno istaknuti da mentalno zdravlje roditelja ima direktnu poveznicu sa djetetovim kognitivnim, emocionalnim, socijalnim i fizičkim razvojem, stoga buduće majke trebaju sačuvati svoje psihičko zdravlje tijekom trudnoće (26, 27, 28).

Hormonalne promjene u trudnoći mogu utjecati na psihičko zdravlje, stoga je uobičajeno da trudnice imaju promjene raspoloženja velikog raspona, od sreće i uzbuđenja sve do napadaja anksioznosti. Važno je uočiti psihičke promjene tijekom i nakon trudnoće kako bi se očuvalo zdravlje majke i djeteta. Trudnice su također pod pritiskom zbog informacija iz okoline koje nametljivo sugeriraju način života kakav bi trebale voditi, što uključuje prehranu, načine poroda i slično. Uz to, negativnu posljedicu na njih mogu ostaviti komentari na račun njihova ponašanja tijekom trudnoće. Unatoč uzbuđenju, žene zbog toga mogu biti pod stresom; preispituju svoju sposobnost da budu majke, razmišljaju hoće li nekim svojim postupkom naškoditi djetetu, imaju strah od poroda i neizvjesne su oko budućnosti nakon rođenja djeteta (28, 29).

Novopečene majke bez emocionalne podrške iz okoline mogu imati simptome tjeskobe, a djeca mogu pokazivati simptome depresije. Njihovo emocionalno stanje također može biti narušeno ukoliko su socijalno izolirane, imaju niska primanja, ukoliko su samohrane majke, imaju loš odnos sa partnerom ili su maloljetne. Prosječno 9-13% žena doživi depresiju u jednom periodu trudnoće, a 13-15% žena doživi anksioznost. 13-21% žena doživi depresiju u prvih godinu dana života djeteta, a njih 13% doživi anksioznost. Nedostatak socijalne podrške je značajan faktor u razvoju depresije ili anksioznosti nakon porođaja (25, 30).

Nakon porođaja zdravoga djeteta, dijete se položi majci na prsa te se na taj način ostvaruje kontakt „koža na kožu“. Takav kontakt stimulira lučenje oksitocina u majci i novorođenom djetetu. Oksitocin je hormon koji djeluje umirujuće, stvara vezu između majke i djeteta i smanjuje razinu stresa. Dijete položeno na prsa majke čuje njezine otkucaje srca te se time stimuliraju osjećaju koje je imalo intrauterino što djeluje antistresno na dijete. Takva poveznica ima pozitivne učinke na djetetove neurofizičke prilagodbe, a dokazano je da djeca koja imaju kontakt „koža na kožu“ sa svojom majkom imaju bolje fiziološko funkcioniranje

od djece koja taj kontakt nemaju. On također doprinosi regulaciji temperature, pulsa, respiracija i gastrointestinalnoj prilagodbi (31).

Već je navedeno da prijevremeno rođena djeca i djeca male porođajne mase imaju veći rizik od neonatološkog mortaliteta, kao i rizik za obolijevanje od kroničnih bolesti. Dokazano je da je kontakt „koža na kožu“ povezan sa smanjenjem mortaliteta novorođenčadi, a on također povećava vjerojatnost uspostave dojenja. Povezan je i sa smanjenjem rizika od nastanka sepse, hipotermije i hipoglikemije kod novorođenčadi, što je osobito važno kod nedonošene djece. Također, djeca koja imaju kontakt „koža na kožu“ sa svojom majkom, iskuse manje boli tijekom hospitalizacije. Prema SZO, takva vrsta povezivanja ne bi trebala trajati kraće od 60 minuta jer česte promjene izazivaju djetetu stres. Trebale bi se primjenjivati što je češće moguće, ponajprije u bolnici, a zatim i nakon otpusta. Nažalost, kod nedonošene ili bolesne novorođenčadi koja imaju potrebu za produženom hospitalizacijom, neophodno je odvajanje djeteta od majke te im je kontakt „koža na kožu“ uskraćen, kao i benefiti koji se njime ostvaruju (32, 33).

1.3. Kvaliteta života majki

Kvaliteta života je individualna percepcija vlastitoga života jedne osobe na koju mogu utjecati čimbenici poput kulture, vrijednosti, fizičko, psihološko i socijalno blagostanje. Iako se rođenje djeteta često percipira kao uzbudljivo i sretno razdoblje u životu žene, taj period može biti karakteriziran raznim izazovima poput psihosocijalnog stresa, poremećaja spavanja, ali i rizika od postpartalne depresije koja zahvaća velik broj žena te određuje kvalitetu života nakon porođaja. Žene nakon poroda često imaju promjene u odnosima sa supružnikom, osjećaju umor i imaju narušenu sliku o sebi (34, 35, 36).

Razdoblje postpartuma počinje rođenjem djeteta i traje do 6 mjeseci. Sociodemografski podaci poput dobi majke, razine obrazovanja i povijesti reprodukcije utječu na njezino poimanje i iskustvo postnatalnog perioda. Ukoliko novorođenče ima kolike ili loš obrazac spavanja, majčine negativne emocije u tom periodu mogu zasjeni sreću i radost koju je imala u početku. Istraživanje (Abacı FB, Gökçe S, Tuygun N, Karacan CD, Öner Ö, 2013) pokazuje da majke čija je novorođenčad imala kolike, imaju više simptoma depresije i općeg lošeg stanja. Majke koje su imale deprivacije sna u postpartumu su bile izložene stresu, anksioznosti i depresiji. Kvaliteta života majki u postpartumu također ovisi o doživljaju i iskustvu poroda, tako majke koje imaju pozitivno iskustvo poroda imaju bolju kvalitetu života (34, 35, 37).

Kod svakog roditelja se javlja osjećaj zabrinutosti za dijete. Prijevremeni porod je najčešće sam za sebe vrlo stresan i traumatičan za oba roditelja. Roditelji su često nakon prijevremenog poroda odvojeni od svoga djeteta te se suočavaju sa neizvjesnošću u vezi zdravlja i razvoja svoga djeteta. Danas je poznato da prijevremeno rođena djeca uz niz fizičkih poteškoća, mogu imati poteškoće mentalnog razvoja. Zbog svih navedenih faktora, majke, ali i očevi prijevremeno rođene djece, u velikom broju (cca 40% njih) doživljava simptome depresije, a jedna trećina roditelja doživi simptome posttraumatskog stresa kada je riječ o porodu koji je iznimno prijevremen (38).

Istraživanje iz 2014. godine koje su proveli Misund, A.R., Nerdrum, P. i Diseth, T.H. je pokazalo da su majke prijevremeno rođene djece u većem riziku od nastanka depresije u odnosu na majke terminske djece nedugo nakon poroda. Također, isto istraživanje je pokazalo da su majke čija su djeca rođena sa vrlo niskom porođajnom masom, podložnije razvoju depresije unutar godine dana od poroda.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

C1: Ispitati kvalitetu života majki prijevremeno rođene djece i majki terminske djece tijekom prve godine života djeteta

C2: Identificirati dimenzije kvalitete života koje su najlošije ocjenjene zasebno za svaku skupinu

H1: majke prijevremeno rođene djece imaju lošiju kvalitetu života u usporedbi s majkama terminske djece

H2: dimenzije kvalitete života koje su identificirane kao najlošije zasebno za svaku skupinu su socijalno funkcioniranje, emocionalne poteškoće i psihičko zdravlje

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

3.1. Ispitanici/materijali

Ispitati će se majke prijevremeno rođene djece te majke terminsko rođene djece na način da će ispuniti anketu na stranici Google Forms. Anketa je anonimna i biti će dostupna na društvenoj mreži *Facebook* u grupama „*Palčići*“, „*Trudnice i mame – iskustva, savjeti*“, „*Trudnice & Mame – Savjeti & potpora 2022/2022*“. Anketa se odnosi na majke prijevremeno rođene i terminske djece. U istraživanju će sudjelovati prigodan uzorak ispitanika, odnosno najmanje 100 majki prijevremeno rođene djece i najmanje 100 majki terminski rođene djece. Anketa će biti dostupna za ispunjavanje 15 dana od njezine objave. Ovo istraživanje je fundamentalno, opservacijsko i presječno.

3.2. Postupak i instrumentarij

Podaci će se prikupljati pomoću Google Forms ankete pod nazivom „*Kvaliteta života majki prijevremeno rođene djece i terminske djece tijekom prve godine života djeteta*“. Upitnik koji će se koristiti u ovom istraživanju je SF-36 (Short Form 36) standardizirani upitnik zdravstvenog statusa s 36 pitanja (7). Rezultati upitnika se standardno izražavaju na devet dimenzija koje čine profil zdravstvenog statusa, a to su: 1. fizičko funkcioniranje, 2. ograničenja zbog fizičkih poteškoća, 3. ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, 4. socijalno funkcioniranje, 5. psihičko zdravlje, 6. energija i vitalnost, 7. tjelesni bolovi, 8. percepcija općeg zdravlja te 9. samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine. Ispitanice trebaju označiti koliko su često u prvoj godini života djeteta doživjele navedena iskustva iz upitnika. Svako pitanje nosi određeni broj bodova, a manji broj bodova ukazuje na lošiju kvalitetu života ispitanica u prvoj godini života djeteta.

Anketa će biti dostupna na društvenoj mreži *Facebook* u grupama namijenjenim majkama nedonoščadi te grupama za savjete i potporu majkama. Tako će sudionice biti majke nedonoščadi i terminske djece koje se odluču na ispunjavanje ankete. Biti će naglašeno da se anketni upitnik odnosi isključivo na kvalitetu života tijekom prve godine djetetova života. Prije sadržaja upitnika, osobe koje se odluču ispunjavati anketu najprije će označiti jesu li majke terminski rođene djece ili prijevremeno rođene djece te će se na taj način formirati dva uzorka majki. Primjena će biti individualna, a podaci će se prikupljati automatskim

transferom odgovorenih pitanja u Microsoft Office Excel. Biti će pojašnjeno koje ispitanice ulaze u istraživanje, te anonimnost i dobrovoljnost pri ispunjavanju upitnika. Kvaliteta prikupljanja podataka će se osigurati izostankom identifikacijskih podataka prilikom ispunjavanja što će rezultirati iskrenim odgovorima. Potencijalni problem u istraživanju je nedostatan broj ispitanica s obzirom da mogu odustati od ispunjavanja upitnika u svakom trenutku rješavanja istoga. To će se pokušati prevenirati jednostavnim i sistematičnim oblikovanjem upitnika na platformi Google Forms te višestrukim objavljivanjem poveznice upitnika u navedenim grupama.

3.3. Statistička obrada podataka

Dobiveni podaci će se analizirati metodama deskriptivne i analitičke statistike u programu Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.) te u programu Microsoft Office Excel u kojem će se prikazati odgovori sa platforme Google Forms. Svi podaci biti će obrađeni prema standardiziranom upitniku SF-36. Ispitanice su majke prijevremeno rođene djece te djece rođene u terminu te će se na taj način formirati dvije grupe ispitanica koje će se uspoređivati. Sve ljestvice koje će se prikazivati su kvantitativne, a opisivati će se aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom.

Za testiranje prve hipoteze koristiti će se razlika u subskalama između dvije grupe ispitanica koristeći t-test za dva nezavisna uzorka u kojemu prvu grupu čine majke prijevremeno rođene djece, a drugu grupu majke djece rođene u terminu. T-testom će se usporediti aritmetičke sredine bodova ostvarenih ispunjavanjem upitnika zasebno za svaku od dimenzija koje se ispituju, te će se usporediti aritmetičke sredine bodova ostvarenih u cjelokupnom rješavanju upitnika. Za testiranje druge hipoteze će se koristiti izračunavanje aritmetičke sredine te standardne devijacije za svaku od dimenzija kvalitete života te njihova usporedba unutar skupine, zasebno za svaku skupinu. Razina statističke značajnosti za sve testove među kojima se provodi usporedba iznosi $p < 0,05$. Podaci će biti prikazani tablično i grafički.

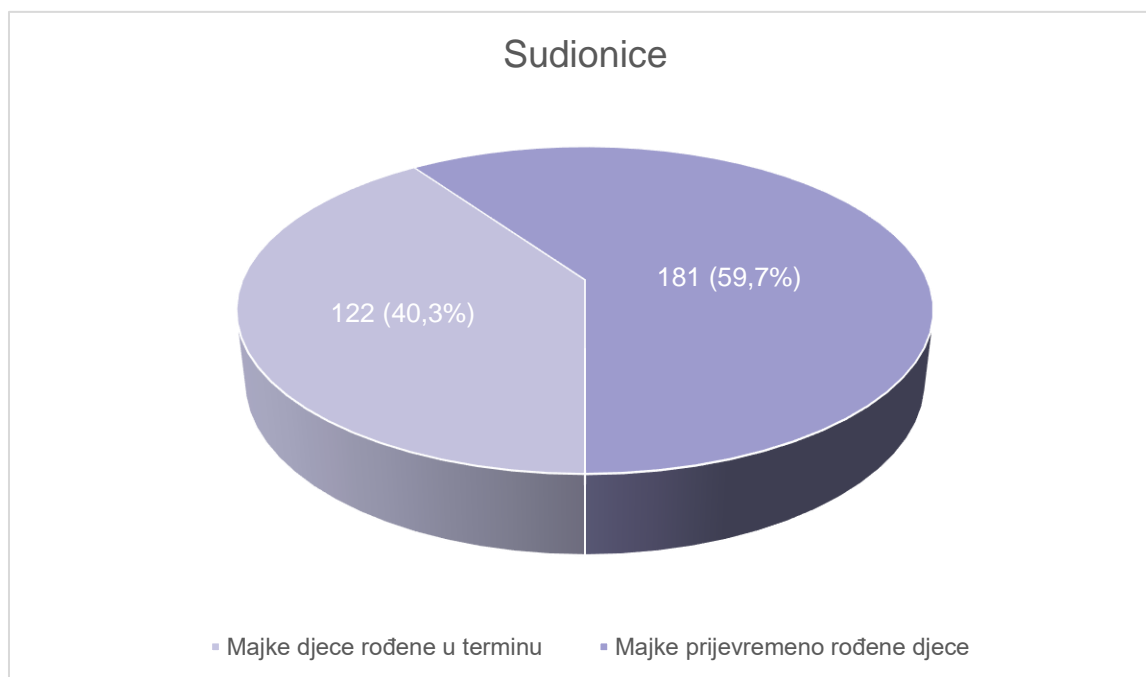
3.4. Etički aspekti istraživanja

U opisu ankete biti će naznačeno da je anketa anonimna, dobrovoljna te da su odgovori na pitanja dostupni isključivo autoru istraživanja. Identifikacijski podaci se neće

prikupljati stoga neće biti moguće znati osobne podatke osobe koja je ispunila upitnik sa naglaskom na zaštitu identiteta ispitanika. U svakom trenutku sudionice mogu odustati od rješavanja ankete. Prikupljeni podaci koristiti će se isključivo za potrebe izrade završnog rada. Prema navedenome, ovo istraživanje pripada istraživanjima niskog rizika.

4. REZULTATI

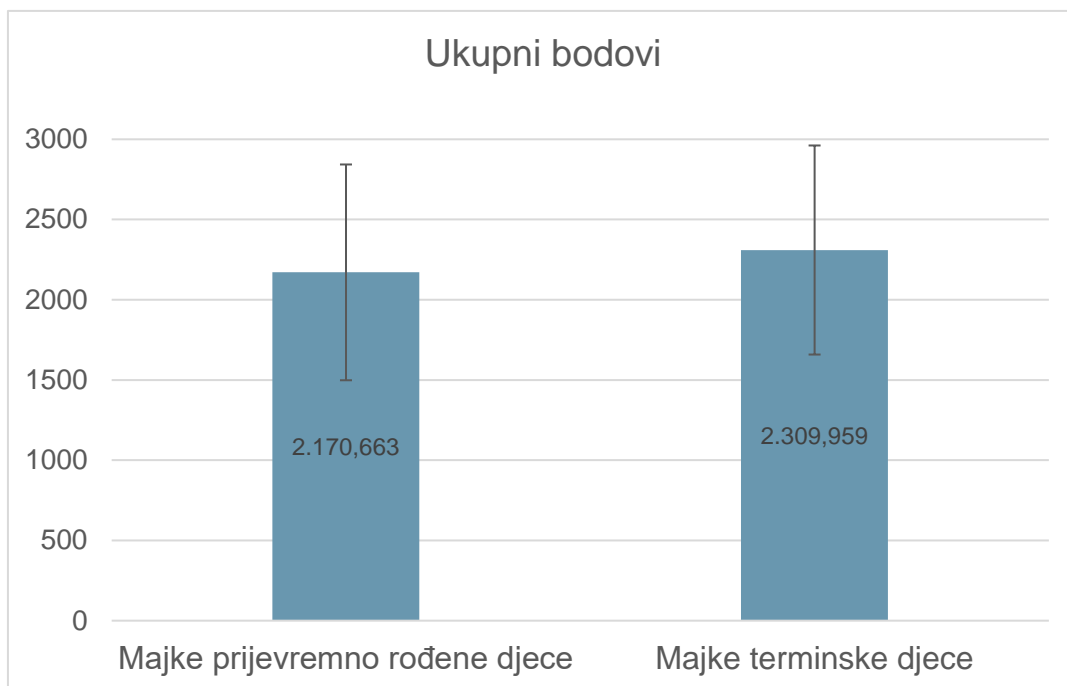
U istraživanju su sudjelovale 303 ispitanice, od čega 122 (40,3%) majke djece rođene u terminu i 181 (59,7%) majka prijevremeno rođene djece.



Graf 1 - Sudionice u istraživanju

Tijekom statističke obrade, svaki odgovor na pitanje se zamjenjuje sa određenim brojem bodova. Veći broj bodova ukazuje na veću kvalitetu života. Bodovi su u rasponu 0-100 od čega 0 označuje najlošiju kvalitetu života, dok 100 označuje najbolju kvalitetu života. S obzirom da se u upitniku nalazi 36 pitanja, najveći mogući broj bodova iznosi 3600, a najmanji broj bodova iznosi 0.

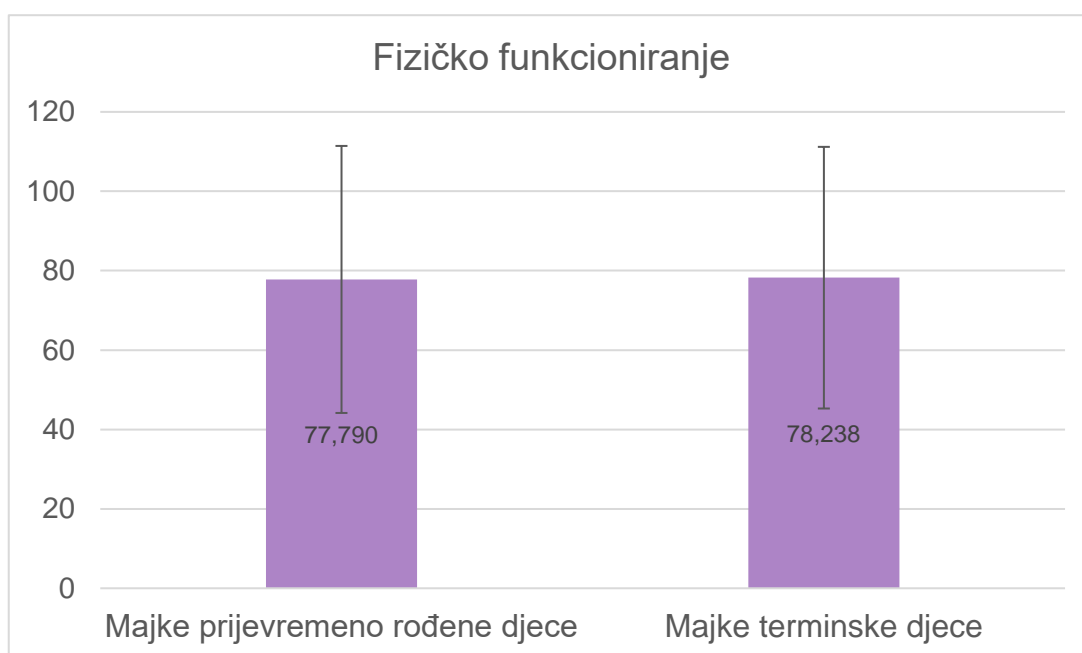
Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 2170,663 sa standardnom devijacijom 672,367. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 2309,959 sa standardnom devijacijom 651,422. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 1,802 ($t < t_g = 1,96$).



Graf 2 - Ukupan broj bodova između skupina

4.1. Fizičko funkcioniranje

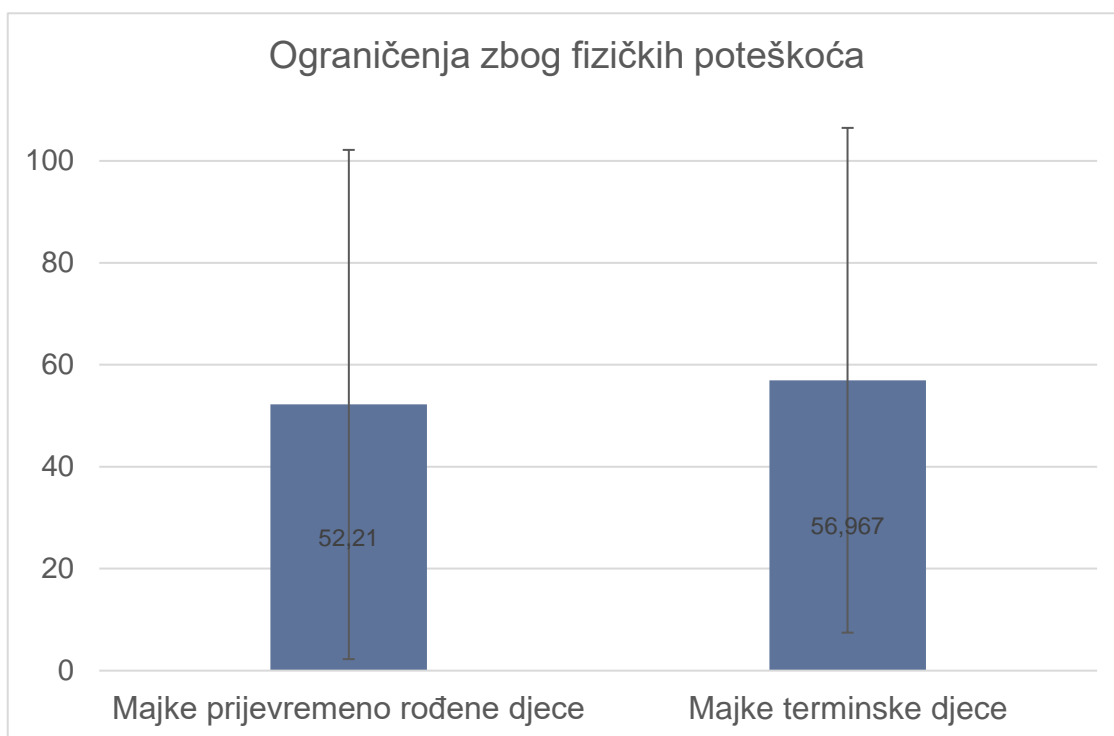
Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 77,790 sa standardnom devijacijom 33,631. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 78,238 sa standardnom devijacijom 32,952. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 0,115 ($t < t_{g=1,96}$).



Graf 3 - Fizičko funkcioniranje

4.2. Ograničenja zbog fizičkih poteškoća

Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 52,210 sa standardnom devijacijom 49,951. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 56,967 sa standardnom devijacijom 49,512. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 0,817 ($t < t_g = 1,96$).

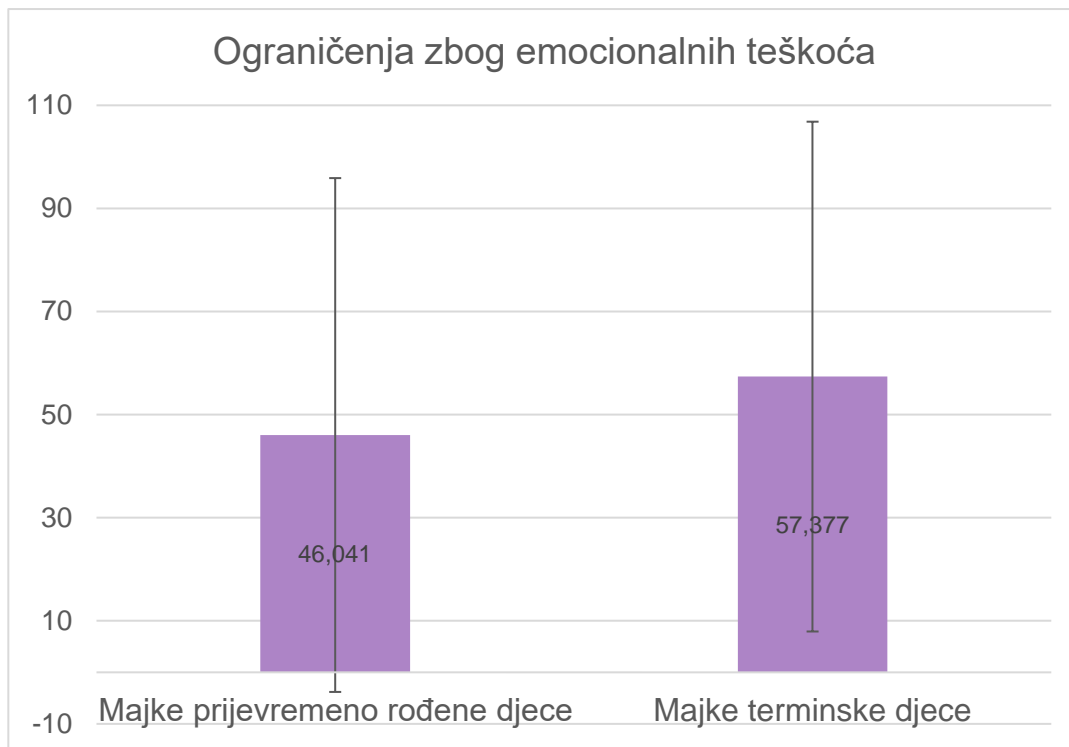


Graf 4 - Ograničenja zbog fizičkih poteškoća

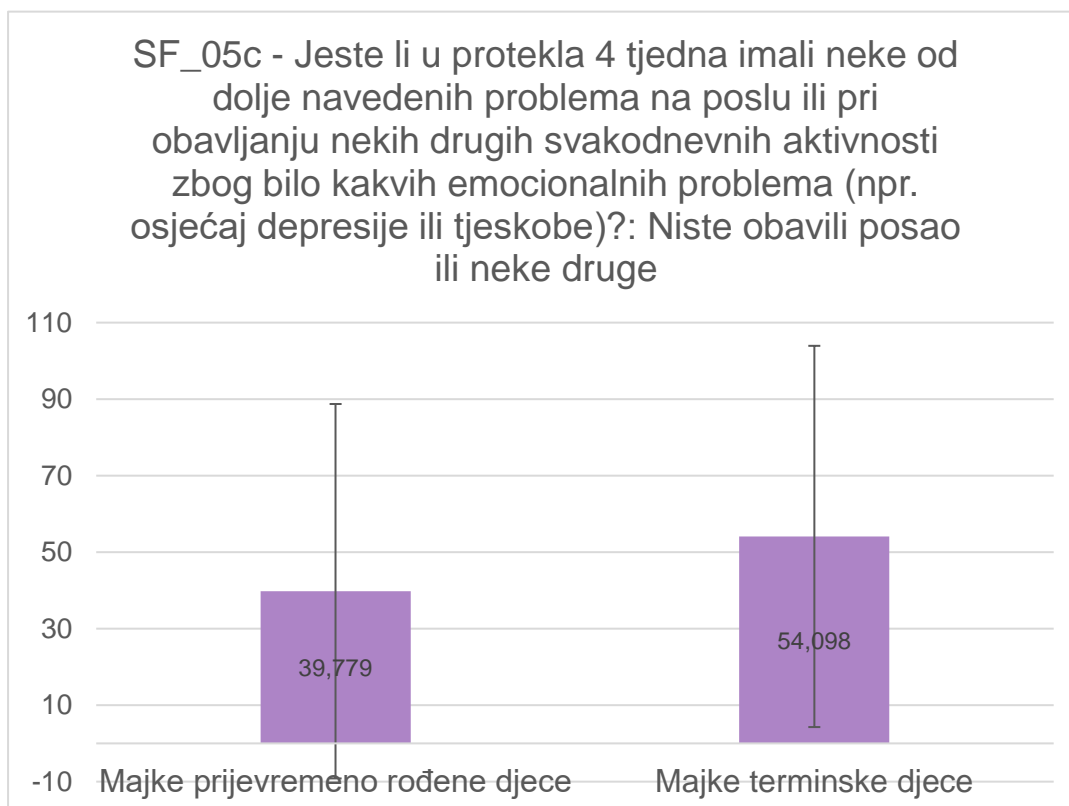
4.3. Ograničenja zbog emocionalnih teškoća

Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 46,041 sa standardnom devijacijom 49,843. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 57,377 sa standardnom devijacijom 49,453. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 1,951 ($t > t_g = 1,96$).

Ističe se pitanje SF_05c u kojemu aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 39,779 sa standardnom devijacijom 48,944. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 54,098 sa standardnom devijacijom 49,832. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,471 ($t > t_g = 1,96$).



Graf 5 - Ograničenja zbog emocionalnih teškoća

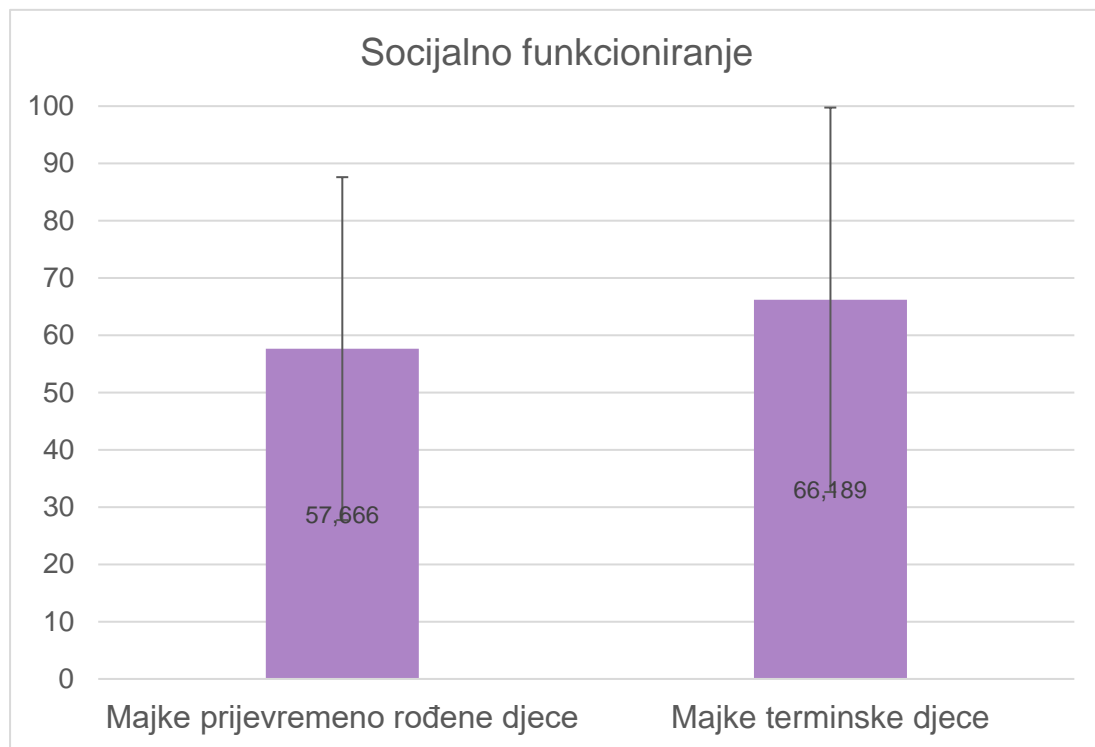


Graf 6 - Pitanje SF_05c

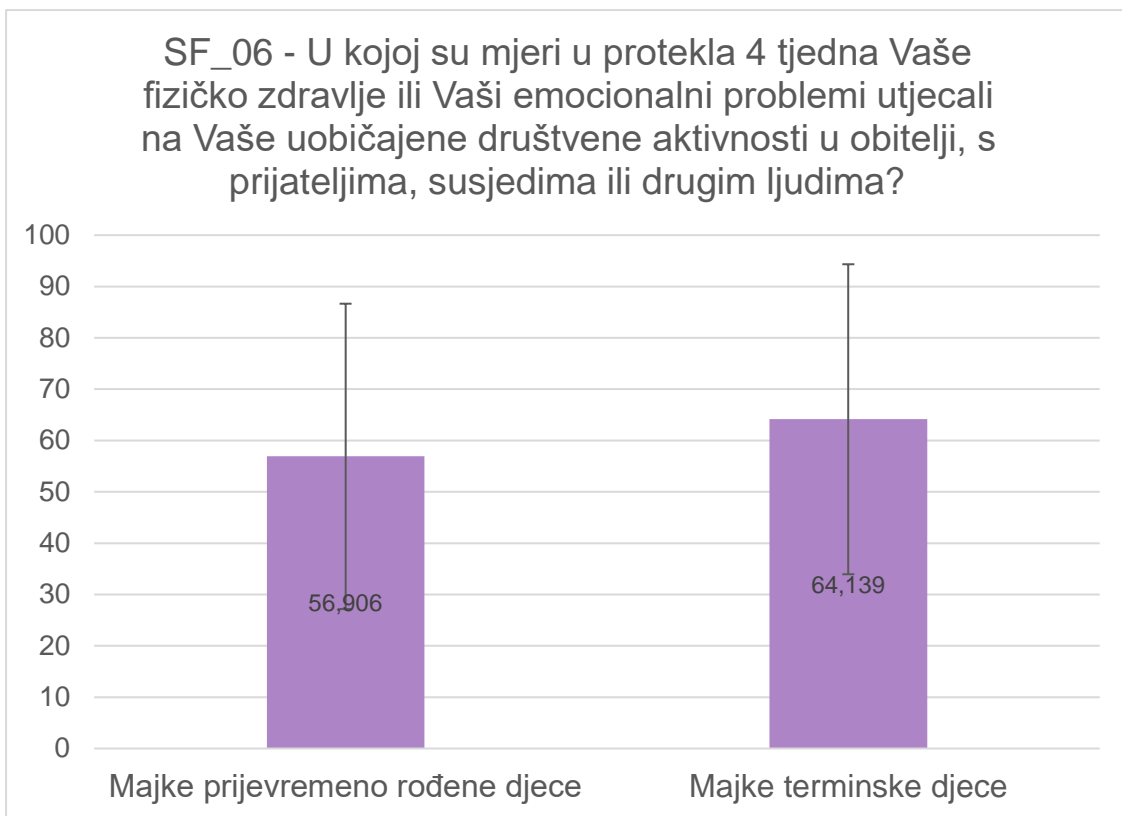
4.4. Socijalno funkcioniranje

Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 57,666 sa standardnom devijacijom 29,993. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 66,189 sa standardnom devijacijom 33,560. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,263 ($t > t_{g=1,96}$).

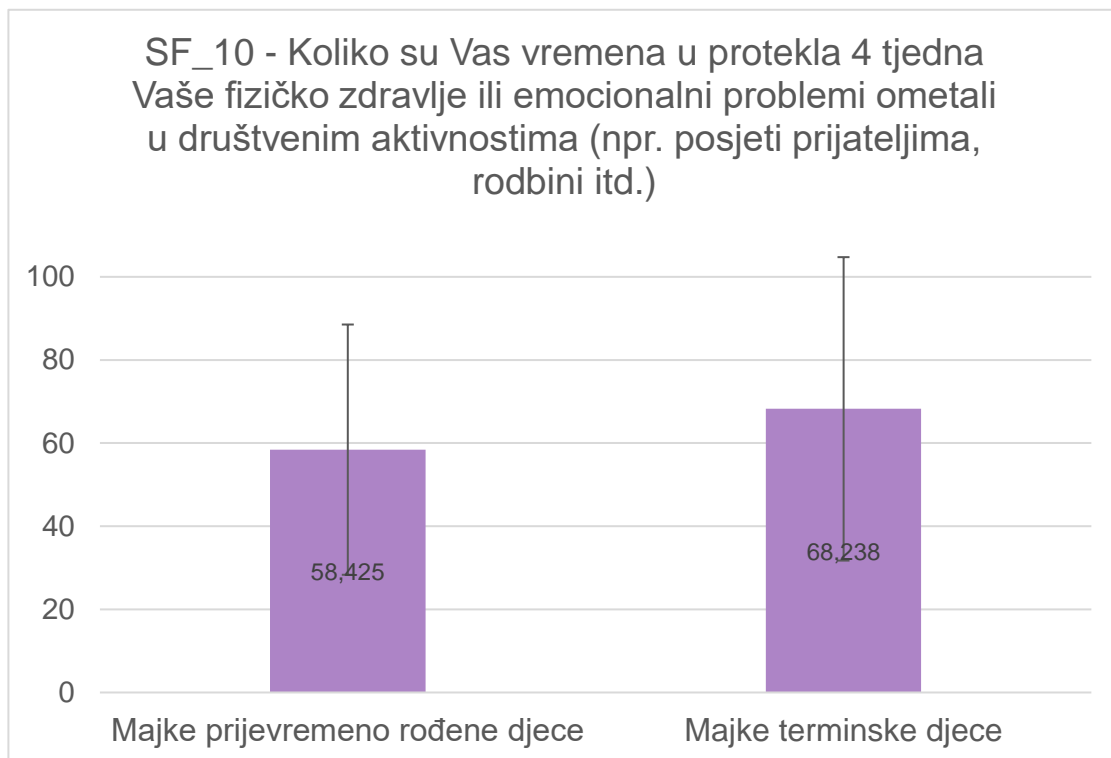
Ističu se oba pitanja kao značajna. U pitanju SF_06 aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 56,906 sa standardnom devijacijom 29,743. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 64,139 sa standardnom devijacijom 30,195. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,057 ($t > t_{g=1,96}$). U pitanju SF_ aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 58,425 sa standardnom devijacijom 30,104. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 68,238 sa standardnom devijacijom 36,501. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,459 ($t > t_{g=1,96}$).



Graf 7 - Socijalno funkcioniranje



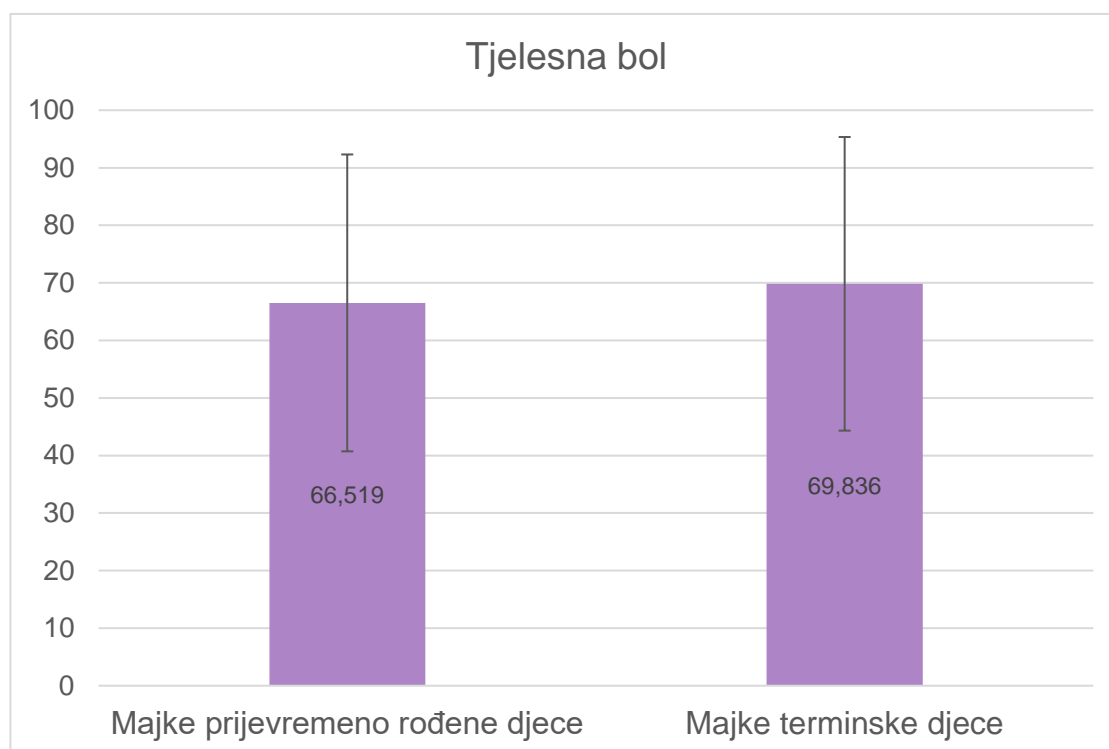
Graf 8 - Pitanje SF_06



Graf 9 - Pitanje SF_10

4.5. Tjelesna bol

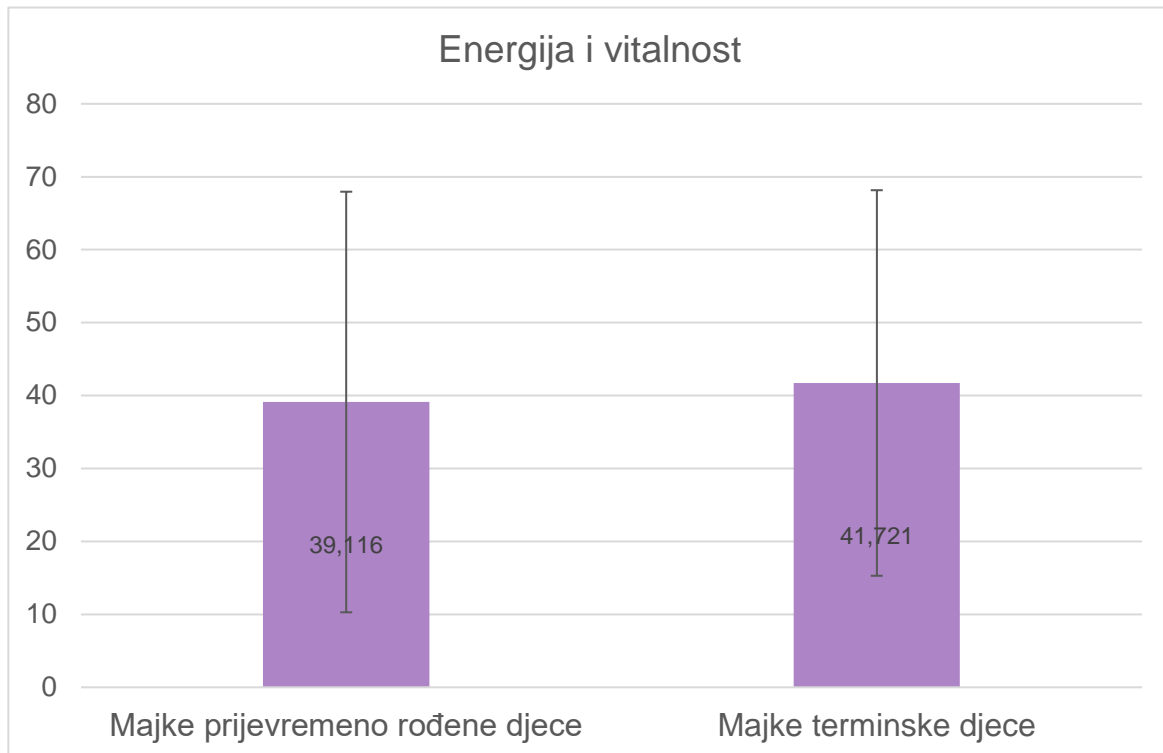
Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 66,519 sa standardnom devijacijom 25,795. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 69,836 sa standardnom devijacijom 25,511. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 1,105 ($t < t_g = 1,96$).



Graf 10 - Tjelesna bol

4.6. Energija i vitalnost

Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 39,116 sa standardnom devijacijom 28,832. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 41,721 sa standardnom devijacijom 26,432. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 0,811 ($t < t_g = 1,96$).



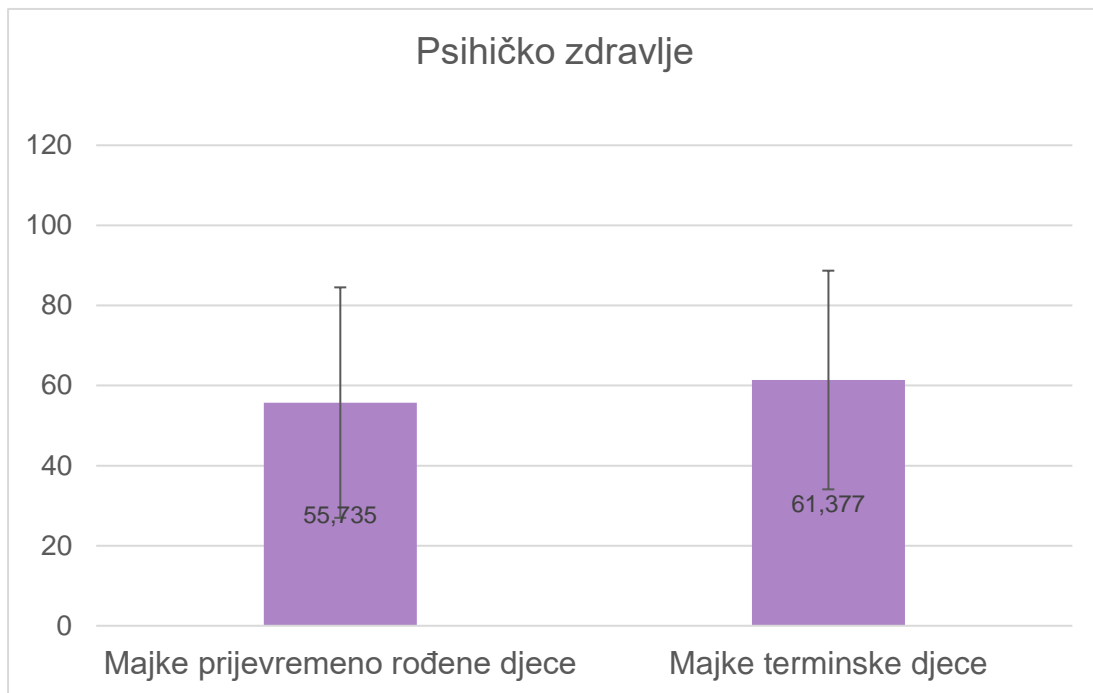
Graf 11 - Energija i vitalnost

4.7. Psihičko zdravlje

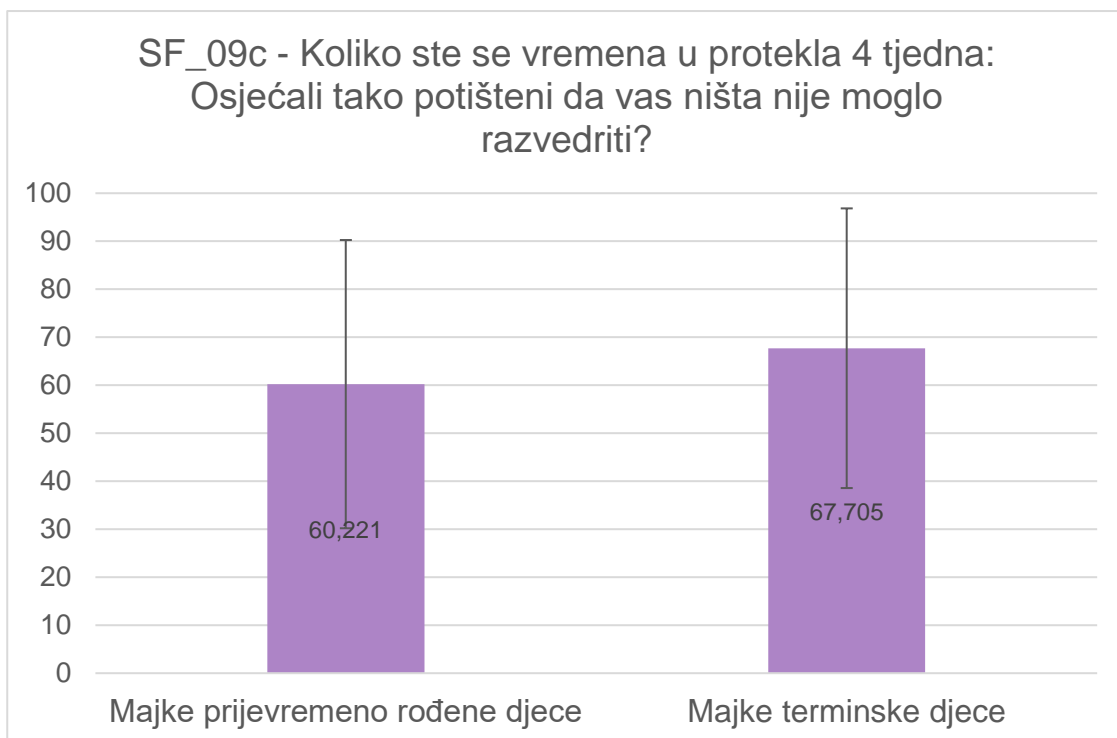
Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 55,735 sa standardnom devijacijom 28,779. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 49,334 sa standardnom devijacijom 24,183. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 1,726 ($t < t_g = 1,96$).

U ovoj se dimenziji ističu pitanja SF_09c i SF_09f i SF_09h. U pitanju SF_09c aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 60,221 sa standardnom devijacijom 30,027. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 67,705 sa standardnom devijacijom 29,135. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,166 ($t > t_g = 1,96$). U pitanju SF_09f aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 54,033 sa standardnom devijacijom 29,876. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 62,295 sa standardnom devijacijom 27,840. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,459 ($t > t_g = 1,96$). U pitanju SF_09h aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 65,083 sa standardnom devijacijom 27,504. Aritmetička

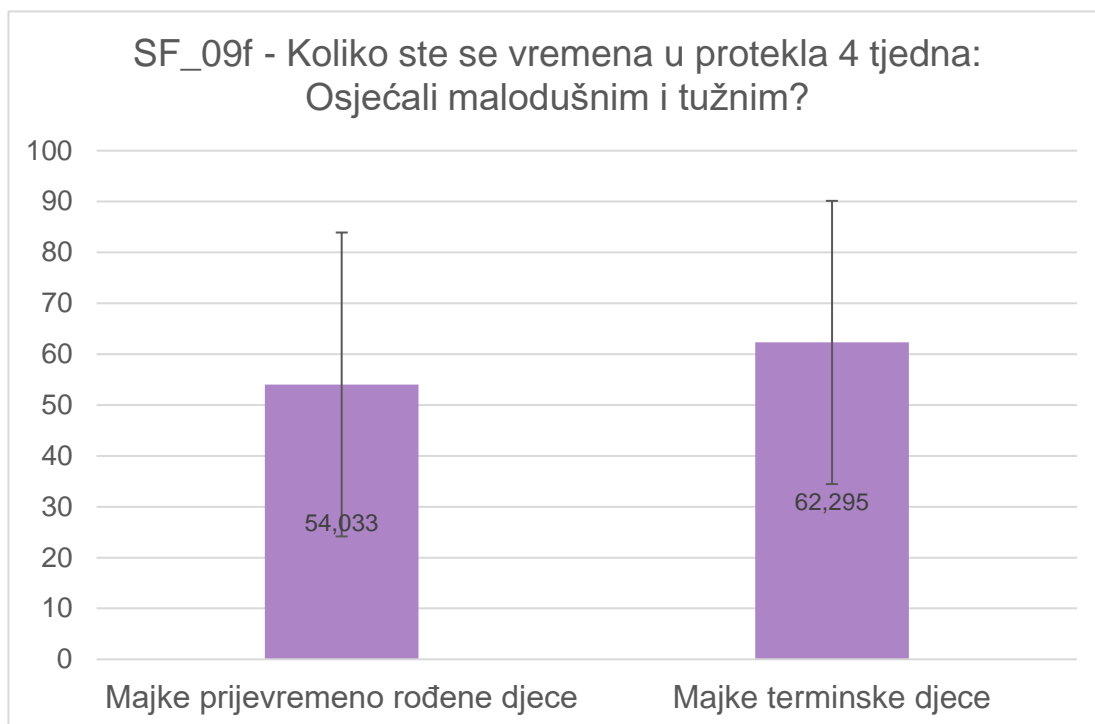
sredina bodova majki termenske djece iznosi 73,115 sa standardnom devijacijom 22,437. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,787 ($t > t_g = 1,96$).



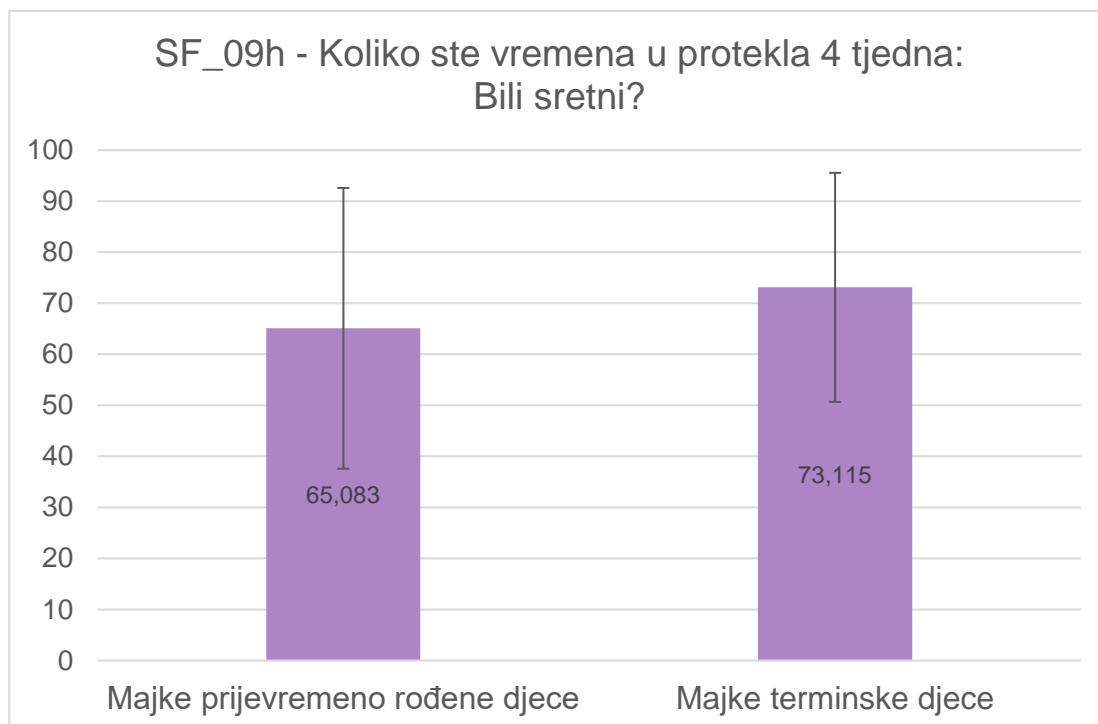
Graf 12 - Psihičko zdravlje



Graf 13 - Pitanje SF_09c



Graf 14 - Pitanje SF_09f

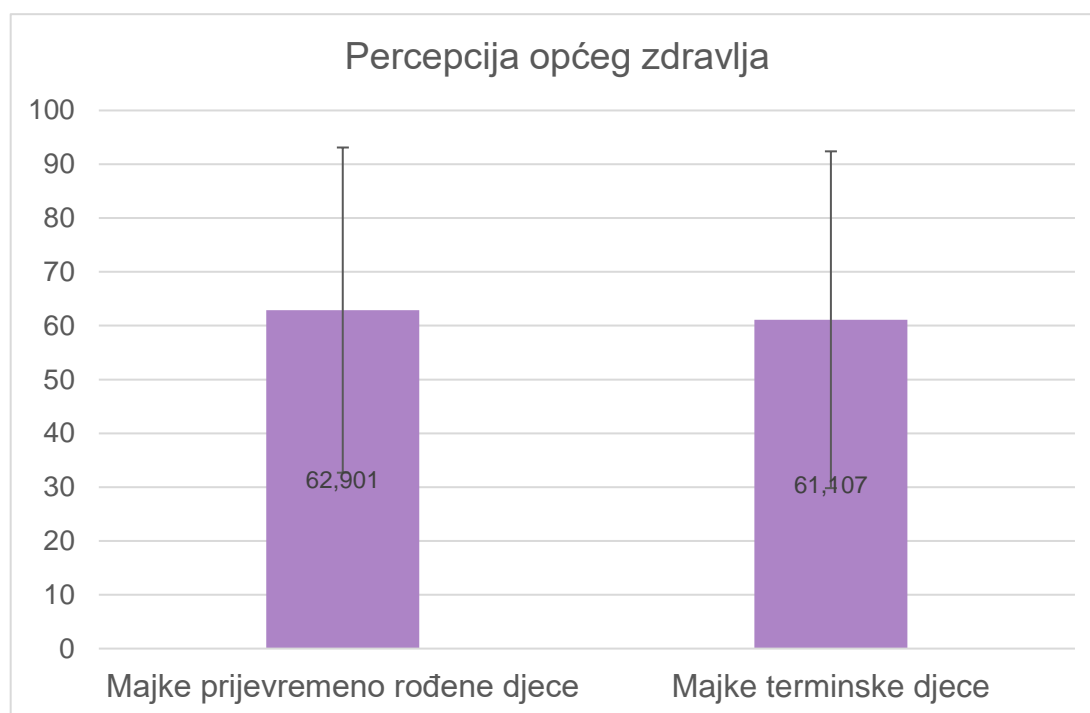


Graf 15 - Pitanje SF_09h

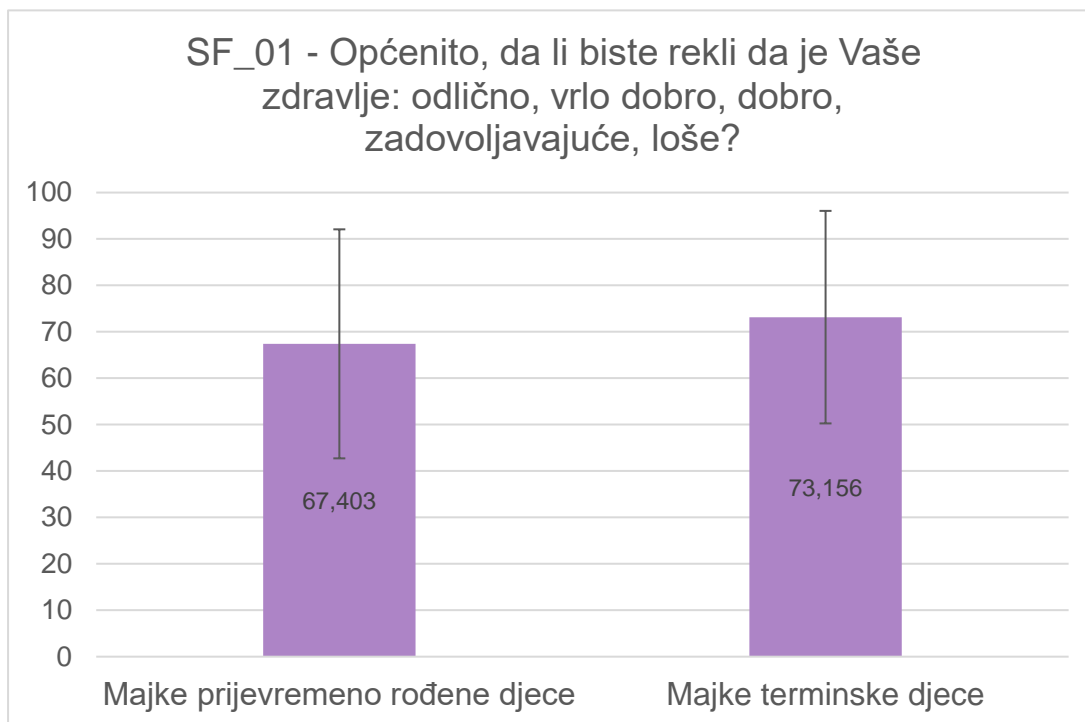
4.8. Percepcija općeg zdravlja

Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 62,901 sa standardnom devijacijom 30,216. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 67,541 sa standardnom devijacijom 31,292. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 1,284 ($t < t_g = 1,96$).

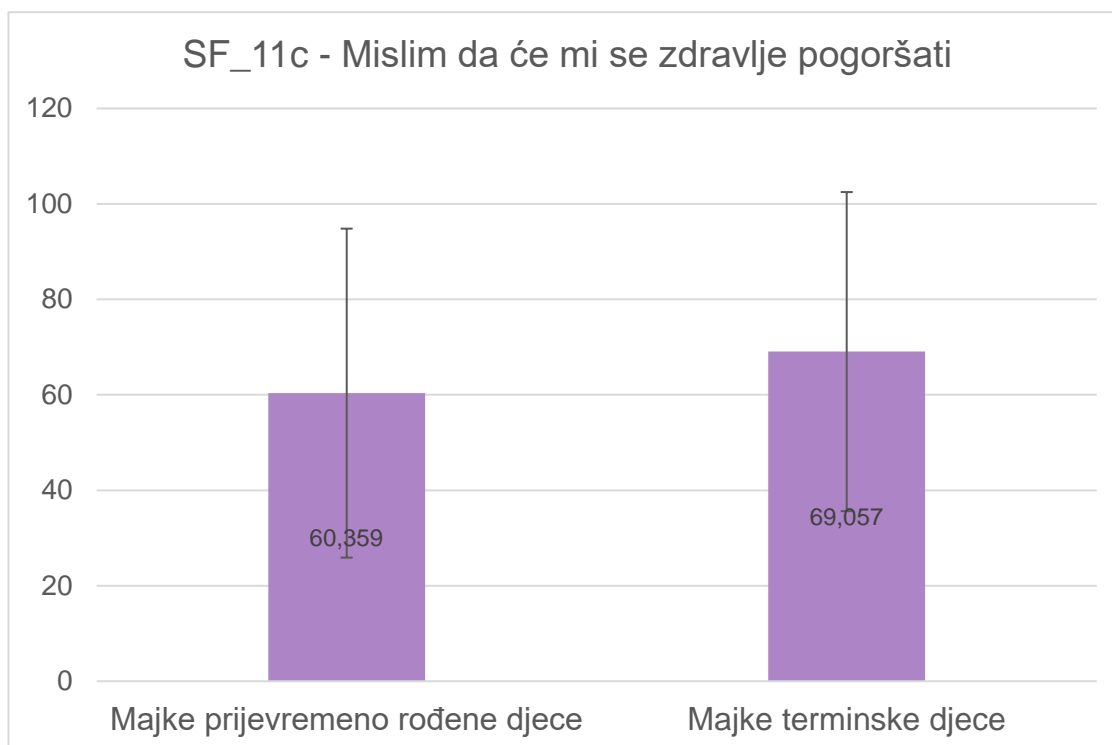
Ističu se pitanja SF_01 i SF_11c. U pitanju SF_01 aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 67,403 sa standardnom devijacijom 24,672. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 73,156 sa standardnom devijacijom 22,897. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,078 ($t > t_g = 1,96$). U pitanju SF_11c aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 60,359 sa standardnom devijacijom 34,461. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 69,057 sa standardnom devijacijom 33,427. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 2,194 ($t > t_g = 1,96$).



Graf 16 - Percepcija općeg zdravlja



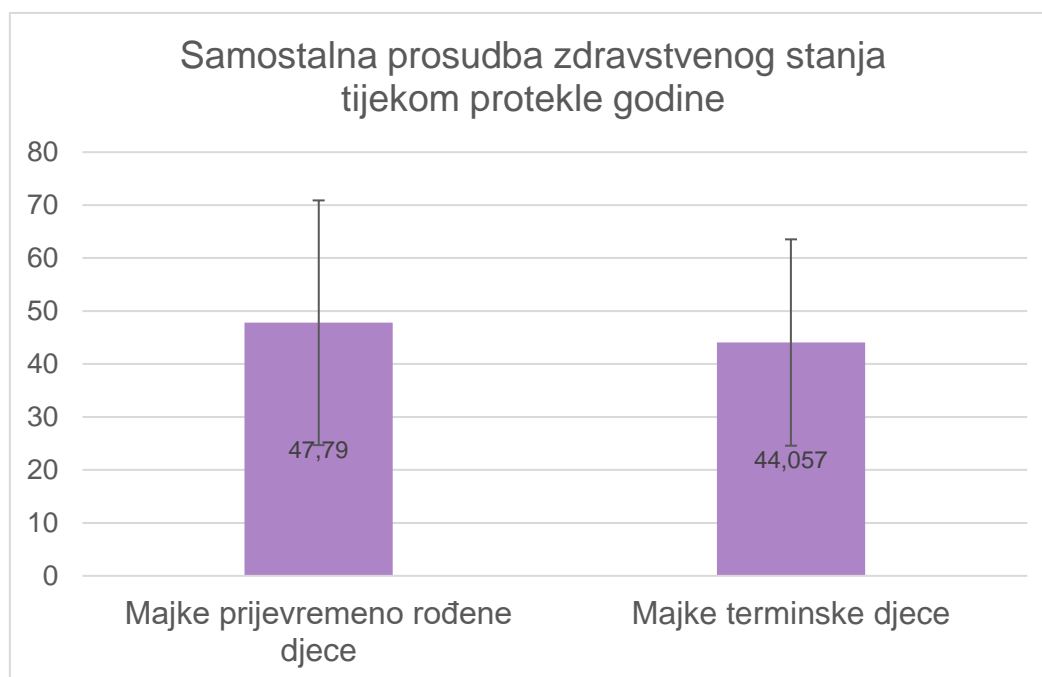
Graf 17 - Pitanje SF_01



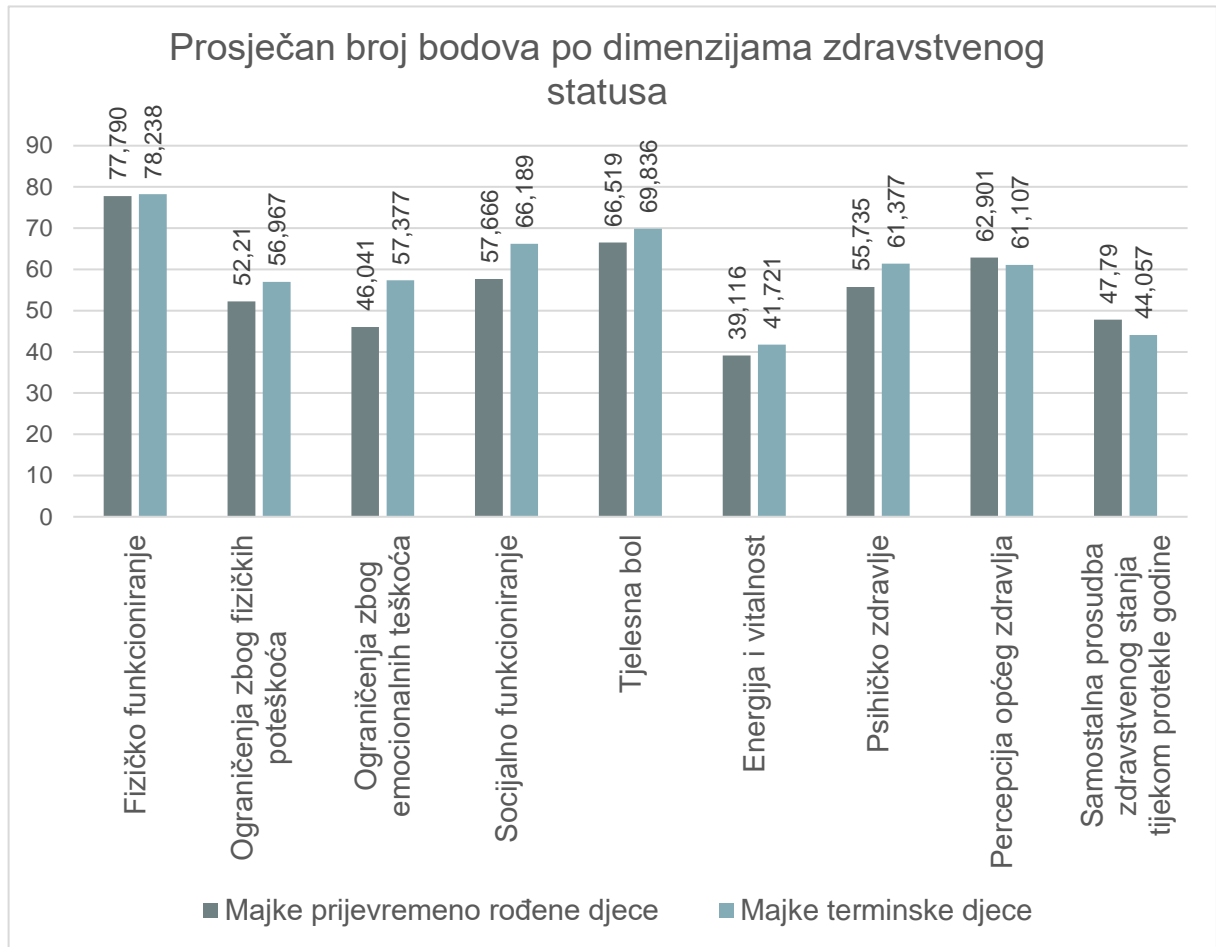
Graf 18 – Pitanje SF_11c

4.9. Samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine

Aritmetička sredina bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 47,790 sa standardnom devijacijom 23,104. Aritmetička sredina bodova majki terminske djece iznosi 44,057 sa standardnom devijacijom 19,484. T testom izračunata je vrijednost t koja iznosi 1,516 ($t < t_g = 1,96$).



Graf 19 - Samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine



Graf 20 - Prosječan broj bodova po dimenzijama zdravstvenog statusa

5. RASPRAVA

Dobiveni su podaci od 303 ispitanice, odnosno od 181 majke prijevremeno rođenoga djeteta te od 122 majke terminskoga djeteta. Za prvu hipotezu bilo je potrebno odrediti prosječan broj ukupnih bodova svake ispitanice, a zatim prosječan broj bodova zasebno za majke prijevremeno rođene djece i zasebno za majke terminske djece. Prosječan broj bodova majki prijevremeno rođene djece iznosi 2201,602 što je manje od prosječnog broja bodova majki terminske djece koji iznosi 2317,131 bod. T testom se određivala statistička značajnost razlike između aritmetičke sredine bodova jedne i druge skupine te je dobivena vrijednost $t=1,473$ što je manje od vrijednosti $t_g=1,96$ koja označuje granicu statističke značajnosti za biomedicinska istraživanja. Time se prva hipoteza odbacuje.

Za testiranje druge hipoteze bilo je potrebno odrediti prosječan broj bodova zasebno za svaku od 9 dimenzija zdravstvenog statusa. Također su se t testom određivale statističke značajnosti razlika aritmetičkih sredina bodova između jedne i druge skupine. U Tablici 4 se nalaze podaci o aritmetičkim sredinama, standardnim devijacijama i t vrijednosti za svaku od 9 dimenzija. Majke prijevremeno rođene djece imaju statistički značajno manji broj bodova iz dimenzije socijalnog funkcioniranja u odnosu na majke terminske djece.

Majke prijevremeno rođene djece imaju najmanji broj bodova iz dimenzija: energija i vitalnost, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća te samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine. Majke terminske djece imaju najmanji broj bodova iz dimenzija: samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine, energija i vitalnost te ograničenja zbog fizičkih poteškoća. Druga hipoteza se također odbacuje, premda se dimenzija socijalno funkcioniranje statistički razlikuje između dviju skupina, a iz dimenzija psihičko zdravlje se odgovori na tri pitanja statistički razlikuju između skupina.

Tablica 5 - Statistički podaci o svakoj dimenziji zdravstvenog statusa

| | Aritmetička sredina | | Standardna devijacija | | t | p |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-------|----------|
| | Majke prijevremeno rođene djece | Majke terminske djece | Majke prijevremeno rođene djece | Majke terminske djece | | |
| Fizičko funkcioniranje | 77,790 | 78,283 | 33,631 | 32,952 | 0,115 | $p>0,05$ |
| Ograničenja zbog fizičkih poteškoća | 52,21 | 56,967 | 49,951 | 49,512 | 0,817 | $p>0,05$ |
| Ograničenja zbog | 46,041 | 57,377 | 49,843 | 49,453 | 1,951 | $p>0,05$ |

| | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|-------|------------------|
| emocionalnih poteškoća | | | | | | |
| Socijalno funkcioniranje | 57,666 | 66,189 | 29,933 | 33,560 | 2,263 | p<0,05 |
| Tjelesna bol | 66,519 | 69,836 | 25,795 | 25,511 | 1,105 | p>0,05 |
| Energija i vitalnost | 39,116 | 41,721 | 28,832 | 26,432 | 0,811 | p>0,05 |
| Psihičko zdravlje | 55,735 | 61,337 | 28,773 | 27,306 | 1,726 | p>0,05 |
| Percepcija vlastitog zdravlja | 62,901 | 67,541 | 30,216 | 31,292 | 1,284 | p>0,05 |
| Samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine | 47,79 | 44,057 | 23,104 | 19,484 | 1,516 | p>0,05 |

Važno je istaknuti pitanja u kojima jedna skupina ima statistički značajno manji, odnosno veći broj bodova od druge skupine. To su pitanja:

Tablica 6 - Pitanja sa statistički značajnom razlikom u odgovorima

| Pitanje | Rezultat |
|--|---|
| SF-01 - Općenito, da li biste rekli da je Vaše zdravlje: odlično, vrlo dobro, dobro, zadovoljavajuće, loše? | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |
| SF_05c - Jeste li u protekla 4 tjedna imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema (npr. osjećaj depresije ili tjeskobe)? Niste obavili posao ili neke druge aktivnosti onako pažljivo | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |
| SF_06 - U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima? | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |
| SF_09c - Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: Osjećali tako potišteni da vas ništa nije moglo razvedriti? | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |
| SF_09f - Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: Osjećali malodušnim i tužnim? | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |
| SF_09h - Koliko ste vremena u protekla 4 tjedna: Bili sretni? | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |

| | |
|---|--|
| SF_10 - Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjeti prijateljima, rodbini itd.)? | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |
| SF_11c - Mislim da će mi se zdravlje pogoršati | Majke prijevremeno rođene djece imaju lošiji rezultat nego majke terminske djece |

6. ZAKLJUČAK

Prema istraživanjima, majke prijevremeno rođene djece imaju veći rizik od nastanka depresije, a velik dio njih se susretne sa simptomima depresije i PTSP-a u usporedbi s majkama čija su djeca rođena u terminu. Razlog tomu je naglo odvajanje majke od djeteta, velika količina brige te neizvjesnost o ishodu djetetova zdravlja.

Ovim istraživanjem se utvrdilo da majke prijevremeno rođene djece statistički imaju manji broj bodova od majki terminske djece, koji ukazuje na lošiju kvalitetu života, međutim razlika aritmetičkih sredina bodova nije statistički značajna stoga se ta tvrdnja opovrgava. Nadalje, majke prijevremeno rođene djece imaju manji broj bodova iz 30 od ukupno 36 pitanja u odnosu na majke terminske djece. Majke terminske djece uglavnom imaju manji broj bodova iz područja fizičkog funkcioniranja dok majke prijevremeno rođene djece imaju lošije socijalno funkcioniranje, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća i psihičko zdravlje.

Istraživanjem je dokazano kako majke prijevremeno rođene djece procjenjuju svoje zdravlje lošijim u odnosu na majke terminske djece, tijekom prve godine djetetova života nisu obavljale uobičajene stvari pažljivo kao i inače, njihovo fizičko zdravlje ili emocionalni problemi su utjecali na njihove uobičajene društvene aktivnosti te su ih ometali u istima. Osjećale su se potištenije toliko da ih ništa nije moglo razvedriti, više su se osjećale malodušnima i tužnima te su manje bile sretne tijekom prve godine djetetova života u odnosu na majke terminske djece.

Premda kvaliteta života majki prijevremeno rođene djece nije pokazana kao lošija u odnosu na majke terminske djece, smatram da bi se trebalo napraviti novo istraživanje u kojemu bi se prikupljali podaci o porođajnoj masi djeteta, obrazovanju majke te partnerskom statusu majke tijekom prve godine djetetova života te bi se trebala napraviti usporedba u odnosu na te parametre.

LITERATURA

1. Mardešić D, Barić I, Barišić N, Batinić D, Begović D, Benjak V i sur. Pedijatrija. 8. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2016. 310-400.
2. Nurlaila, Herini ES, Hartini S, Prabandari Lintang Kusuma MT. Interventions to reduce parental stress and increase readiness of parents with preterm infants in the neonatal intensive care unit: A scoping review. *Journal of Neonatal Nursing*. 2022. 1355-1841.
3. Karlsson V, Thernström Y, Ågren J. Nursing care of infants born extremely preterm. Elsevier Ltd. 2022 Jun;27(3):1-2.
4. D'Agostino JA, Passarella M, Saynisch P, Martin AE, Macheras M, Lorch SA. Preterm Infant Attendance at Health Supervision Visits. *Pediatrics*. 2015;136(4):e794-e802. doi:10.1542/peds.2015-0745.
5. Teoli D, Bhardwaj A. Quality Of Life. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls. 2022.
6. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2014;23(4):211-217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.211.
7. Vuletić, G. (ur.). Kvaliteta života i zdravlje. Osijek, Filozofski fakultet u Osijeku. 2011.
8. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. NEONATOLOGY Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 7. izd. McGraw-Hill Education, LLC; 2013. 15-463
9. CMNRP: Newborn Adaptation to Extrauterine Life and Newborn Assessment. 2013. Dostupno na: http://www.cmnrp.ca/uploads/documents/Newborn_Adaptation_Assessment_2013_FIN_AL.pdf
10. MSD MANUAL Professional Version: Apgar score. Dostupno na: <https://www.msmanuals.com/professional/multimedia/table/apgar-score>
11. Abdelmuktader A. Basic Neonatology. Dostupno na: <https://www.fayoum.edu.eg/Med/pdf/Neonatology.pdf>

12. Unal S, Demirel N, Arslan Z, Tokgoz-Cuni B, Ulubas-Isik D, Bas AY. Umbilical Cord Separation Time and Influencing Factors in Very-Low-Birth-Weight Preterm Neonates. *Am J Perinatol.* 2022;39(15):1682-1687. doi:10.1055/s-0041-1726035
13. Leung AKC, Leung AAC. Gynecomastia in Infants, Children, and Adolescents. *Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov.* 2017;10(2):127-137. doi:10.2174/1872214811666170301124033
14. Fox G, Hoque N, Watts T.. *Oxford Handbook of Neonatology.* 2. izd. Oxford: Oxford Medical Publications. 25.
15. Barney A. What Is a Premature Baby? Grow by WebMD. 2022 Oct 3. Dostupno na: <https://www.webmd.com/parenting/baby/premature-babies-complications-care>
16. Verma, R. P., Shibli, S., & Komaroff, E. (2017). Postnatal Transitional Weight Loss and Adverse Outcomes in Extremely Premature Neonates. *Pediatric reports,* 9(1), 6962. <https://doi.org/10.4081/pr.2017.6962>
17. The Australian Parenting Website. Premature babies: physical appearance, bones and skin. Dostupno na: <https://raisingchildren.net.au/newborns/premature-babies-sick-babies/development/premature-appearance>
18. Zukova S, Krumina V, Buceniece J. Breastfeeding preterm born infant: Chance and challenge. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2021 Jun;8(2):94-7.
19. Islam MN, Chowdhury AK, Siddika M, Hossain MA, Hossain MK. Effect of zinc on growth of preterm babies. *Mymensingh Med J.* 2009;18(1):125-130.
20. Pejovic B, Peco-Antic A, Marinkovic-Eric J. Blood pressure in non-critically ill preterm and full-term neonates. *Pediatr Nephrol.* 2007;22(2):249-257.
21. Hee Chung E, Chou J, Brown KA. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants: a recent literature review. *Transl Pediatr.* 2020;9(Suppl 1):S3-S8. doi:10.21037/tp.2019.09.10
22. Bird C. Adjusted Age in Premature Infants. Verywell family. 2020 Nov 30. Dostupno na: <https://www.verywellfamily.com/when-to-stop-using-corrected-age-for-your-preemie-2748604>

23. Bjelica A, Kapor-Stanulović N. Trudnoća kao psiholoski događaj [Pregnancy as a psychological event]. *Med Pregl.* 2004;57(3-4):144-148. doi:10.2298/mpns0404144b
24. Bjelica A, Cetkovic N, Trinic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol.* 2018;89(2):102-106. doi:10.5603/GP.a2018.0017
25. Babetin K. The Birth of a Mother: A Psychological Transformation. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health.* 2020. 34(5).
26. Misund AR, Nerdrum P, Diseth, TH. Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 263 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-263>
27. Hoffmann L, Banse R. Psychological aspects of childbirth: Evidence for a birth-related mindset. *European Journal of Social Psychology.* 2020 Sep 16. 51(1);124-151.
28. Psychology Today. Pregnancy. Dostupno na: <https://www.psychologytoday.com/intl/basics/pregnancy>
29. NCT. Emotions during pregnancy. Dostupno na: <https://www.nct.org.uk/pregnancy/how-you-might-be-feeling/emotions-during-pregnancy>
30. McLeish, J., Redshaw, M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 28 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1220-0>
31. Bigelow AE, Power M. Mother–Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term. *Front. Psychol.* 2020 Aug 28. 11:1921. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921>
32. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2016;137(1):e20152238. doi:10.1542/peds.2015-2238
33. WHO. Kangaroo mother care: a practical guide. 2003 Jan 1. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9241590351>
34. Al Rehaili, B.O., Al-Raddadi, R., AlEnezi, N.K. et al. Postpartum quality of life and associated factors: a cross-sectional study. *Qual Life Res* (2023). <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03384-3>

35. Valla, L., Helseth, S., Småstuen, M.C. et al. Factors associated with maternal overall quality of life six months postpartum: a cross sectional study from The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 4 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04303-5>
36. Jeong YJ, Nho JH, Kim HY, Kim JY. Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2988. Published 2021 Mar 14. doi:10.3390/ijerph18062988
37. Abacı FB, Gökçe S, Tuygun N, Karacan CD, Öner Ö. Psychosocial status and quality of life in mothers of infants with colic. *Turk J Pediatr*. 2013;55(4):391-395.
38. Treyvaud K, Brown SJ. Mental health of children and parents after very preterm birth. *World Psychiatry*. 2022;21(1):148-149. doi:10.1002/wps.20936

PRIVITCI

Privitak A: Popis ilustracija

| | |
|---|----|
| Slika 1 - Percentilne krivulje tjelesne mase, duljine i opsega glave nedonoščadi s obzirom na gestacijsku dob | 9 |
| Tablica 1 - Očekivana porođajna masa (50-a percentila)..... | 2 |
| Tablica 2 - Apgar score - način bodovanja | 5 |
| Tablica 3 - Novorođenački refleksi | 6 |
| Tablica 4 - Vrijednosti krvnoga tlaka nedonoščadi u odnosu na gestacijsku dob..... | 11 |
| Tablica 5 - Statistički podaci o svakoj dimenziji zdravstvenog statusa | 34 |
| Tablica 6 - Pitanja sa statistički značajnom razlikom u odgovorima..... | 35 |
| | |
| Graf 1 - Sudionice u istraživanju..... | 20 |
| Graf 2 - Ukupan broj bodova između skupina | 21 |
| Graf 3 - Fizičko funkcioniranje | 21 |
| Graf 4 - Ograničenja zbog fizičkih poteškoća..... | 22 |
| Graf 5 - Ograničenja zbog emocionalnih teškoća | 23 |
| Graf 6 - Pitanje SF_05c | 23 |
| Graf 7 - Socijalno funkcioniranje..... | 24 |
| Graf 8 - Pitanje SF_06..... | 25 |
| Graf 9 - Pitanje SF_10..... | 25 |
| Graf 10 - Tjelesna bol..... | 26 |
| Graf 11 - Energija i vitalnost..... | 27 |
| Graf 12 - Psihičko zdravlje..... | 28 |
| Graf 13 - Pitanje SF_09c | 28 |
| Graf 14 - Pitanje SF_09f | 29 |
| Graf 15 - Pitanje SF_09h..... | 29 |
| Graf 16 - Percepcija općeg zdravlja | 30 |
| Graf 17 - Pitanje SF_01..... | 31 |
| Graf 18 – Pitanje SF_11c | 31 |
| Graf 19 - Samostalna prosudba zdravstvenog stanja tijekom protekle godine | 32 |
| Graf 20 - Prosječan broj bodova po dimenzijama zdravstvenog statusa..... | 33 |

Privitak B: Upitnik SF-36

SF-01 Općenito, da li biste rekli da je Vaše zdravlje: (zaokružite jedan odgovor)

- 1 – odlično
- 2 – vrlo dobro
- 3 – dobro
- 4 – zadovoljavajuće
- 5 – loše

SF-02 U usporedbi s prošlom godinom, kako biste sada ocijenili svoje zdravlje? (zaokružite jedan odgovor)

- 1 – puno bolje nego prije godinu dana
- 2 – malo bolje nego prije godinu dana
- 3 – otprilike isto kao i prije godinu dana
- 4 – malo lošije nego prije godinu dana
- 5 – puno lošije nego prije godinu dana

Sljedeća se pitanja odnose na aktivnosti kojima se možda bavite tijekom tipičnog dana.

SF-03 Ograničava li Vas trenutno Vaše zdravlje u obavljanju tih aktivnosti?

Ako da, u kojoj mjeri? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

| | AKTIVNOST | DA puno | DA malo | NE nimalo |
|--------|---|------------|------------|--------------|
| SF_03a | Fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima | 1 | 2 | 3 |
| SF_03b | Pomicanje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl. | 1 | 2 | 3 |
| SF_03c | Podizanje ili nošenje torbe s namirnicama | 1 | 2 | 3 |
| SF_03d | Uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova) | 1 | 2 | 3 |
| SF_03e | Uspinjanje uz stepenice (jedan kat) | 1 | 2 | 3 |
| SF_03f | Saginjanje, klečanje ili pregibanje | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--------|-----------------------------|---|---|---|
| SF_03g | Hodanje više od 1 kilometra | 1 | 2 | 3 |
| SF_03h | Hodanje oko pola kilometra | 1 | 2 | 3 |
| SF_03i | Hodanje 100 metara | 1 | 2 | 3 |
| SF_03j | Kupanje ili oblačenje | 1 | 2 | 3 |

SF-04 Jeste li u protekla 4 tjedna u svom radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima imali neki od sljedećih problema zbog svog fizičkog zdravlja? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

| | | DA | NE |
|--------|---|----|----|
| SF_04a | Skratili ste vrijeme provedeno u radu ili drugim aktivnostima | 1 | 2 |
| SF_04b | Obavili ste manje nego što ste željeli | 1 | 2 |
| SF_04c | Niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti | 1 | 2 |
| SF_04d | Imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uložiti dodatni trud) | 1 | 2 |

SF-05 Jeste li u protekla 4 tjedna imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema (npr. osjećaj depresije ili tjeskobe)? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

| | | DA | NE |
|--------|---|----|----|
| SF_05a | Skratili ste vrijeme provedeno u radu ili drugim aktivnostima | 1 | 2 |
| SF_05b | Obavili ste manje nego što ste željeli | 1 | 2 |
| SF_05c | Niste obavili posao ili neke druge aktivnosti onako pažljivo | 1 | 2 |

SF-06 U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima? (zaokružite jedan odgovor)

1 – uopće ne

2 – u manjoj mjeri

3 – umjereno

4 – prilično

5 – izrazito

SF-07 Kakve ste tjelesne bolove imali u protekla 4 tjedna? (zaokružite jedan odgovor)

1 – nikakve

2 – vrlo blage

3 – blage

4 – umjerene

5 – teške

6 – vrlo teške

SF-08 U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla 4 tjedna ometali u Vašem uobičajenom radu (uključuju i rad izvan kuće i kućne poslove)? (zaokružite jedan odgovor)

1 – uopće ne

2 – malo

3 – umjereno

4 – prilično

5 – izrazito

Sljedeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekla 4 tjedna. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali.

SF-09 Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna:(zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

| | | STALNO | SKORO UVIJEK | DOBAR DIO VREMENA | POVREMENO | RIJETKO | NIKADA |
|--------|-----------------------|--------|--------------|-------------------|-----------|---------|--------|
| SF_09a | Osjećali puni života? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09b | Bili vrlo nervozni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| SF_09c | Osjećali tako potišteni da vas ništa nije moglo razvedriti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09d | Osjećali spokojnim i mirnim? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09e | Bili puni energije? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09f | Osjećali malodušnim i tužnim? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09g | Osjećali iscrpljenim? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09h | Bili sretni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| SF_09i | Osjećali umorni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

SF-10 Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjeti prijateljima, rodbini itd.) (zaokružite jedan odgovor)

1 – stalno

2 – skoro uvijek

3 – povremeno

4 – rijetko

5 – nikada

SF-11 Koliko je u Vašem slučaju TOČNA ili NETOČNA svaka od dolje navedenih tvrdnji? (zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

| | | POTPUNO TOČNO | UGLAVNOM TOČNO | NE ZNAM | UGLAVNOM NETOČNO | POTPUNO NETOČNO |
|--------|--|---------------|----------------|---------|------------------|-----------------|
| SF_11a | Čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| SF_11b | Zdrav sam kao i bilo tko | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--------|--|---|---|---|---|---|
| | drugi koga poznajem | | | | | |
| SF_11c | Mislim da će mi se zdravlje pogoršati | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| SF_11d | Zdravlje mi je odlično | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ŽIVOTOPIS

Moje ime je Lorena Martinović, rođena sam 30. travnja 2000. godine.

2006. godine upisujem Osnovnu školu Fran Franković u Rijeci koju završavam 2014. godine.

Potom upisujem Građevinsku tehničku školu u Rijeci, smjer arhitektonski tehničar, koju završavam 2018. godine.

Odlučujem se upisati studij Sestrinstva 2020. godine u Puli, a 2021. godine se premještam na Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci kojeg ove godine završavam.