

POVEZANOST POSLIJEPOROĐAJNOG STRESA KOD MAJKI I PERCIPIRANE PODRŠKE PATRONAŽNE SESTREt

Čevapović, Dina

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:399169>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-23**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Dina Čevapović

POVEZANOST POSLIJEPOROĐAJNOG STRESA KOD MAJKI I PERCIPIRANE
PODRŠKE PATRONAŽNE SESTRE

Završni rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Dina Čevapović

THE RELATIONSHIP BETWEEN POSTPARTUM STRESS IN MOTHERS AND THE
PERCEIVED SUPPORT FROM PATRONAGE NURSES

Final thesis

Rijeka, 2024

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

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

1. Radoslav Kosić, mag. rehab. educ.
2. Ivanka Peranić, mag. med. techn.
3. Vanda Cattonaro, mag. med. techn.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Prijediplomski stručni studij Sestrinstvo
Vrsta studentskog rada	Rad s istraživanjem
Ime i prezime studenta	Dina Čevapović
JMBAG	351013244

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Povezanost poslijeporođajnog stresa kod majki i percipirane podrške patronažne sestre
Ime i prezime mentora	Vanda Cattonaro
Datum predaje rada	05.07.2024.
Identifikacijski br. podneska	2413513149
Datum provjere rada	07.07.2024.
Ime datoteke	Dina Čevapović – Završni rad.pdf
Veličina datoteke	1,01 MB
Broj znakova	61942
Broj riječi	10307
Broj stranica	51

Podudarnost studentskog rada:

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

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	07.07.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

07.07.2024.

Potpis mentora



SADRŽAJ

SAŽETAK

1. UVOD	1
2. CILJEVI I HIPOTEZE	5
3. ISPITANICI I METODE	6
3.1. Ispitanici	6
3.2. Postupak i instrumentarij	6
3.3. Statistička obrada podataka	7
3.4. Etički aspekti istraživanja	8
4. REZULTATI	9
4.1. Opis uzorka	9
4.2. Posjeti patronažne sestre	12
4.3. Pohađanje tečajeva za trudnice	13
4.4. Skala majčinskog stresa nakon porođaja	14
4.5. Skala percipirane podrške patronažne sestre	18
4.6. Statistička evaluacija postavljenih hipoteza	21
5. RASPRAVA	26
5.1. Ograničenja istraživanja	31
5.2. Preporuke za daljnja istraživanja	31
6. ZAKLJUČAK	33
LITERATURA	34
PRIVITCI	37
Privitak A: Popis ilustracija	37
Privitak B: Primjer upitnika	39
ŽIVOTOPIS	44

POPIS KRATICA

MPSS – Skala majčinskog stresa nakon porođaja (eng. Maternal postpartum stress scale)

PPD – poslijeporođajna depresija

SAŽETAK

Uvod: Prijelaz u majčinstvo predstavlja proces prilagodbe tijekom kojeg se žene suočavaju s fizičkim, psihološkim i socijalnim promjenama, što često izaziva stres koji može povećati rizik od poslijeporođajne depresije (PPD). U tom kontekstu, kontinuirana stručna podrška i prenatalna edukacija, poput kućnih posjeta patronažnih sestara i tečajeva za trudnice, mogu pomoći u ublažavanju ovog stresa i olakšati prijelaz u majčinstvo.

Cilj istraživanja: Ispitati razinu poslijeporođajnog stresa kod majki i procijeniti percipiranu podršku od patronažne sestre.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno putem online upitnika na prigodnom uzorku od 389 majki u prvoj godini nakon rođenja djeteta. Korišteni su upitnici za mjerenje poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške patronažne sestre..

Rezultati: Statistička analiza uključivala je provjeru tri hipoteze. Pronađena je slaba negativna povezanost između poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre, što naglašava važnost kontinuirane podrške ovog zdravstvenog kadra. Međutim, nije pronađena statistički značajna razlika u razini poslijeporođajnog stresa između prvorotki i višerotki niti između majki koje su pohađale tečaj za trudnice i onih koje nisu.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja ukazuju na važnost uloge patronažnih sestara u pružanju podrške majkama s ciljem smanjenja poslijeporođajnog stresa. Također, ističe se potreba za daljnjim istraživanjima kako bi se razvile učinkovite intervencije i bolje razumjelo kompleksno iskustvo majčinstva.

Ključne riječi: poslijeporođajni stres, majke, patronažna sestra, podrška, tečaj za trudnice

SUMMARY

Introduction: The transition to motherhood represents a process of adjustment during which women face physical, psychological, and social changes, often leading to stress that can increase the risk of postpartum depression (PPD). In this context, continuous professional support and prenatal education, such as home visits by patronage nurses and prenatal classes, can help alleviate this stress and facilitate the transition to motherhood.

Aim: To examine the level of postpartum stress among mothers and assess perceived support from patronage nurses.

Participants and methods: The research was conducted using an online questionnaire on a convenient sample of 389 mothers within the first year after childbirth. Questionnaires measuring postpartum stress and perceived support from patronage nurses were used.

Results: Statistical analysis tested three hypotheses. A weak negative correlation was found between postpartum stress and perceived support from patronage nurses, highlighting the importance of continuous support from this healthcare profession. However, no statistically significant difference in postpartum stress levels was observed between primiparous and multiparous mothers, nor between mothers who attended prenatal classes and those who did not.

Conclusion: The results of this research highlight the important role of patronage nurses in providing support to mothers to alleviate postpartum stress. Moreover, further research is needed to develop effective interventions and gain a better understanding of the complex experience of motherhood.

Key words: postpartum stress, mothers, patronage nurse, support, prenatal class

1. UVOD

Prijelaz u majčinstvo je proces prilagodbe tijekom kojeg se žene suočavaju s višestrukim fizičkim, psihološkim i socijalnim promjenama nakon trudnoće i poroda (1). Ova prilagodba na novu ulogu i odgovornost često izaziva stres kod majki. Poslijeporođajni stres ili majčinski stres podrazumijeva stres koji majka doživljava u razdoblju nakon poroda, a može perzistirati i do 12 mjeseci nakon poroda. Iako je određena razina stresa uobičajena u ovom razdoblju, visoke razine stresa mogu predstavljati ozbiljnu prijetnju dobrobiti majke, djeteta i cijele obitelji te povećati rizik za razvoj poslijeporođajne depresije (PPD) (2).

Nakon poroda majke se suočavaju s brojnim izazovima i stresorima različite vrste i intenziteta, uključujući drastične promjene u svakodnevnoj rutini, prilagodbu na novu ulogu majke, razvoj emocionalne veze s djetetom te prilagodbu na promjene u partnerskom odnosu (2). Ove promjene mogu dovesti do povećane osjetljivosti za pojavu ili recidiv psiholoških poteškoća. Potrebno je istaknuti da pojava poslijeporođajnog stresa nije uvjetovana samo s velikim životnim događajima već i sa svakodnevnim problemima kao što su: zdravlje i njega dojenčeta, temperament dojenčeta, poslijeporođajna tuga, dojenje, partnerski odnos, vlastito zdravlje i izgled, povratak na posao i organizacija skrbi o djetetu, anksioznost vezana za dijete i majčinska kompetencija (3). Glavni stresor kod žena u poslijeporođajnom razdoblju jest preopterećenost s previše zadataka ili obaveza u odnosu na vrijeme koje je na raspolaganju, a najviše je prisutna 9 do 12 mjeseci nakon poroda (4).

Ako se žene ne mogu aktivno nositi s poslijeporođajnim stresom, to može dovesti do napredovanja postporođajnog stresa u teže poslijeporođajne mentalne poremećaje, poput postporođajne depresije (2,5). Poslijeporođajna depresija javlja se kod otprilike 13%-17% žena u prvoj godini nakon poroda te predstavlja velik javnozdravstveni problem koji utječe na žene i njihove obitelji (6,7). Iako su stres, anksioznost i depresija međusobno povezani (8), majčinski stres treba proučavati kao zasebni psihološki fenomen koji nosi jedinstvene implikacije, različite od onih povezanih s depresijom i anksioznošću (9). Osim toga, poslijeporođajni stres je češći od poslijeporođajne depresije te utječe na značajan broj majki (10).

Poslijeporođajni stres može ostaviti posljedice ne samo na majku već i na razvoj njezinog djeteta. Izloženost djeteta majčinom poslijeporođajnom stresu može negativno utjecati na

njegov razvoj, u smislu sporijeg rasta, slabijeg jezičnog i kognitivnog razvoja, lošijeg razvoja grube i fine motorike te poremećaja sna (11). Istraživanja su ustanovila da je stres kod majki u prvom mjesecu nakon rođenja djeteta povezan s nižim razinama masnih kiselina u majčinu mlijeku. To otvara mogućnost da se signali stresa s majke na dijete prenose dojenjem (12). Osim svega navedenog poslijeporođajni stres može utjecati na odnose unutar obitelji. Neprestani osjećaj stresa i tjeskobe dovodi do napetosti između partnera i samim time narušava njihov odnos (10). Stoga je važno prepoznati znakove prisutnosti poslije porođajnog stresa kako bi se zaštitilo zdravlje majke, djeteta i cjelokupne obitelji.

Iako su provedene brojne studije o poslijeporođajnom stresu, rezultati nisu dosljedni, što bi moglo biti posljedica upotrebe različitih mjernih instrumenata. Za procjenu razine poslijeporođajnog stresa mogu se koristiti brojne skale (npr. skala majčinskog stresa nakon porođaja). Prvorotke su često izložene većem riziku od poslijeporođajnog stresa (13-15), što je povezano s nižim razinama samopouzdanja i osjećajem nespremnosti za brigu o novorođenčetu (16). Međutim, neka istraživanja sugeriraju da višerotke mogu doživjeti veći stres zbog izazova u brizi o više djece (4). Istraživanja su pokazala da je način dovršenja poroda je također jedan od faktora rizika za pojavu poslijeporođajnog stresa. Jedna od tri prvorotke doživljava simptome anksioznosti, depresije, ili stresa (15). Potrebno je naglasak staviti na edukaciju medicinskog osoblja o poslijeporođajnom stresu kako bi se osiguralo rano prepoznavanje žena koje su u riziku od obolijevanja od PPD-a. Ukoliko se ustanovi da žena boluje od PPD važno joj je pružiti podršku i uputiti na liječenje.

Zdravstveno osoblje treba biti educirano o prepoznavanju simptoma, o faktorima rizika za pojavu PPD-a, o komunikacijskim vještinama te individualnom pristupu svakoj ženi. Patronažne sestre također imaju važnu ulogu u prevenciji pojave PPD-a te njihovi posjeti prije i nakon poroda pomažu ženama da se suoče s promjenama koje će doći nakon rođenja djeteta te da se pripreme psihički i fizički za dolazak novog člana (18-20).

S ciljem ublažavanja i prevencije poslijeporođajnog stresa, pružanje kontinuirane stručne podrške zdravstvenog osoblja, kao što su intenzivni kućni posjeti nakon poroda, pokazalo se povoljnim za dobrobit majki, olakšavajući prijelaz u majčinstvo i smanjujući rizik od poslijeporođajne depresije (4,17,18). Međutim, istraživanja pokazuju da je ta podrška većinom ograničena na informiranje i edukaciju, dok emocionalna podrška često izostaje (3). U Hrvatskoj, ovakav oblik podrške dostupan je kroz kućne posjete patronažnih sestara, koje

pružaju kontinuiranu stručnu podršku majkama nakon poroda. One kao zdravstveni djelatnici primarne zdravstvene zaštite imaju važnu ulogu u perinatalnoj skrbi jer mogu pomoći roditeljima u prilagodbi te pažnju usmjeriti i na mentalno zdravlje majke (18). Pretpostavka je da ova vrsta podrške može pomoći majkama da se lakše prilagode na majčinstvo i smanje razinu poslijeporođajnog stresa.

Patronažna sestra važan je dio zdravstvenog tima tijekom i nakon trudnoće. Patronažna sestrińska skrb započinje prikupljanjem podataka o trudnici, obitelji i uvjetima stanovanja te analizom dosadašnjeg zdravstvenog stanja (19). Ona tijekom trudnoće prati zdravlje trudnice te način na koji se trudnoća odvija te uočava potencijalne komplikacije koje se mogu desiti. Uloga patronažne sestre u skrbi za trudnice i majke važna je u promicanju zdravlja i prevenciji mogućih komplikacija tijekom trudnoće i nakon poroda (19). Ona također tijekom trudnoće daje trudnicama informacije o fizičkim promjenama u trudnoći te educira trudnicu o pravilnoj prehrani i vježbama disanja. Prilikom prvog posjeta trudnici ona pruža informacije o razvoju roditeljskih vještina te daje savjete u vezi njege novorođenčeta ali i same trudnice. Tijekom posjeta trudnici, patronažna sestra provodi procjenu stanja, edukaciju o zdravstvenim problemima i smetnjama u trudnoći te savjetuje o pravilnoj prehrani i tjelesnoj aktivnosti (19). Važan dio skrbi je i priprema za porod, gdje se trudnicama pružaju informacije o samom procesu poroda, tehnikama ublažavanja boli te podrška u usvajanju novih vještina (19). Njena uloga je također važna jer pruža trudnici podršku u svezi emocionalnim zdravljem. Kroz kontinuiranu podršku i edukaciju patronažna sestra ima ključnu ulogu u osiguravanju zdravlja majke i novorođenčeta te promicanju pozitivnih zdravstvenih navika u obitelji (19).

Nakon poroda majke se nalaze u osjetljivom periodu te je važno da patronažna sestra to na vrijeme uoči te da sluša majčine probleme i pruži joj pomoć u rješavanju istih. Njena uloga je da upozna majku s time da simptomi poput anksioznosti, tuge, promjena raspoloženja mogu biti povezani s pojavom poslijeporođajnog stresa (20). Uloga u suzbijanju pojave poslijeporođajnog stresa nije samo na patronažnoj sestri, ona također uključuje liječnike, ginekologe, psihologe te primalje. Vrlo je važno da svi zdravstveni stručnjaci surađuju međusobno kako bi u ublažili negativne učinke poslijeporođajnog stresa. Komunikacija u timu važna je zbog prepoznavanja, liječenja i prevencije poslijeporođajnog stresa.

Tečajevi za trudnice su jedna od uobičajenih intervencija usmjerenih na pripremu žena za majčinstvo. Međutim, neki autori ističu da su ti tečajevi često usmjereni na sam proces

poroda, a informacije o razdoblju nakon poroda možda nisu relevantne za trenutačne brige trudnica, što može rezultirati slabijim pamćenjem tih informacija (3). Unatoč tome, istraživanja sugeriraju da prenatalna edukacija može imati pozitivan učinak na smanjenje poslijeporođajne depresije i anksioznosti (21-23). Istraživanja pokazuju da trudnice koje su pohađale tečajeve uživo imale su značajno niže razine anksioznosti u usporedbi sa ženama koje su pohađale tečajeve putem interneta ili nisu sudjelovale na tečajevima (23). Prema sveobuhvatnom istraživanju na uzorku hrvatskih roditelja iz 2013. godine, u Hrvatskoj su tečajevi za trudnice jedna od najrasprostranjenijih i najdostupnijih, te najčešće korištena usluga za podršku roditeljstvu (24). Većina roditelja sudjeluje u ovim tečajevima unutar zdravstvenog sustava. Roditelji doživljavaju posjete patronažnih sestara korisnima kada se radi o potrebama djeteta, ali su nezadovoljni savjetima o brizi za majčine osobne potrebe i prilagodbi očeva na roditeljsku ulogu (24). Također, navode da im patronažna sestra nije pružila informacije o tim temama.

Cilj ovog rada je ispitati povezanost poslijeporođajnog stresa i stručne podrške koju pružaju patronažne sestre majkama nakon poroda. U skladu s rezultatima prethodnih istraživanja očekuje se da su niže razine poslijeporođajnog stresa povezane s višom percipiranom podrškom od patronaže sestre, da prvorotke imaju više razine stresa od višerotki, te da su razine poslijeporođajnog stresa niže kod žena koje su pohađale tečaj za trudnice u usporedbi s onima koje nisu.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj: ispitati razinu poslijeporođajnog stresa kod majki i percipiranu podršku od patronažne sestre

Specifični ciljevi:

C1: Ispitati povezanost između razine poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre

C2: Ispitati i usporediti razlike u poslijeporođajnom stresu između prvorotki i višerotki

C3: Ispitati i usporediti razlike u poslijeporođajnom stresu kod majki koje su pohađale tečaj za trudnice i kod onih koje nisu

Hipoteze:

H1: Postoji negativna povezanost između poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre

H2: Prvorotke imaju više razine poslijeporođajnog stresa od višerotki

H3: Majke koje su pohađale tečaj za trudnice imaju niže razine poslijeporođajnog stresa u usporedbi s majkama koje nisu pohađale tečaj

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovale majke dojenčadi u Republici Hrvatskoj. Istraživanje se provodilo na prigodnom uzorku od 389 majki. Ovo istraživanje se provodilo tijekom ožujka 2024. godine. Kriterij uključenja u istraživanje su bile majke koje imaju minimalno 18 godina te barem jedno dijete koje nije starije od 12 mjeseci. Ovo istraživanje provodilo se isključivo na ženskom spolu. Isključene su osobe koje ne žive u Republici Hrvatskoj.

3.2. Postupak i instrumentarij

Istraživanje provedeno je putem *online* upitnika u razdoblju od 1. Ožujka 2024. do 31. ožujka 2024. godine. Upitnik je postavljen na različite društvene mreže te je podijeljen u grupama namijenjenim majkama dojenčadi u Republici Hrvatskoj. Prosječno vrijeme za rješavanje upitnika bilo je 10-15 minuta. Na samom početku upitnika ispitanice bile su upoznate sa svrhom upitnika te načinom na koji će podaci biti obrađeni. Upitnik je bio anonimn i dobrovoljan.

Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske podatke ispitanika koji sadrži pitanja vezana uz kriterije uključenja i isključenja kao što su dob, spol, mjesto stanovanja, broj djece te dob najmlađeg djeteta. U ovom dijelu upitnika ispitanice su odgovarale na pitanja vezana uz pohađanje tečaja za trudnice i posjetama patronažne sestre. Ovdje su bila uvrštena pitanja koja smo koristili za opis uzorka: gestacijska dob pri rođenju djeteta, vrsta poroda, pitanja o dojenju, prisutnosti mentalnih poremećaja u osobnoj anamnezi te prisutnosti teškoća u razvoju djeteta.

Skala majčinskog stresa nakon porođaja (eng. Maternal postpartum stress scale – MPSS) koristila se za mjerenje stresa kod majki nakon porođaja (15). Skala se sastoji od 22 čestice kojima se mjeri stres kod majki tijekom prve godine nakon porođaja. U ovome istraživanju koristila se originalna hrvatska verzija skale za koju je dobivena dozvola od autorice. Čestice su podijeljene na tri podskale. Podskala „osobne potrebe i umor“ sastoji se od devet čestica: 8,9,10,11,12,18,19,21 i 22. Podskala „briga o djetetu“ sastoji se od sedam čestica: 1,2,3,4,5,6 i 7. Podskala „tjelesne promjene i seksualnost“ sastoji se od šest čestica: 13,14,15,16,17 i 20. U

ovoj skali majke su trebale označiti koliko su im pojedine situacije bile stresne u posljednjih mjesec dana na ljestvici od 0 do 4. Broj 0 označava odgovor „uopće ne“ dok broj 4 označava odgovor „u potpunosti da“. Bodovanje se izvodilo na način da se izračuna zbroj 22 čestice, pa je najniži mogući rezultat iznosio 0, a najviši mogući rezultat iznosio 88. Viši broj bodova označavao je veću razinu stresa nakon porođaja dok niži broj bodova označavao je manju razinu stresa nakon porođaja.

Skala percipirane podrške patronažne sestre koristila se za mjerenje zadovoljstva majki pruženom skrbi od strane patronažne sestre. Ova skala izrađena je za potrebe provođenja ovog istraživanja. Skala se sastoji od 18 izjava u vezi pružene percipirane podrške patronažne sestre prilikom posjeta majkama dojenčadi nakon poroda. Od ispitanica se tražilo da prema Likertovoj ljestvici od 5 stupnjeva („Uopće se ne slažem“ do „U potpunosti se slažem“) izraze koliko su bile zadovoljne podrškom koju su primile od patronažne sestre. Minimalan broj bodova iznosio je 18 do je maksimalan broj bodova bio 90. Zbrajanjem svih 18 čestica dobio se ukupan rezultat. Viši broj bodova predstavljao je veće zadovoljstvo pruženom podrškom od patronažne sestre.

3.3. Statistička obrada podataka

Poslijeporođajni stres kod majki mjeren na MPSS skali bio je glavna (zavisna) varijabla u ovome istraživanju, a izražen je na intervalnoj ljestvici. Percipirana podrška patronažne sestre u ovome istraživanju je nezavisna varijabla izražena na intervalnoj ljestvici. Nezavisne varijable „pohađanje tečaja za trudnice“ i „paritet“ izražene su na nominalnoj ljestvici (da/ne i prvorođak/višerođak).

Za opis intervalnih podataka korištena je aritmetička sredina i standardna devijacija, dok su nominalni podaci prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama. Normalnost raspodjele ispitana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom.

Za ispitivanje povezanosti poslijeporođajnog stresa kod majki i percipirane podrške patronažne sestre koristila se Pearsonova korelacija. Za testiranje razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na nominalne varijable koristio se t-test za nezavisne uzorke. Razina statističke značajnosti određena je na $p < 0,05$. Podaci prikupljeni ovim istraživanjem obrađivani su uz pomoć programa Microsoft Office Excel i Statistica.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Etičko povjerenstvo za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci odobrilo je ovo istraživanje. Anonimnost ispitanica je osigurana na način da upitnici nisu sadržavali osobne podatke koji bi ih mogli identificirati. Prije početka ispunjavanja, ispitanice su informirane o cilju i svrsi istraživanja, a njihov pristanak za sudjelovanje je zatražen na početku upitnika.

Potencijalni rizik za ispitanice bio je da sudjelovanje u ovom istraživanju može potaknuti emocionalne reakcije i prisjećanje na stresne situacije, što može izazvati nelagodu. Međutim, ako rezultati potvrde hipoteze ovog istraživanja, to može naglasiti važnost stručne podrške patronažnih sestara u smanjenju poslijeporođajnog stresa, što može utjecati na pružanje bolje podrške ovim ženama u budućnosti.

Prikupljeni podaci koriste se isključivo za potrebe istraživanja. Cijelo istraživanje provedeno je u skladu s etičkim načelima i zaštitom ljudskih prava ispitanica.

4. REZULTATI

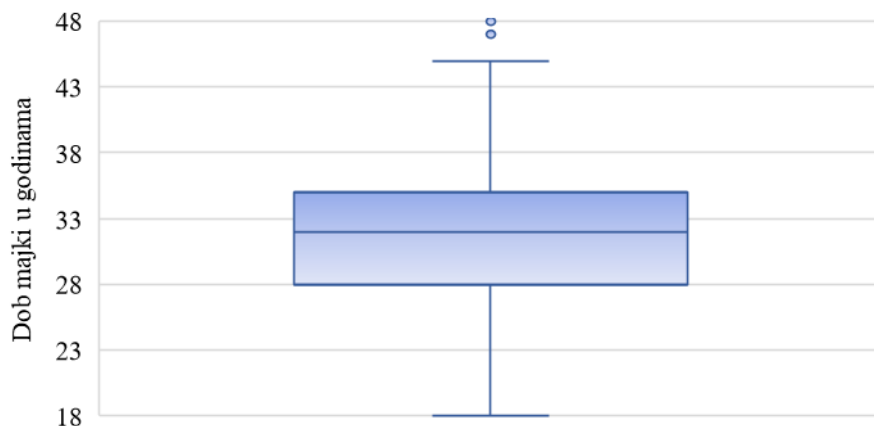
4.1. Opis uzorka

Istraživanju je pristupilo 550 osoba ženskog spola. Isključena je 161 osoba prema prethodno zadanim kriterijima uključenja i isključenja: 7 ne živi na području RH, 1 nema djece, 153 imaju djecu stariju od 12 mjeseci. Konačni broj majki uključenih u statističku analizu je N=389. U Tablici 1. sažete su karakteristike majki, iskazane apsolutnim i relativnim frekvencijama.

Tablica 1. Karakteristike ispitanica

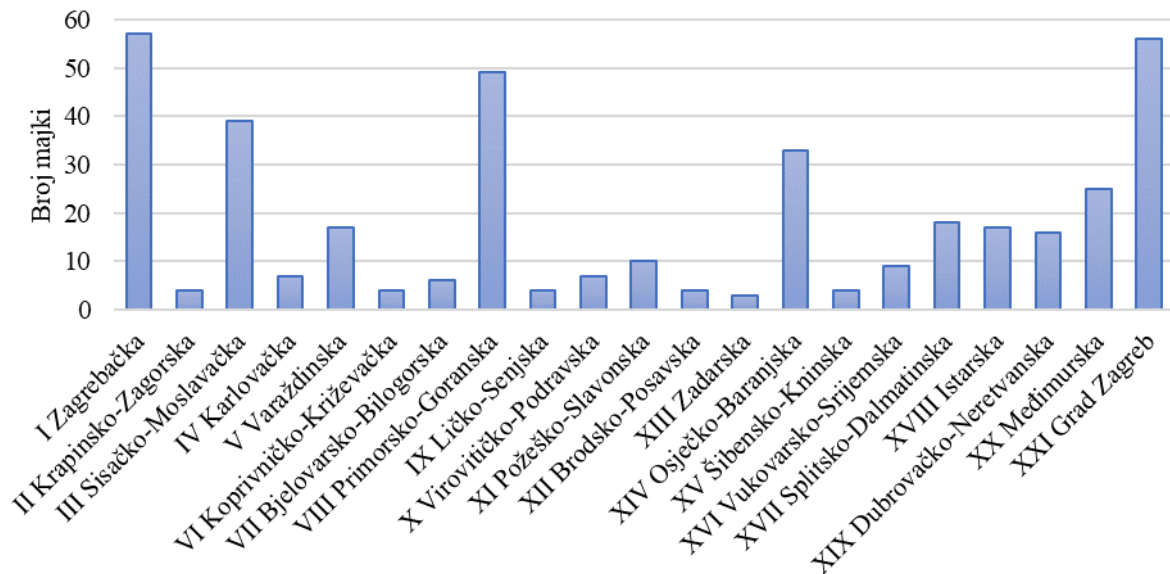
		n	%
Broj djece	Jedno	229	59%
	Dvoje	118	30%
	Troje	24	6%
	Četvero i više	18	5%
Način poroda najmlađeg djeteta	Vaginalni	265	68%
	Carski rez	124	32%
Gestacijska dob u trenutku poroda	Manje od 37 tjedana	25	6%
	37 – 42 tjedna	363	93%
	Više od 42 tjedna	1	<1%
Teškoće u razvoju najmlađeg djeteta	Da	17	4%
	Ne	372	96%

Prosječna dob majki u ovom istraživanju iznosi 32 godine (28 – 35 godina), iskazana medijanom i 25/75 percentilima (Slika 1.), jer varijabla dob ne slijedi normalnu raspodjelu što je provjereno Kolmogorov-Smirnovljevim testom ($p=0,015$).



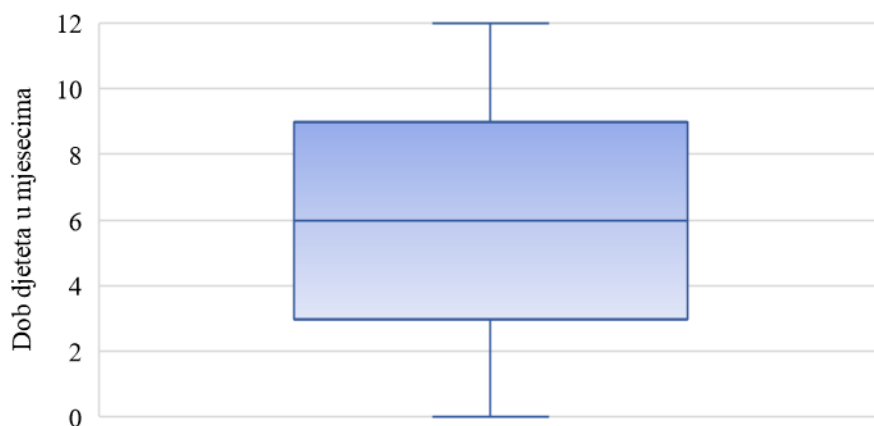
Slika 1. Raspodjela dobi majki

Broj majki prema županiji u kojoj žive prikazan je grafički (Slika 2.). Najviše majki u istraživanju živi u Zagrebačkoj županiji (15%), Gradu Zagrebu (14%) te Primorsko-goranskoj županiji (13%).



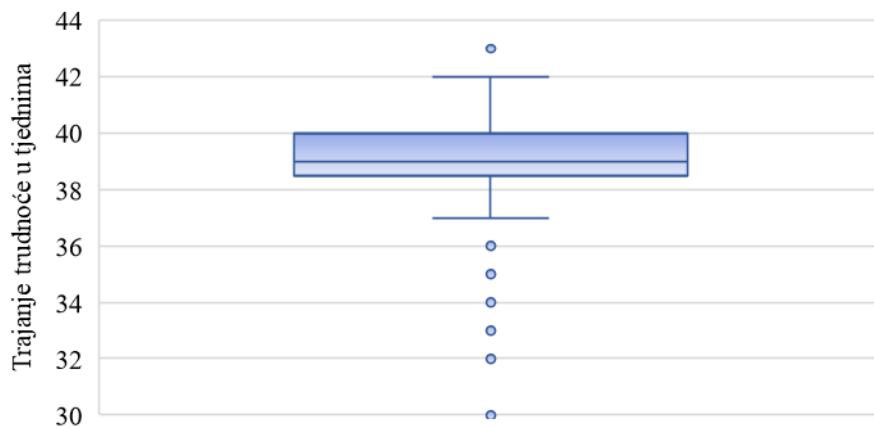
Slika 2. Broj majki prema županiji u kojoj žive

Prosječna dob najmlađeg djeteta iznosi 6 mjeseci (3 – 9 mjeseci), iskazana medijanom i 25/75 percentilima (Slika 3.). Kolmogorov-Smirnovljev test pokazao je da dob najmlađeg djeteta ne slijedi normalnu raspodjelu ($p < 0,001$).



Slika 3. Raspodjela dobi najmlađeg djeteta u mjesecima

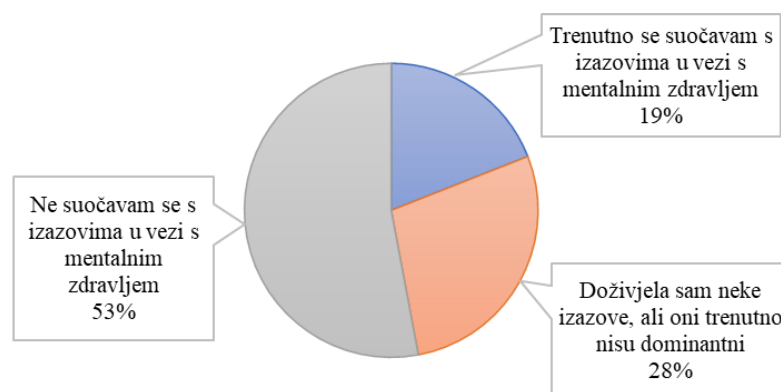
Prosječno trajanje trudnoće iz koje je rođeno najmlađe dijete iznosi 39 tjedana (39 – 40 tjedana), iskazano medijanom i 25/75 percentilima (Slika 4.), jer varijabla ne slijedi normalnu raspodjelu (Kolmogorov-Smirnovljev test, $p < 0,001$).



Slika 4. Raspodjela trajanja trudnoće u tjednima

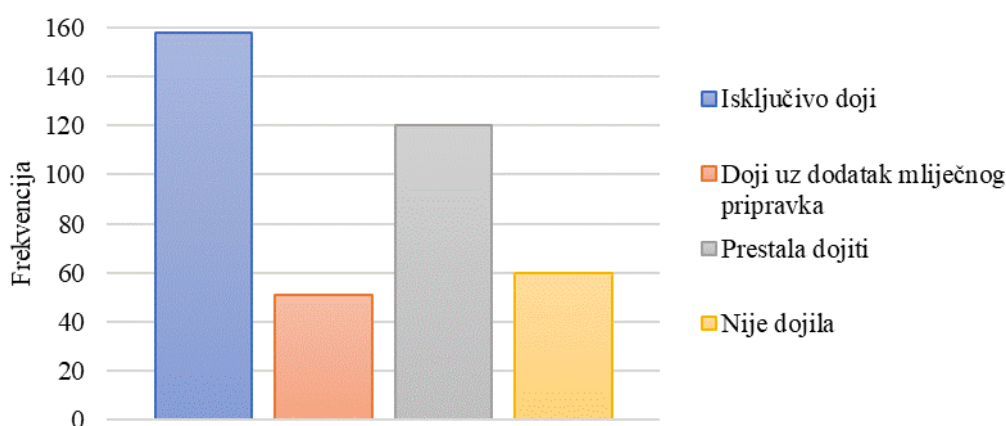
Većina majki (96%) izjavila je da njihovo najmlađe dijete ne pokazuje poteškoće u razvoju. Od 17 (4%) majki čije dijete ima poteškoće u razvoju, 10 ih je pristalo podijeliti prirodu tih poteškoća, koje su uključivale: distoni sindrom (3), hipotonus (3), hipertonus (2), sindrom Down (1) i neurorizično dijete (1).

Majkama je postavljeno pitanje o eventualnim izazovima ili poteškoćama u njihovom mentalnom zdravlju. Analiza odgovora na ovo pitanje pokazala je da većina majki (53%) navodi da se trenutno ne suočava s izazovima u vezi s mentalnim zdravljem. Manji postotak majki (28%) izvijestio je o prethodno doživljenim izazovima koji trenutno nisu dominantni, dok je 19% ispitanica izjavilo da se trenutno suočava s izazovima vezanim uz mentalno zdravlje (Slika 5.).



Slika 5. Samopercepcija mentalnog zdravlja

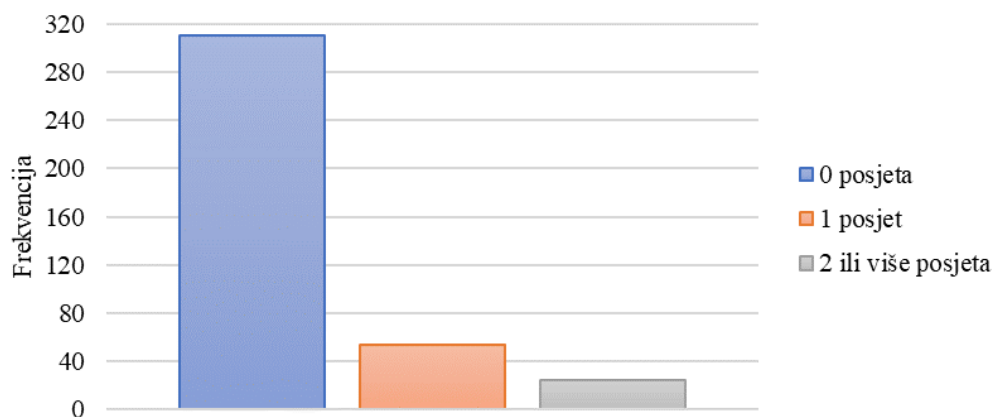
Više od polovice majki uključenih u ovo istraživanje doji svoje najmlađe dijete (54%), pri čemu 158 (41%) majki isključivo doji, a 51 (13%) doji uz dodatak mliječnog pripravka. Dodatno, 120 (31%) majki je prestalo dojiti, dok je 60 (15%) njih izjavilo da nisu dojile svoje najmlađe dijete (Slika 6.). Majke koje doje (n=209) planiraju nastaviti dojiti do prosječne dobi djeteta od 12 mjeseci (12 – 18 mjeseci), iskazano medijanom i 25/75 percentilima. Majke koje su prestale dojiti (n=120), dojile su do prosječne dobi djeteta od 2 mjeseca (1 – 4,75 mjeseci), iskazano medijanom i 25/75 percentilima.



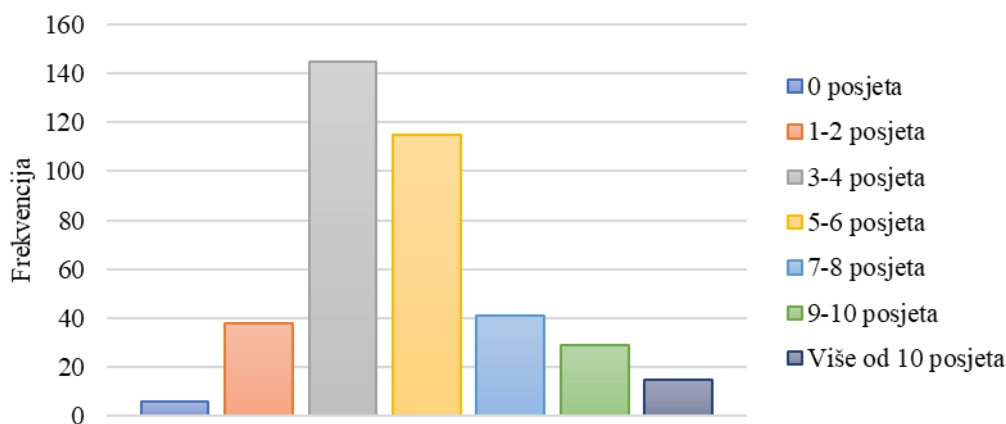
Slika 6. Skupine majki prema dojenju

4.2. Posjeti patronažne sestre

Čak 311 (80%) ispitanica navelo je da ih tijekom trudnoće nije posjetila patronažna sestra, dok ih nakon poroda nije posjetila samo 6 (2%). Podaci o broju posjeta patronažne sestre tijekom trudnoće i poslije poroda prikazani su grafički (Slika 7. i Slika 8.)



Slika 7. Posjeti patronažne sestre u trudnoći

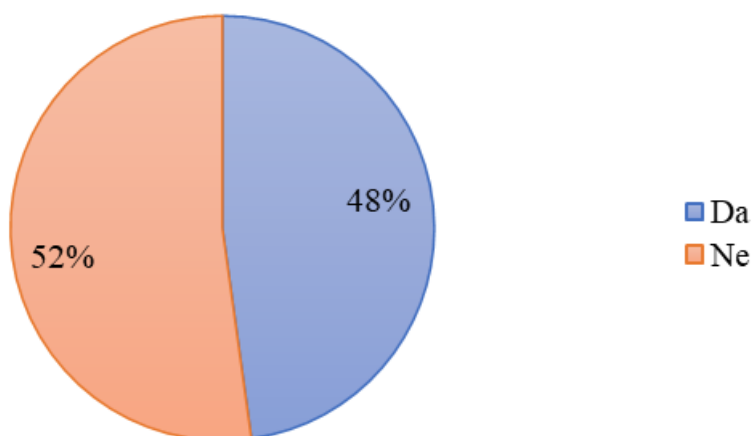


Slika 8. Posjeti patronažne sestre nakon poroda

Većina majki (71%) izjavila je da je njihovo najmlađe dijete bilo mlađe od 7 dana u trenutku prvog posjeta patronažne sestre nakon poroda. Manji broj majki, njih 97 (24,9%) navelo je da je prvi posjet bio između sedmog i petnaestog dana, dok je samo 15 (3,9%) majki čekalo više od petnaest dana na prvi posjet.

4.3. Pohađanje tečajeva za trudnice

Ispitanicama su postavljena pitanja o pohađanju tečaja za trudnice. Većina majki, njih 203 (52%), nije pohađala tečaj za trudnice (Slika 9.).



Slika 9. Pohađanje tečaja za trudnice

Ispitanice koje su pohađale tečaj za trudnice (n=186) odgovorile su na dodatna pitanja o tečajevima koje su pohađale, što je prikazano u Tablici 2. Neke ispitanice pohađale su više od jednog tečaja, što je rezultiralo time da postoji u nekim kategorijama prelaze 100%. To se

dogaća zato što su neke ispitanice mogle označiti više odgovora na pitanja o tečajevima koje su pohađale, na primjer, moguće je da su pohađale tečajeve koji su organizirani i od strane zdravstvenih ustanova i od strane udruga. Stoga, kada se broj ispitanica koje pripadaju različitim kategorijama zbroji, postoci mogu premašiti 100%.

Tablica 2. Karakteristike tečajeva za trudnice koje su ispitanice pohađale (n=186)

		n	%*
Organizator tečaja	Zdravstvena ustanova	132	71%
	Udruga	61	33%
	Privatna praksa	21	11%
	Nepoznato	3	2%
	Ostalo	3	2%
Besplatan tečaj	Da	147	79%
	Ne	32	17%
	Ostalo	7	7%
Način održavanja	Uživo	98	53%
	Online	77	41%
	Ostalo	11	6%

* Neke ispitanice su pohađale više različitih tečajeva

4.4. Skala majčinskog stresa nakon porođaja

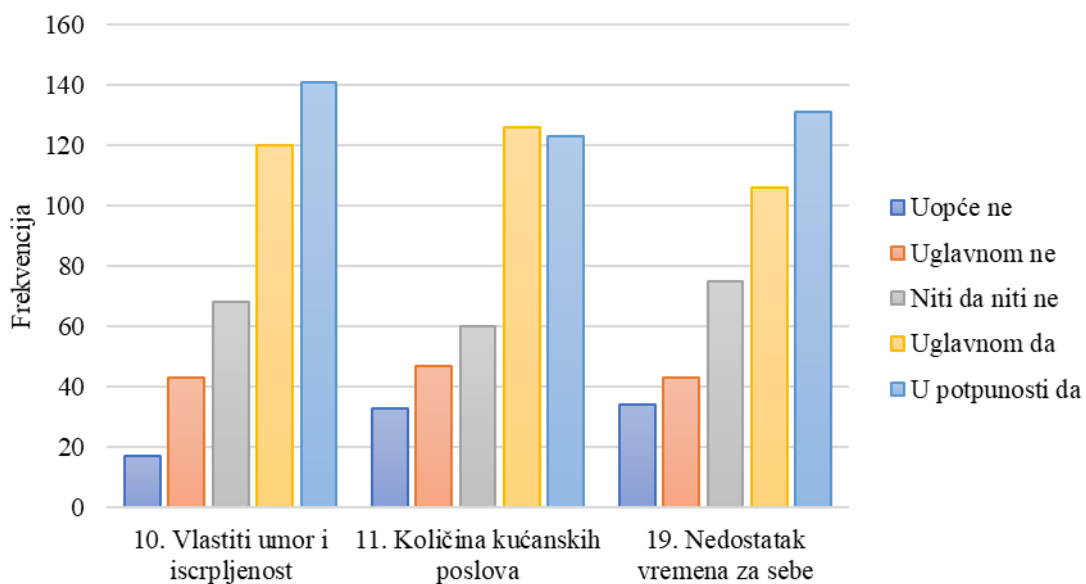
Skala majčinskog stresa nakon porođaja (MPSS) korištena je za mjerenje stresa kod majki nakon porođaja. Sastoji se od 22 čestice podijeljene u tri podskale, pri čemu su majke ocjenjivale stresne situacije u posljednjih mjesec dana na ljestvici od 0 do 4. Zbrojem bodova dobivena je ukupna razina stresa, gdje je najniži rezultat bio 0, a najviši 88, pri čemu viši rezultat označava veću razinu stresa nakon porođaja. U Tablici 3. prikazane su apsolutne i relativne frekvencije odgovora na pojedine čestice.

Tablica 3. Skala majčinskog stresa nakon porođaja – Apsolutne i relativne frekvencije

U posljednjih mjesec dana, koliko su Vas opterećivale sljedeće stvari:	0- Uopće ne	1- Uglavnom ne	2- Niti da niti ne	3- Uglavnom da	4- U potpunosti da
1. Odabir primjerenog načina hranjenja bebe (dojenje ili formula)	149 (38%)	53 (14%)	60 (15%)	72 (19%)	55 (14%)
2. Bebin nepravilan obrazac hranjenja	101 (26%)	79 (20%)	73 (19%)	91 (23%)	45 (12%)
3. Nedovoljna količina mlijeka pri dojenju	187 (48%)	48 (12%)	31 (8%)	55 (14%)	68 (18%)
4. Napredovanje bebe	113 (29%)	79 (20%)	63 (16%)	79 (20%)	55 (14%)
5. Bebini zdravstveni problemi	107 (28%)	89 (23%)	53 (14%)	82 (21%)	58 (15%)
6. Prepoznavanje bebinih potreba	55 (14%)	71 (18%)	86 (22%)	115 (30%)	62 (16%)
7. Nemogućnost umirivanja uplakanog djeteta	67 (17%)	105 (27%)	73 (19%)	88 (23%)	56 (14%)
8. Prilagodba na česta buđenja	68 (18%)	86 (22%)	67 (17%)	104 (27%)	64 (17%)
9. Bebini nepravilni obrasci spavanja preko dana	80 (21%)	72 (19%)	85 (22%)	93 (24%)	59 (15%)
10. Vlastiti umor i iscrpljenost	17 (4%)	43 (11%)	68 (18%)	120 (31%)	141 (36%)
11. Količina kućanskih poslova	33 (9%)	47 (12%)	60 (15%)	126 (32%)	123 (32%)
12. Nedostatak pomoći oko bebe i kućanskih poslova	69 (18%)	69 (18%)	79 (20%)	83 (21%)	89 (23%)
13. Dvojbe kad započeti seksualne odnose nakon porođaja	160 (41%)	76 (20%)	77 (20%)	45 (12%)	31 (8%)
14. Nedovoljna učestalost seksualnih odnosa	149 (38%)	64 (17%)	76 (20%)	65 (17%)	35 (9%)
15. Nedovoljan užitak u seksualnim odnosima	161 (41%)	70 (18%)	64 (17%)	55 (14%)	39 (10%)
16. Pomisao da sam partneru fizički neprivlačna	154 (40%)	56 (14%)	73 (19%)	58 (15%)	48 (12%)
17. Nemogućnost povratka na tjelesnu težinu prije trudnoće	121 (31%)	65 (17%)	48 (12%)	72 (19%)	83 (21%)
18. Nedostatak vremena za druženje s prijateljima	73 (19%)	65 (17%)	78 (20%)	101 (26%)	72 (19%)
19. Nedostatak vremena za sebe	34 (9%)	43 (11%)	75 (19%)	106 (27%)	131 (34%)
20. Fizički izgled nakon porođaja	74 (19%)	62 (16%)	86 (22%)	81 (21%)	86 (22%)
21. Nemogućnost da se nekom <u>pojadam</u>	95 (24%)	69 (18%)	76 (20%)	79 (20%)	70 (18%)
22. Usamljenost kod kuće s bebom	89 (23%)	48 (12%)	62 (16%)	84 (22%)	106 (27%)

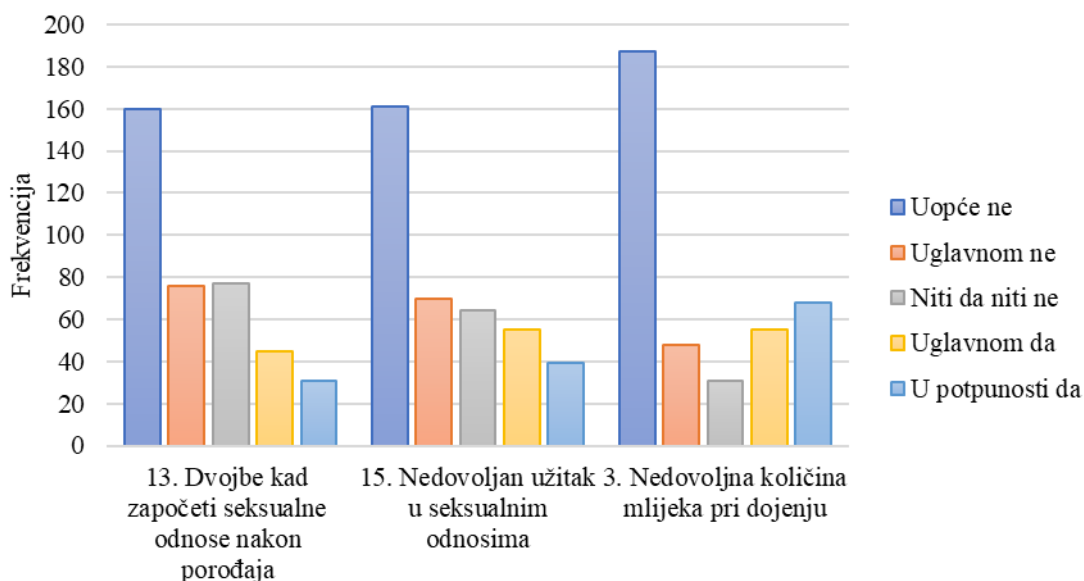
Podskala „Osobne potrebe i umor“ čestice: 8,9,10,11,12,18,19,21,22; podskala „Briga o djetetu“ čestice: 1,2,3,4,5,6,7; podskala „Tjelesne promjene i seksualnost“ čestice: 13,14,15,16,17,20.

Radi identifikacije čestica koje su izazvale najvišu i najnižu razinu stresa među ispitanicama, za svaku od čestica MPSS skale izračunate su sume bodova, što predstavlja ukupni zbroj ocjena koje su ispitanice dale za pojedinu česticu na skali od 0 do 4. Na temelju tih suma, identificirane su tri čestice koje su izazvale najvišu razinu stresa, kao i tri čestice koje su izazvale najmanju razinu stresa među ispitanicama. Tri čestice koje su pokazale najveću razinu stresa su redom: „Vlastiti umor i iscrpljenost“ s ukupnom sumom 1103, zatim „Količina kućanskih poslova“ s ukupnom sumom 1037, te „Nedostatak vremena za sebe“ s ukupnom sumom 1035 (Slika 10.).



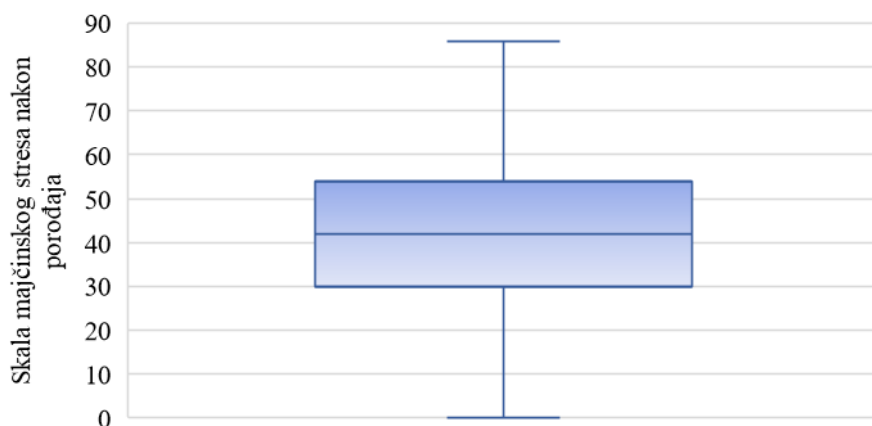
Slika 10. Tri čestice MPSS skale procijenjene najviše stresnima

Tri čestice koje su pokazale najmanju razinu stresa su redom: „Dvojbe kad započeti seksualne odnose nakon porođaja“ s ukupnom sumom 489, „Nedovoljan užitak u seksualnim odnosima“ s ukupnom sumom 519, te „Nedovoljna količina mlijeka pri dojenju“ s ukupnom sumom 547 (Slika 11.).



Slika 11. Tri čestice MPSS skale procijenjene najmanje stresnima

Analiza rezultata na MPSS skali provedena Kolmogorov-Smirnovljevim testom nije pokazala statistički značajne rezultate ($p = 0,175$), što sugerira da raspodjela podataka ne odstupa značajno od normalne raspodjele (Slika 12.). Srednja vrijednost iznosi $\bar{x}=42,11$, uz standardnu devijaciju $SD=17,14$. Interna pouzdanost mjerenja, izražena alfa koeficijentom, bila je visoka ($\alpha = 0,895$).

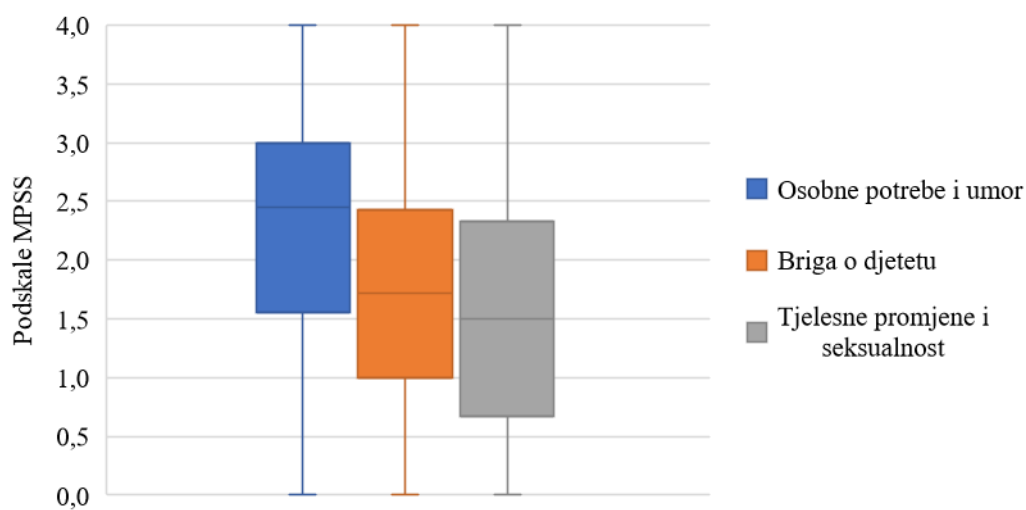


Slika 12. Raspodjela rezultata na skali majčinskog stresa nakon porođaja

Skala MPSS sastoji se od 3 podskale: „Osobne potrebe i umor“ (9 čestica), „Briga o djetetu“ (7 čestica), „Tjelesne promjene i seksualnost“ (6 čestica). Radi preciznije usporedbe rezultata između podskala koje imaju različit broj čestica, podskale su normalizirane dijeljenjem ukupnog zbroja bodova svake podskale s brojem čestica u toj podskali. Ova prilagodba omogućava bolju usporedbu rezultata između podskala i osigurava da se razlike u rezultatima

ne dovode u vezu s različitim brojem čestica u podskalama. Kolmogorov-Smirnovljev test pokazao je statistički značajnu razliku u raspodjeli rezultata za sve tri podskale ($p < 0,001$), ukazujući da ove varijable ne slijede normalnu distribuciju.

Medijan za podskalu „Osobne potrebe i umor“ iznosi 2,44, dok se raspon 25. i 75. percentila kretao od 1,56 do 3 (25./75. percentil). Za podskalu „Briga o djetetu“, medijan iznosi 1,71, s rasponom 25. i 75. percentila od 1 do 2,43. Podskala „Tjelesne promjene i seksualnost“ ima medijan od 1,5, s rasponom 25. i 75. percentila od 0,67 do 2,33. Rezultati su prikazani grafički (Slika 13.).



Slika 13. Raspodjela rezultata na podskalama MPSS

4.5. Skala percipirane podrške patронаžne sestre

Skala percipirane podrške patронаžne sestre osmišljena je za potrebe ovog istraživanja, a korištena je za mjerenje podrške koju patронаžne sestre pružaju majkama nakon poroda. Skala se sastoji od 18 izjava koje su majke ocjenjivale prema Likertovoj ljestvici od 1 do 5. Zbrajanjem rezultata svih čestica dobiva se ukupni rezultat, pri čemu veći rezultat ukazuje na veću podršku. Minimalan broj bodova iznosi 18, dok je maksimalan broj bodova 90. Budući da je 6 majki izjavilo da ih nije posjetila patронаžna sestra nakon poroda, nije im ni postavljeno pitanje o percipiranoj podršci od strane patронаžne sestre. Stoga, za analizu ove skale, ukupan broj ispitanica iznosi $n=383$.

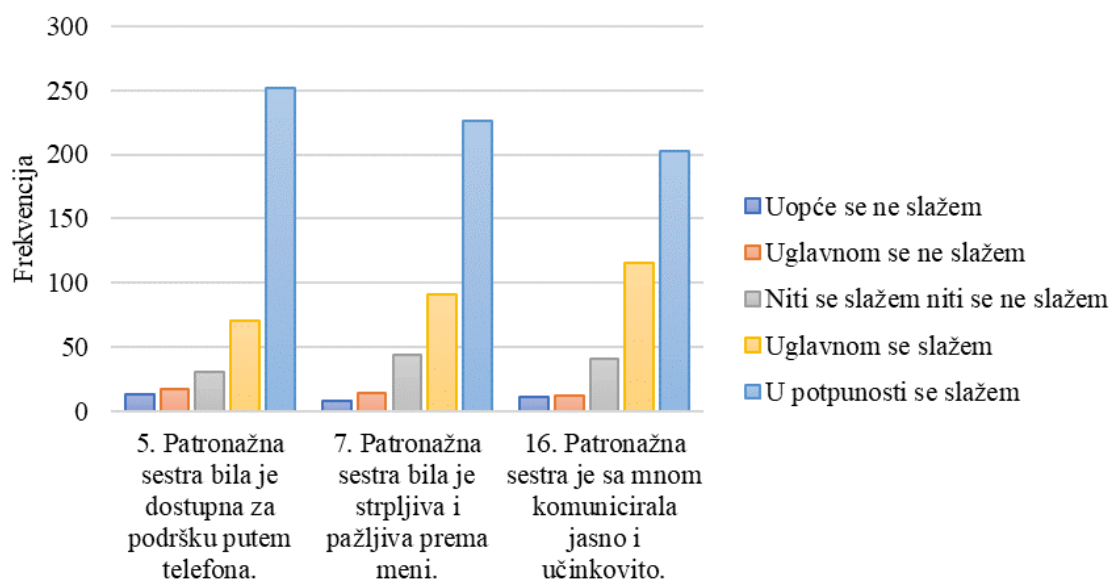
Tablica 4. Skala percipirane podrške patronažne sestre – Apsolutne i relativne frekvencije

Patronažna sestra je:	1- Uopće se ne slažem	2- Uglavnom se ne slažem	3- Niti se slažem niti se ne slažem	4- Uglavnom se slažem	5- U potpunosti se slažem
1. spremno odgovorila na moja pitanja o dojenju	21 (6%)	25 (7%)	44 (12%)	104 (27%)	189 (49%)
2. dala korisne informacije o njezi bebe	13 (3%)	26 (7%)	29 (8%)	115 (30%)	200 (52%)
3. pokazala empatiju za moje brige i strahove	18 (5%)	18 (5%)	52 (14%)	100 (26%)	195 (51%)
4. redovito pratila napredak moje bebe	20 (5%)	17 (4%)	43 (11%)	77 (20%)	226 (59%)
5. bila dostupna za podršku putem telefona	13 (3%)	17 (4%)	31 (8%)	70 (18%)	252 (66%)
6. pratila moje tjelesno i emocionalno zdravlje	55 (14%)	58 (15%)	87 (23%)	63 (16%)	120 (31%)
7. bila strpljiva i pažljiva prema meni.	8 (2%)	14 (4%)	44 (12%)	91 (24%)	226 (59%)
8. pomogla u razumijevanju potreba moje bebe	13 (3%)	22 (6%)	82 (21%)	82 (21%)	184 (48%)
9. pomogla u razumijevanju emocionalnih promjena nakon poroda	62 (16%)	55 (14%)	106 (28%)	51 (13%)	109 (29%)
10. poticala da brinem o vlastitom mentalnom zdravlju	78 (20%)	64 (17%)	90 (24%)	49 (13%)	102 (27%)
11. podržala u jačanju mojih roditeljskih vještina	54 (14%)	33 (9%)	108 (28%)	77 (20%)	111 (29%)
12. poticala da razgovaram sa svojim partnerom ili obitelji o stresu nakon poroda	118 (31%)	68 (18%)	96 (25%)	33 (9%)	68 (18%)
13. pomogla razumjeti da nisam sama u svojim osjećajima	107 (28%)	63 (16%)	82 (21%)	41 (11%)	90 (24%)
14. pažljivo slušala moje brige i pitanja nakon poroda	36 (9%)	26 (7%)	61 (16%)	98 (26%)	162 (42%)
15. pokazala poštovanje prema mojim osjećajima i iskustvima	28 (7%)	22 (6%)	81 (21%)	86 (23%)	166 (43%)
16. sa mnom komunicirala jasno i učinkovito	11 (3%)	12 (3%)	41 (11%)	116 (30%)	203 (53%)
17. poštovala moje želje u vezi brige o djetetu	11 (3%)	12 (3%)	58 (15%)	107 (28%)	195 (51%)
18. izgradila topao odnos sa mnom tijekom svojih posjeta	20 (5%)	20 (5%)	61 (16%)	92 (24%)	190 (50%)

Radi identifikacije čestica koje su pokazale najvišu i najnižu razinu podrške patronažne sestre majkama nakon poroda, za svaku od čestica skale izračunate su sume bodova, što predstavlja ukupni zbroj ocjena koje su majke dale za pojedinu česticu na skali od 1 do 5. Na temelju tih suma, identificirane su tri čestice koje su pokazale najvišu razinu podrške, kao i tri čestice koje su pokazale najnižu razinu podrške među ispitanicama.

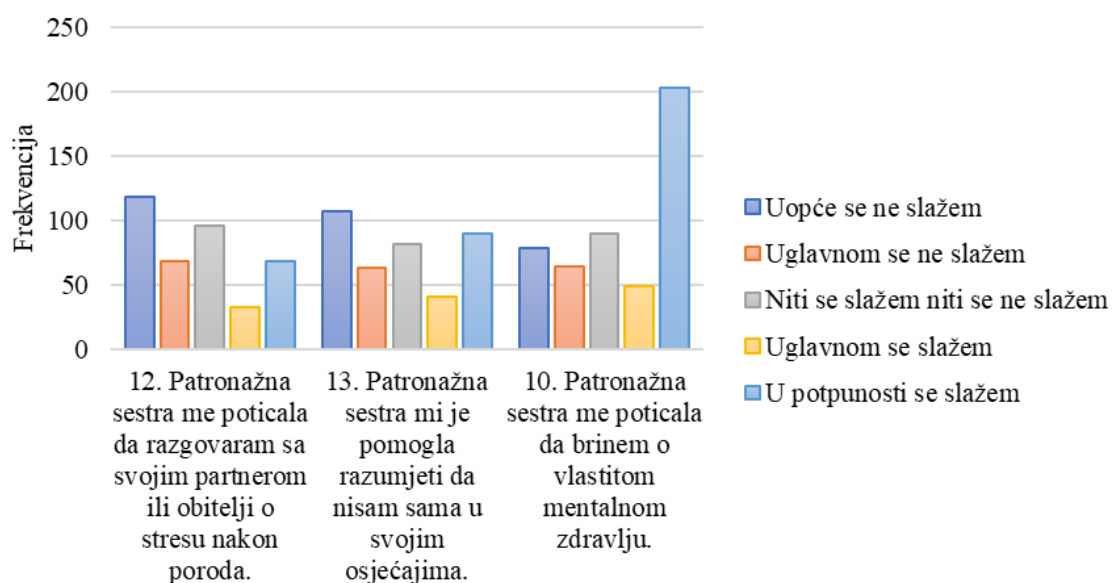
Tri čestice koje pokazuju najvišu razinu podrške su redom: „Patronažna sestra bila je dostupna za podršku putem telefona“ s ukupnom sumom 1680, „Patronažna sestra bila je

strpljiva i pažljiva prema meni“ s ukupnom sumom 1662, „Patronažna sestra je sa mnom komunicirala jasno i učinkovito“ s ukupnom sumom 1637 (Slika 14.).



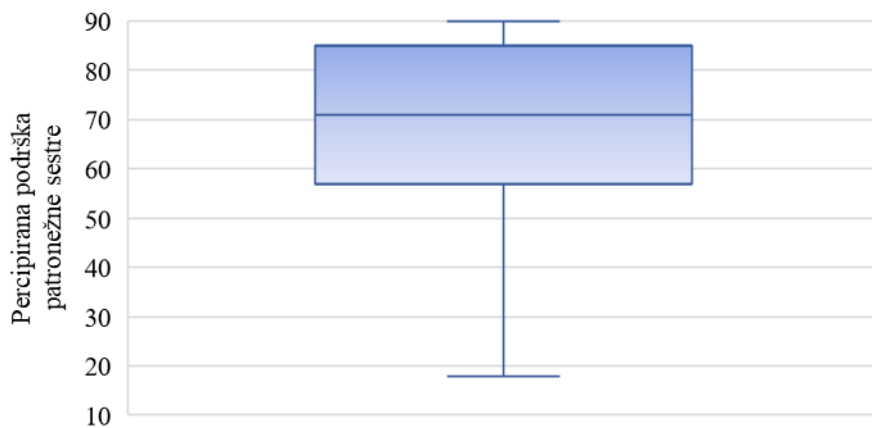
Slika 14. Tri čestice koje pokazuju najvišu razinu podrške patronažne sestre

Tri čestice koje pokazuju najnižu razinu podrške su redom: „Patronažna sestra me poticala da razgovaram sa svojim partnerom ili obitelji o stresu nakon poroda“ s ukupnom sumom 1014, „Patronažna sestra mi je pomogla razumjeti da nisam sama u svojim osjećajima“ s ukupnom sumom 1093, „Patronažna sestra me poticala da brinem o vlastitom mentalnom zdravlju“ s ukupnom sumom 1182 (Slika 15.).



Slika 15. Tri čestice koje pokazuju najnižu razinu podrške patronažne sestre

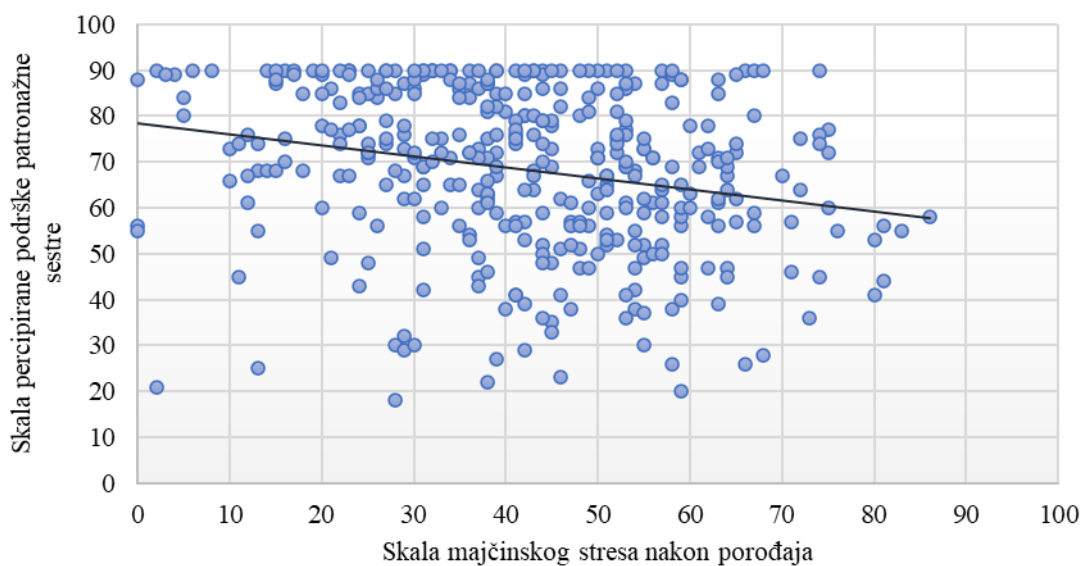
Rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa su pokazali visoku statističku značajnost ($p < 0,001$), što ukazuje na odstupanje od normalne raspodjele rezultata na skali percipirane podrške patronažne sestre. Medijan ukupnih rezultata iznosi 71, dok se raspon 25. i 75. percentila kreće od 57 do 85 (Slika 16.). Interna konzistencija skale bila je visoka ($\alpha = 0,964$), što ukazuje na pouzdanost mjerenja.



Slika 16. Raspodjela rezultata na Skali percipirane podrške od patronažne sestre

4.6. Statistička evaluacija postavljenih hipoteza

Prva hipoteza pretpostavlja kako postoji negativna povezanost između poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre. Varijabla "Percipirana podrška od patronažne sestre" ne slijedi normalnu raspodjelu ($p < 0,001$), što opravdava korištenje Spearmanove rang korelacije za testiranje hipoteze. Pronađena je statistički značajna, ali slaba negativna povezanost između razine majčinskog stresa nakon porođaja i percipirane podrške od patronažne sestre, $r_s(381) = -0,272$, $p < 0,001$ (Slika 17.), što potvrđuje hipotezu. To znači da što je viša percipirana podrška od strane patronažne sestre, to je niža razina majčinskog stresa nakon porođaja, i obrnuto.



Slika 17. Povezanost poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre

Radi detaljnijeg razumijevanja povezanosti različitih aspekata poslijeporođajnog stresa i podrške patronažne sestre, ispitana je i povezanost svake pojedinačne podskale MPSS s podrškom patronažne sestre. Rezultati pokazuju umjerenu negativnu povezanost između podskale „Osobne potrebe i umor“ i podrške patronažne sestre. Iako su i rezultati za druge dvije podskale statistički značajni, vrlo nizak Spearmanov r sugerira da praktično nema povezanosti između ovih varijabli u stvarnom kontekstu. Rezultati Spearmanove korelacije prikazani su u Tablici 5.

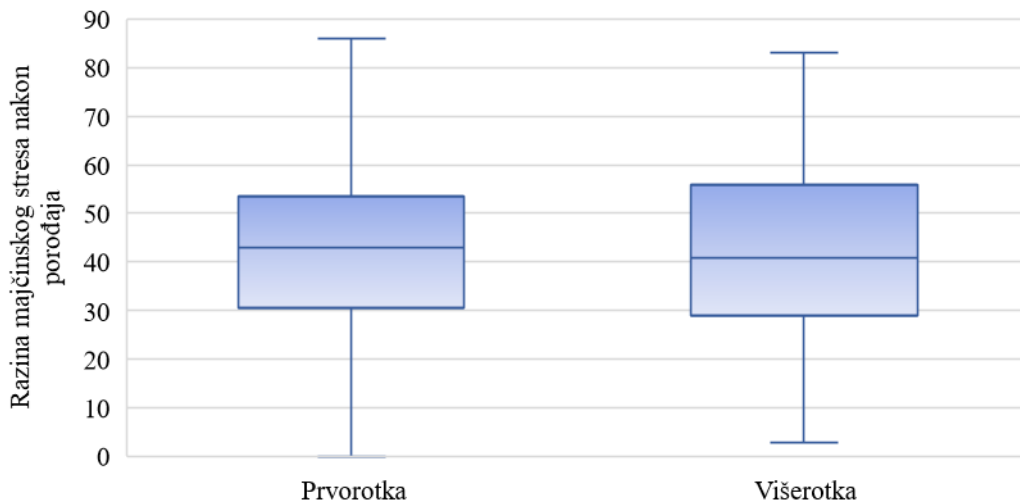
Tablica 5. Rezultati Spearmanove korelacije rezultata na podskalama MPSS i Skali podrške patronažne sestre

Podskala	df	r_s	p
Osobne potrebe i umor	381	-0,303	<0,001
Briga o djetetu	381	-0,155	0,002
Tjelesne promjene i seksualnost	381	-0,135	0,008

df - stupnjevi slobode (N-2)

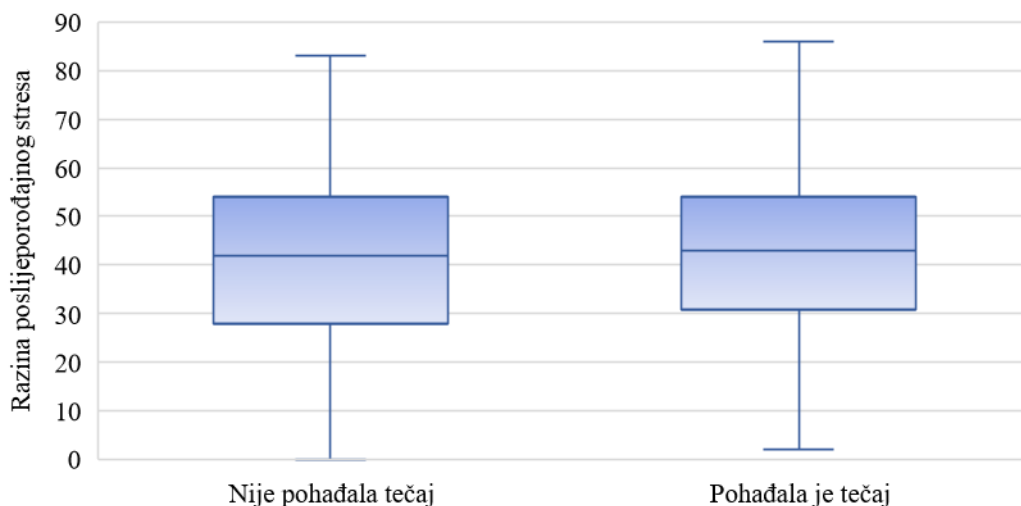
Druga hipoteza pretpostavlja da prvorotke imaju više razine poslijeporođajnog stresa od višerotki. Razine poslijeporođajnog stresa su prikazane aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom te slijede normalnu raspodjelu u obje skupine ($p=0,200$), pri čemu su varijance homogene prema rezultatima Leveneovog testa ($p=0,095$). U istraživanju je sudjelovalo 229 prvorotki i 160 višerotki. Iako je srednja vrijednost razine majčinskog stresa nakon porođaja bila nešto viša kod prvorotki ($42,29 \pm 16,42$) u odnosu na višerotke ($41,67 \pm 18,15$), t-test za

nezavisne uzorke nije pokazao statistički značajnu razliku između ove dvije skupine, $t(387)=0,351$, $p=0,726$ (Slika 18.). Stoga, hipoteza se odbacuje.



Slika 18. Razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na paritet

Treća hipoteza pretpostavlja da majke koje su pohađale tečaj za trudnice imaju niže razine poslijeporođajnog stresa u usporedbi s majkama koje nisu pohađale tečaj. Razine poslijeporođajnog stresa su pokazale normalnu raspodjelu u obje skupine ($p=0,200$), a varijance su pokazale homogenost prema Leveneovom testu ($p=0,141$). U istraživanju je sudjelovalo 186 majki koje su pohađale tečaj za trudnice i 203 majke koje nisu. Iako je srednja vrijednost razine poslijeporođajnog stresa bila nešto viša kod majki koje su pohađale tečaj ($42,78 \pm 16,32$) u odnosu na one koje nisu ($41,34 \pm 17,85$), t-test za nezavisne uzorke nije pokazao statistički značajnu razliku između ove dvije skupine, $t(387)=0,828$, $p=0,408$ (Slika 19.). Stoga, hipoteza se odbacuje.

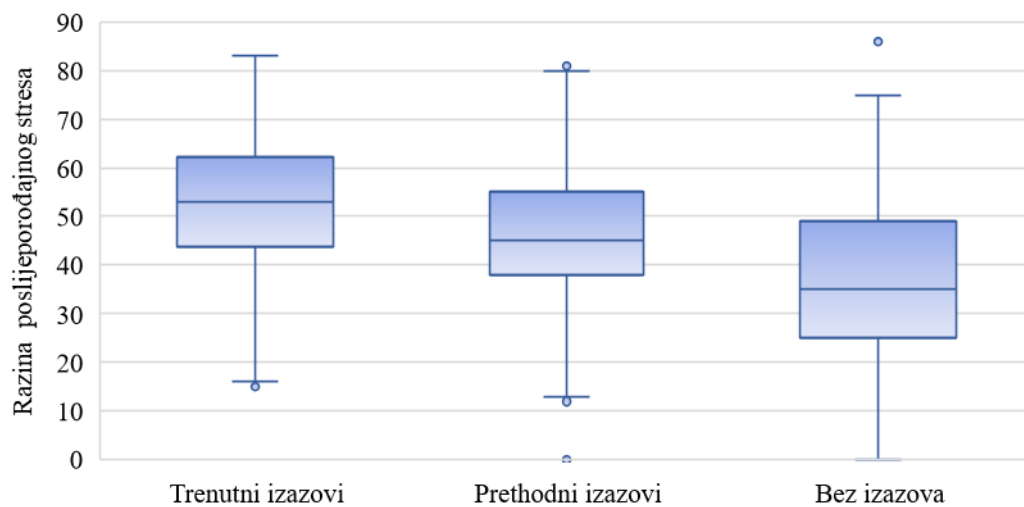


Slika 19. Razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na pohađanje tečaja za trudnice

Dodatno je analizirana i razlika u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na samopercepciju mentalnog zdravlja. Majke bez izazova mentalnog zdravlja imaju prosječnu vrijednost na skali MPSS od $36,44 \pm 17,12$, one s prethodnim izazovima imaju prosječnu vrijednost od $45,28 \pm 14,84$, dok majke s trenutnim izazovima imaju najvišu prosječnu vrijednost od $52,81 \pm 13,76$. Leveneov test homogenosti varijanci pokazuje statistički značajnu razliku među varijancama rezultata u ove tri skupine ($p=0,023$), zbog čega je upotrijebljena Welchova inačica ANOVA testa koja potvrđuje statistički značajne razlike među skupinama (Welch $F(2, 194,79)=35,07$, $p<0,001$). Višestruke komparacije putem Games-Howell testa otkrivaju značajne razlike u srednjim vrijednostima MPSS između svake dvije skupine ($p<0,005$). Majke koje se trenutno suočavaju s izazovima u mentalnom zdravlju imaju značajno više prosječne vrijednosti na skali MPSS u odnosu na one bez izazova (razlika = 16,369) i one s prethodnim izazovima (razlika = 7,526). Također, majke s prethodnim izazovima imaju značajno više prosječne vrijednosti na skali MPSS u odnosu na one bez izazova (razlika = 8,843). Rezultati su prikazani grafički (Slika 20.).

Budući da je Kolmogorov-Smirnovljev test pokazao kako podaci u skupini majki s prethodnim izazovima mentalnog zdravlja ne slijede normalnu raspodjelu ($p=0,025$) provedena je i neparametrijska analiza pomoću Kruskal-Wallis testa, kako bi se dodatno potvrdili nalazi ANOVA testa. Rezultati su pokazali statistički značajne razlike među skupinama ($H(2)=59,12$, $p<0,001$). Parne usporedbe su također otkrile značajne razlike između svih parova skupina. Ovi rezultati potvrđuju nalaze ANOVA testa, ukazujući na

značajne razlike u razini majčinskog stresa povezanog sa samopercepcijom mentalnog zdravlja.



Slika 20. Razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na samopercepciju mentalnog zdravlja

5. RASPRAVA

Provedenim istraživanjem ispitana je razina poslijeporođajnog stresa kod majki u prvoj godini nakon poroda te percipirana podrška koju su dobile od patronažne sestre. Analizirana je povezanost između poslijeporođajnog stresa i podrške od patronažne sestre, te su uspoređene razlike u stresu između prvotki i višerotki te između majki koje su pohađale tečaj za trudnice i onih koje nisu. Istraživanje je provedeno pomoću online upitnika, na uzorku od 389 majki iz Hrvatske koje su rodile unazad godinu dana.

Razine poslijeporođajnog stresa kod majki u ovom istraživanju utvrđene su uz pomoć Skale majčinskog stresa nakon porođaja (MPSS) koja se sastoji od 22 čestice podijeljene u tri podskale koje dodatno ilustriraju specifične aspekte stresa koji majke doživljavaju. Razine stresa u ispitivanom uzorku majki bile su umjerene ($42,11 \pm 17,14$) (Slika 13., str. 18). To je u skladu s prethodnim istraživanjem koje su proveli Nakić Radoš i suradnici 2021. godine, koji su također identificirali slične rezultate na MPSS skali ($41,30 \pm 15,76$) na uzorku majki iz Hrvatske (15). Ova podudarnost rezultata sugerira konzistentnost u percepciji stresa među hrvatskim majkama tijekom poslijeporođajnog razdoblja. U ovom istraživanju čestice koje su pokazale najveću razinu stresa uključuju „Vlastiti umor i iscrpljenost“, „Količinu kućanskih poslova“ te „Nedostatak vremena za sebe“ (Slika 10., str. 16). Od tri podskale, najveći stres kod majki izazivaju „Osobne potrebe i umor“, zatim „Briga o djetetu“, dok najmanje stresa izazivaju „Tjelesne promjene i seksualnost“ (Slika 13., str. 18). Ovo je u skladu s drugim istraživanjima koja ističu preopterećenost kao jedan od glavnih stresora u poslijeporođajnom razdoblju (3,4,15). Ovi rezultati ukazuju na važnost prepoznavanja stresora i pružanja ciljane podrške majkama kako bi se smanjio njihov stres i unaprijedilo njihovo fizičko i mentalno blagostanje u poslijeporođajnom razdoblju.

Više od polovice majki u istraživanju doji svoje najmlađe dijete, pri čemu većina planira nastaviti dojenje do 12. mjeseca (Slika 6., str. 12). Prema rezultatima iz 2020. i 2021. u prvih mjesec dana djetetova života dojeno je čak 58,1% novorođenčadi, no starenjem djeteta smanjuje se broj majki koje nastavljaju dojiti (25). Iako su neki od ispitanih aspekata stresa vezanih uz hranjenje djeteta, poput odabira načina hranjenja, količine mlijeka pri dojenju i bebinog nepravilnog obrasca hranjenja, bili prisutni, nisu se pokazali kao značajniji stresori u ovom istraživanju. To sugerira da, iako su ovi aspekti važni, majke uglavnom nisu doživljavale ozbiljan stres povezan s hranjenjem djeteta. Međutim, u nekim istraživanjima

dojenje se pokazalo kao jedan od najznačajnijih stresora majki u poslijeporođajnom razdoblju (3). Ova neusklađenost rezultata naglašava potrebu za individualnim pristupom majkama te kontinuiranom podrškom i edukacijom o dojenju.

Budući da intenzivni kućni posjeti nakon poroda pokazuju povoljne rezultate u smanjenju poslijeporođajnog stresa i olakšavanju prijelaza u majčinstvo (4,17,18), u ovom istraživanju ispitana je i važnost podrške patronažnih sestara u kontekstu trudnoće i poslijeporođajnog razdoblja. Podaci o kućnim posjetima patronažnih sestara tijekom trudnoće i nakon poroda otkrivaju značajne nedostatke u pružanju zdravstvene skrbi majkama u ispitivanom uzorku tijekom trudnoće, dok su nakon poroda rezultati zadovoljavajući. Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2023.-2026., propisanom od strane Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, predviđeno je minimalno jedan, a optimalno dva posjeta patronažne sestre tijekom trudnoće, te 3 do 5 posjeta tijekom poslijeporođajnog razdoblja (27). Samo 20% ispitanica je izjavilo da ih je tijekom trudnoće posjetila patronažna sestra. Tek manji postotak ispitanica primio je jedan posjet, dok su rijetke one koje su primile dva ili više posjeta (Slika 7., str. 12). Ovi podaci ukazuju na nedostatak kontinuirane podrške i praćenja tijekom trudnoće, što može negativno utjecati na zdravlje majki i djeteta. Međutim, nakon poroda, čak 98% majki je primilo posjet patronažne sestre. Ova visoka stopa prisutnosti patronažnih sestara nakon poroda pozitivan je indikator kvalitete zdravstvene skrbi u poslijeporođajnom razdoblju. Najveći broj majki primio je između 3 i 5 posjeta nakon poroda (Slika 8., str. 13), što je u skladu s preporukama Ministarstva zdravstva. Većina majki (70%) primila je prvi posjet unutar 7 dana od poroda (Slika 8., str. 13). Ovi rezultati sugeriraju uspješnu implementaciju programa patronažne zdravstvene zaštite nakon poroda, što može pridonijeti boljoj prilagodbi majki na novu ulogu i brizi o novorođenčetu. Međutim, nedostatak kontinuirane prisutnosti patronažnih sestara tijekom trudnoće sugerira potrebu za poboljšanjem organizacije i provedbe zdravstvenih programa kako bi se osigurala pravovremena i adekvatna skrb majkama u svim fazama trudnoće i nakon poroda.

Razina podrške koju patronažne sestre pružaju majkama nakon poroda procijenjena je uz pomoć Skale percipirane podrške patronažne sestre koja je razvijena specifično za ovo istraživanje. Analiza dobivenih rezultata pokazuje da je percipirana podrška od patronažnih sestara bila relativno visoka (Slika 17., str. 22). Majke su percipirale najveću podršku u aspektima dostupnosti podrške putem telefona, strpljivosti i pažljivosti patronažne sestre, te jasnoće i učinkovitosti komunikacije (Slika 14., str. 20). Nasuprot tome, najniža razina

podrške zabilježena je u poticanju majki da razgovaraju sa svojim partnerom ili obitelji o stresu nakon poroda, pomaganju majkama da razumiju da nisu same u svojim osjećajima, te poticanju brige o vlastitom mentalnom zdravlju (Slika 15., str. 20). Ovi rezultati ukazuju na to da, iako patronažne sestre pružaju značajnu podršku u praktičnim i komunikacijskim aspektima, postoji potreba za poboljšanjem emocionalne podrške i poticanja majki na brigu o mentalnom zdravlju, što je u skladu s istraživanjem Pećnik i sur. koje pokazuje da su roditelji najmanje zadovoljni brigom patronažne sestre za majčine osobne potrebe (24). Povećanje fokusa na ove aspekte poslijeporođajne skrbi moglo bi dodatno poboljšati iskustva majki i smanjiti njihov poslijeporođajni stres. Također prema smjernicama za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti patronažna sestra je ta koja ima zadaću pobrinuti se i pružiti pomoć u vidu emocionalne podrške (19).

Prva hipoteza sugerira da postoji negativna povezanost između poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre. Analiza podataka pokazala je statistički značajnu, ali slabu negativnu povezanost između razine majčinskog stresa nakon poroda i percipirane podrške od patronažne sestre ($r_s = -0,272$, $p < 0,001$) (slika 17, str. 22). Drugim riječima to znači da što je percipirana podrška od patronažne sestre veća, to je niža razina majčinskog stresa nakon poroda, i obrnuto. Primjerice, istraživanje provedeno 2013. godine pokazuje da je niska socijalna podrška zdravstvenih djelatnika tijekom prenatalnog razdoblja povezana s većim simptomima poslijeporođajne depresije (5). Stoga je nužno kontinuirano pružati kvalitetne informacije kako bi se smanjila mogućnost pojave poslijeporođajnog stresa. Ovo istraživanje naglašava koliko je majkama važna podrška zdravstvenih djelatnika te koliko pozitivno može utjecati na njih. Jedno istraživanje iz 2021. godine pokazalo je da pravovremene i pozitivne povratne informacije povećavaju majčino samopouzdanje u roditeljstvu i pomažu u suočavanju sa stresom povezanim s brigom za novorođenče (18). Samopouzdanje majke ima povjerenje u zdravstveni sustav i spremne su savladati izazove, uz podršku zdravstvenog osoblja. Zdravstveni djelatnici igraju ključnu ulogu u skrbi za majke, jer se pokazalo da majke uglavnom slijede savjete dobivene od zdravstvenih djelatnika, unatoč raznim savjetima iz okoline (18). Važno je naglasiti da, ako patronažna sestra na pravi način pruža informacije, može značajno smanjiti stres kod majki. Analiza podataka pokazala je umjerenu negativnu povezanost između podskale „Osobne potrebe i umor“ i podrške patronažne sestre (Tablica 5., str 22). Utvrđeno je kako su osobne potrebe i umor najznačajniji stresori te da je to jedina podskala povezana s podrškom patronažne sestre. Iako je povezanost slaba, rezultati pokazuju da podrška patronažne sestre može pomoći u smanjenju stresa. Stoga je bitno kontinuirano

unapređivati tu podršku i posvetiti joj veću pažnju. Kućne posjete patronažne sestre donose mnoge prednosti jer patronažne sestre majkama pružaju korisne savjete i edukaciju. Što majke imaju više znanja povećava se njihovo samopouzdanje i sigurnost u sebe (4). Istraživanje koje je provedeno 2011. godine pokazalo je kako edukacijske informacije koje zdravstveno osoblje pruža tijekom trudnoće nisu bile primijenjene tijekom poslijeporođajnog razdoblja (3). Edukacijske informacije potrebno je pružati i poslije porođaja jer je tada veća mogućnost pojave stresa zbog prilagođavanja novom načinu života. Prema tom istraživanju, informacije koje trudnice dobiju još uvijek nisu praktično izvedive za majke nakon porođaja, budući da se žena ne može u potpunosti posvetiti sebi jer ima dijete koje zahtijeva njezinu pažnju i brigu 24 sata dnevno (3).

Druga hipoteza sugerira da prvorotke imaju više razine poslijeporođajnog stresa u usporedbi s višerotkama. Prema istraživanju provedenom 2014. godine, prvorotke primaju veću socijalnu podršku nego višerotke (26). Pretpostavka je da prvorotke dobivaju više informacija jer prvi put prolaze kroz trudnoću, dok se za višerotke smatra da su već stekle potrebno znanje u prethodnim trudnoćama te da im je potrebno samo nadograđivati znanje (26). Međutim, ova hipoteza nije potvrđena jer je analizom podataka utvrđeno da nema značajne razlike u razini stresa nakon porođaja između prvorotki i višerotki. Prvorotke su pokazale nešto višu razinu stresa u usporedbi s višerotkama, ali t-test nije pokazao statistički značajnu razliku između ove dvije skupine majki ($t(387)=0,351$, $p=0,726$) (Slika 18., str. 23). Također, istraživanje koje se bavilo poslijeporođajnim stresorima i socijalnom podrškom kod prvorotki i višerotki isto je pokazalo kako nema razlike u razini stresa između njih (26). No, podaci tog istraživanja pokazali su kako prvorotke primaju značajno višu podršku u usporedbi s višerotkama što nije idealno jer bi trebale imati istu razinu podrške. Iako ovo istraživanje nije pronašlo razliku između prvorotki i višerotki u razini stresa, postoji istraživanje koje je pokazalo suprotno. Primjerice, istraživanje koje je provela Nakić Radoš 2021. godine pokazalo je da su prvorotke imale viši rezultat stresa na podskali Njege dojenčeta, dok su majke dojenčadi s zdravstvenim problemima imale viši rezultat na ukupnoj skali, osobnim potrebama i umoru te Njezi dojenčeta (15). Rezultati različitih istraživanja nisu dosljedni, što naglašava važnost individualnog pristupa. Svaka žena je jedinstvena, stoga je važno procijeniti njezine specifične potrebe, umjesto da se pretpostavlja da sve razumije samo zato što je već rodila. Intervencije i podrška patronažne sestre trebaju biti usmjerene na sve majke, bez obzira na to jesu li prvorotke ili višerotke.

Nešto više od polovice majki koje su sudjelovale u ovom istraživanju (52%) nisu pohađale tečaj za trudnice (slika 9., str. 13). Međutim, među onima koje su pohađale tečajeve (n=186), neke su pohađale više od jednog tečaja, što ukazuje na njihovu potrebu za edukacijom. Rezultati istraživanja iz 2013. godine pokazali su kako roditelji u Hrvatskoj najčešće koriste tečajeve za trudnice kao oblik podrške roditeljstvu (24). Drugo istraživanje, provedeno na uzorku majki iz Hrvatske 2016. godine navodi da je 53% majki pohađalo tečaj za trudnice (28). Većina ispitanica u istraživanju ovog završnog rada pohađala je besplatne tečajeve (79%), koji su uglavnom organizirani od strane zdravstvenih ustanova (71%). Prema istraživanju iz 2013. godine čak 88% roditelja pohađalo je tečajeve u sklopu zdravstvenog sustava (24). Što se tiče načina održavanja, u ovom istraživanju većina tečajeva održavala se uživo (53%), dok je 41% održano online. Ovi rezultati ukazuju na raznolikost i dostupnost tečajeva, ali također naglašavaju potrebu za daljnjim istraživanjem kako bi se bolje razumjela uloga tečajeva u perinatalnom mentalnom zdravlju.

Treća hipoteza sugerira da majke koje su pohađale tečaj za trudnice imaju niže razine poslijeporođajnog stresa u usporedbi s majkama koje nisu pohađale tečaj. Međutim, rezultati istraživanja nisu podržali tu hipotezu. Rezultati su pokazali da iako su majke koje su pohađale tečaj imale nešto višu prosječnu vrijednost razine poslijeporođajnog stresa u usporedbi s onima koje nisu pohađale tečaj, t-test nije pokazao značajnu razliku između ove dvije skupine ($t=0,828$, $p=0,408$) (Slika 19., str. 24). Istraživanje provedeno 2022. godine pokazalo je da su žene koje su pohađale tečajeve imale najniže razine anksioznosti i depresije (23). Također, istraživanja su pokazala da visokokvalitetni tečajevi pripreme za porođaj imaju pozitivan učinak na poboljšanje obiteljskih odnosa, zdravstvene navike i upravljanje stresom, što može rezultirati smanjenjem anksioznosti (22). Smanjenje anksioznosti je važno jer olakšava prilagodbu nakon poroda i podržava uspješno dojenje (22). Iako tečajevi za trudnice možda nisu glavni faktor koji će definitivno ukloniti pojavu poslijeporođajnog stresa, oni su korisni zbog pripreme za porođaj te rane njege djeteta. U budućnosti bi tečajevi mogli biti nadopunjeni temama koje se bave emocionalnom podrškom te suočavanjem sa stresom nakon poroda.

Analiza odgovora majki o eventualnim izazovima u mentalnom zdravlju pokazala je da većina majki (53%) trenutno nema nikakvih izazova. Manji postotak majki (28%) izvijestio je o prethodno doživljenim izazovima koji trenutno nisu dominantni, dok je 19% majki izjavilo da se trenutno suočava s izazovima vezanim uz mentalno zdravlje (Slika 5., str. 11). Ovi

podaci ukazuju na važnost prepoznavanja i pružanja podrške majkama koje se suočavaju s mentalnim izazovima, posebno u kontekstu poslijeporođajnog razdoblja.

Analiza razlika u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na samopercepciju izazova mentalnog zdravlja provedena je radi boljeg razumijevanja utjecaja mentalnog zdravlja na majčinski stres nakon poroda. Majke bez izazova mentalnog zdravlja pokazale su niže prosječne vrijednosti stresa u usporedbi s onima koje su prethodno ili trenutno suočene s tim izazovima. Također, majke s prethodnim izazovima imaju značajno više razine stresa u usporedbi s onima bez izazova. Statistička analiza potvrdila je značajne razlike među ovim skupinama (Welch $F(2, 194,79)=35,07$, $p<0,001$), (Slika 20.,str. 25), što ukazuje na važnost prepoznavanja i pružanja podrške majkama koje se suočavaju s mentalnim izazovima kako bi se smanjila njihova razina poslijeporođajnog stresa. Povijest mentalnih poremećaja u osobnoj anamnezi, kao i poslijeporođajni stres, predstavljaju rizične faktore za PPD, stoga je potrebno posvetiti posebnu pozornost ženama koje imaju poteškoće u vidu mentalnog zdravlja (29,30).

5.1. Ograničenja istraživanja

Provedbom ovog istraživanja treba uzeti u obzir ograničenja koja su mogla utjecati na dobivene rezultate. U svrhu provedbe istraživanja korištena je prigodna metoda uzorkovanja što može rezultirati nereprezentativnim rezultatima. Za provedbu istraživanja korištena je online anketa. Skala percipirane podrške patronažne sestre konstruirana je posebno za potrebe ovog istraživanja te nije prošla proces validacije na široj populaciji. Iako je Cronbachova alfa za pouzdanost skale visoka, nedostatak validacije može ograničiti opću primjenjivost rezultata. Budući da je skala razvijena specifično za ovo istraživanje, potrebno je praćenje i daljnje testiranje kako bi se osiguralo da ispravno mjeri percipiranu podršku od patronažnih sestara u kontekstu istraživanja.

5.2. Preporuke za daljnja istraživanja

Ovo istraživanje pruža uvid u povezanost poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške patronažne sestre. S obzirom na postojeća istraživanja, preporučuje se daljnje istraživanje kako podrška patronažne sestre može utjecati na mentalno zdravlje majki kroz duži vremenski period. Nadalje, istraživanja bi trebala ispitati može li individualizirana podrška prilagođena specifičnim potrebama majki može smanjiti poslijeporođajni stres, primjerice putem

prilagođenih planova skrbi koji uzimaju u obzir mentalno zdravlje, socijalnu podršku i druge faktore rizika. Korisna bi bila i detaljnija istraživanja o učinkovitosti različitih oblika prenatalne edukacije i tečajeva za trudnice, s naglaskom na identifikaciju tema i pristupa unutar tečajeva koji najviše doprinose smanjenju stresa nakon poroda. Kvalitativna istraživanja, poput dubinskih intervjua i fokus grupa s majkama, mogu pružiti dublji uvid u njihova iskustva i percepciju stresa te podrške nakon poroda, otkrivajući vrijedne informacije koje kvantitativna istraživanja često ne mogu obuhvatiti.

6. ZAKLJUČAK

Ovo istraživanje je ispitivalo različite čimbenike povezane s poslijeporođajnim stresom kod majki u prvoj godini nakon poroda, s posebnim naglaskom na podršku patronažne sestre.

Hipoteza H1 je potvrđena. Istraživanje je pokazalo da je veća podrška od patronažnih sestara povezana s nižim razinama stresa kod majki nakon poroda. Ova slaba, ali značajna negativna povezanost sugerira važnost kontinuirane podrške i edukacije patronažnih sestara kako bi se olakšala tranzicija u majčinstvo i smanjio poslijeporođajni stres.

Hipoteza H2 nije potvrđena jer istraživanje nije otkrilo značajne razlike u razinama poslijeporođajnog stresa između prvotki i višerotki. Ovi nalazi ukazuju na to da paritet ne igra ključnu ulogu u percepciji stresa nakon poroda među ispitanicama ovog istraživanja.

Hipoteza H3 nije potvrđena jer nije bilo statistički značajnih razlika u razinama poslijeporođajnog stresa između majki koje su pohađale tečaj za trudnice i onih koje nisu. Ovo sugerira da samo pohađanje tečaja možda nije dovoljno da bi se značajno smanjio poslijeporođajni stres, te da bi trebalo istražiti dodatne faktore i elemente tečajeva koji bi mogli doprinijeti boljoj pripremi majki za ovu fazu života.

Rezultati ovog istraživanja pružaju temelj za daljnje istraživanje i razvoj intervencija usmjerenih na smanjenje poslijeporođajnog stresa i poboljšanje dobrobiti majki u periodu nakon poroda. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se bolje razumjelo kompleksno iskustvo majčinstva i razvile ciljne intervencije koje će podržati majke u ovom izazovnom razdoblju života.

LITERATURA

1. Hwang WY, Choi SY, An HJ. Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean J Women Heal Nurs*. 2022;28(1):8–17.
2. Wang Y, Gu J, Gao Y, Lu Y, Zhang F, Xu X. Postpartum stress in the first 6 months after delivery: a longitudinal study in Nantong, China. *BMJ Open*. 2023;13(10):e073796.
3. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*. 2011;27(2):237–42.
4. Walker LO, Murry N. Maternal Stressors and Coping Strategies During the Extended Postpartum Period: A Retrospective Analysis with Contemporary Implications. *Women's Heal Reports*. 2022;3(1):104–14
5. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women Health*. 2013;53(1):74–99.
6. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19–20):2665–77.
7. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248.
8. Cheng CY, Chou YH, Chang CH, Liou SR. Trends of Perinatal Stress, Anxiety, and Depression and Their Prediction on Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9307.
9. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. The transition to motherhood: towards a broader understanding of perinatal distress. *Women Birth*. 2014;27(1):68-71.
10. Wang Y, Gu J, Zhang F, Xu X. The effect of perceived social support on postpartum stress: the mediating roles of marital satisfaction and maternal postnatal attachment. *BMC Womens Health*. 2023;23(1).
11. Oyetunji A, Chandra P. Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry Res*. 2020;284:112769.
12. Juncker HG, Naninck EFG, Schipper L, Lucassen PJ, van Goudoever JB, de Rooij SR, Korosi A. Maternal stress in the postpartum period is associated with altered human milk fatty acid composition. *Clin Nutr*. 2022;41(11):2517-2528.

13. Hung C-H. Predictors of Postpartum Women's Health Status. *J Nurs Scholarsh.* 2004;36(4):345–51.
14. Hung C-H, Lin CJ, Stocker J, Yu CY. Predictors of postpartum stress. *J Clin Nurs.* 2011;20(5–6):666–74.
15. Nakić Radoš S, Brekalo M, Matijaš M. Measuring stress after childbirth: development and validation of the Maternal Postpartum Stress Scale. *J Reprod Infant Psychol.* 2021;41(1):65–77.
16. Mcveigh C. Motherhood Experiences from the Perspective of First-Time Mothers. *Clin Nurs Res.* 1997;6(4):335–48.
17. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD001134.
18. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and Birth.* 2021;34(5):e451–60.
19. Ban I i sur. Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013. 53 str.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5. izd. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
21. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):1–26.
22. Bašková M, Urbanová E, Ďuričková B, Škodová Z, Bánovčinová L. Selected Factors of Experiencing Pregnancy and Birth in Association with Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3).
23. Ciochoń A, Apanasewicz A, Danel DP, Galbarczyk A, Klimek M, Ziomkiewicz A, i ostali. Antenatal Classes in the Context of Prenatal Anxiety and Depression during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9).
24. Pećnik N. Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2013. 356 str.
25. Čatipović M, Draušnik Ž, Kolarek Karakaš M, Čatipović P, Grgurić J. Prevalencija dojenja u Republici Hrvatskoj u 2020. i 2021. godini. *Paediatrica Croatica.* 2022;66(suppl 1):21.

26. Salari P, Nazari S, Mazlom SR, Ghanbari Hashem Abadi BA. Comparing Postpartum Stressors and Social Support Level in Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2014;2(1):71-76.
27. Odluka o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026. *Narodne novine*, br. 127/2023. Zagreb: Ministarstvo zdravstva; 2023. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_10_127_1773.html
28. Ristić J, Turuk V, Mrkonjić R. Procjena kvalitete edukacije medicinskih sestara u pripremi trudnice za porod. *Sestrin Glas*. 2016;21(3):275–80.
29. Sun R, Zhao M, Ma L, Duan Y, Wei J. High psychological stress levels related to delivery can increase the occurrence of postpartum mental disorders. *Front Psychiatry*. 2023;14:1273647
30. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2018;61(3):591.

PRIVITCI

Privitak A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1.	Karakteristike ispitanica	9
Tablica 2.	Karakteristike tečajeva za trudnice koje su ispitanice pohađale	14
Tablica 3.	Skala majčinskog stresa nakon porođaja – Apsolutne i relativne frekvencije	15
Tablica 4.	Skala percipirane podrške patronažne sestre – Apsolutne i relativne frekvencije	19
Tablica 5.	Rezultati Spearmanove korelacije rezultata na podskalama MPSS i Skali podrške patronažne sestre	22

Slike

Slika 1.	Raspodjela dobi majki	9
Slika 2.	Broj majki prema županiji u kojoj žive	10
Slika 3.	Raspodjela dobi najmlađeg djeteta u mjesecima	10
Slika 4.	Raspodjela trajanja trudnoće u tjednima	11
Slika 5.	Samopercepcija mentalnog zdravlja	11
Slika 6.	Skupine majki prema dojenju	12
Slika 7.	Posjeti patronažne sestre u trudnoći	12
Slika 8.	Posjeti patronažne sestre nakon poroda	13
Slika 9.	Pohađanje tečaja za trudnice	13
Slika 10.	Tri čestice MPSS skale procijenjene najviše stresnima	16
Slika 11.	Tri čestice MPSS skale procijenjene najmanje stresnima	17
Slika 12.	Raspodjela rezultata na skali majčinskog stresa nakon porođaja	17
Slika 13.	Raspodjela rezultata na podskalama MPSS	18
Slika 14.	Tri čestice koje pokazuju najvišu razinu podrške patronažne sestre	20
Slika 15.	Tri čestice koje pokazuju najnižu razinu podrške patronažne sestre	20
Slika 16.	Raspodjela rezultata na Skali percipirane podrške od patronažne sestre	21
Slika 17.	Povezanost poslijeporođajnog stresa i percipirane podrške od patronažne sestre	22
Slika 18.	Razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na paritet	23

- Slika 19. Razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na pohađanje tečaja 24
za trudnice
- Slika 20. Razlike u razini poslijeporođajnog stresa s obzirom na samopercepciju 25
mentalnog zdravlja

Privitak B: Primjer upitnika

Poštovana,

Pred Vama se nalazi upitnik kojim se ispituje povezanost poslijeporođajnog stresa i stručne podrške koju pružaju patronažne sestre majkama nakon poroda. Ovo istraživanje provodi studentica prijediplomskog studija sestrinstva Dina Čevapović, u svrhu izrade završnog rada na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Sudjelovanje u ovom istraživanju je potpuno dobrovoljno i anonimno, te slobodno možete odustati od ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku. Prikupljeni podaci koristiti će se isključivo u istraživačke svrhe. Za ispunjavanje ovog upitnika biti će potrebno 10-15 minuta.

Hvala na sudjelovanju!

Kontakt: dcevapovic@student.uniri.hr

Pročitao/-la sam upute i pristajem na sudjelovanje u istraživanju

Da

Ne

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI

1. Koliko imate godina (upišite broj): _____
2. Spol:
 - a) M
 - b) Ž
3. Živate li na području Republike Hrvatske?
 - a) Da
 - b) Ne
4. Mjesto stanovanja (upišite grad): _____
5. Koliko imate djece?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5 i više

6. Je li barem jedno od Vaše djece u ovom trenutku mlađe od 12 mjeseci?
- a) Da
 - b) Ne
7. Koliko je staro Vaše najmlađe dijete (upišite broj mjeseci)? Ako je dijete mlađe od mjesec dana upišite 0. _____
8. U kojem tjednu trudnoće ste rodili Vaše najmlađe dijete? _____
9. Kako je rođeno Vaše najmlađe dijete?
- a) Vaginalni porod
 - b) Carski rez
10. Ima li Vaše najmlađe dijete poteškoće u razvoju?
- a) Da
 - b) Ne
11. Ako ima upišite koje? _____
12. Postoje li trenutno neki izazovi ili poteškoće u Vašem mentalnom zdravlju?
(Ova informacija može pomoći bolje razumjeti Vaše iskustvo s poslijeporođajnim stresom.)
- a) Trenutno se ne suočavam s izazovima u vezi s mentalnim zdravljem.
 - b) Doživjela sam neke izazove, ali oni trenutno nisu dominantni.
 - c) Trenutno se suočavam s izazovima u vezi s mentalnim zdravljem.
13. Dojite li svoje dijete?
- Napomena: U ovom kontekstu, pod dojenjem se smatra i hranjenje djeteta izdojenim majčinim mlijekom.
- a) Da, dojim isključivo
 - b) Da, dojim uz dodatak adaptiranog mlijeka
 - c) Ne, prestala sam dojiti
 - d) Ne, nisam dojila
14. Ako dojite, do koje dobi djeteta planirate nastaviti dojenje? _____
15. Ako ste prestali dojiti, do koje dobi djeteta ste dojili? _____
16. Je li Vas posjetila patronažna sestra tijekom trudnoće?
- a) Da
 - b) Ne
17. Je li Vas posjetila patronažna sestra bilo kad od rođenja Vašeg najmlađeg djeteta?
- a) Da
 - b) Ne

18. Ako Vas je posjetila patronažna sestra nakon poroda, koliko je Vaše najmlađe dijete bilo staro u trenutku prvog posjeta patronažne sestre?
- a) Manje od 7 dana
 - b) 7 do 15 dana
 - c) Više od 15 dana
19. Ako Vas je posjetila patronažna sestra, koliko puta Vas je posjetila?
-
20. Jeste li pohađali tečaj za trudnice?
- a) Da
 - b) Ne
21. Ako ste pohađali tečaj za trudnice, tko je bio organizator tečaja?
- a) Zdravstvena ustanova (npr. rodilište, dom zdravlja i sl.)
 - b) Udruga (npr. udruga Roda)
 - c) Privatna praksa (npr. privatna poliklinika)
 - d) Ne znam
 - e) Drugo: _____
22. Ako ste pohađali tečaj za trudnice, je li tečaj bio besplatan?
- a) Da
 - b) Ne
23. Ako ste pohađali tečaj za trudnice, u kojem obliku se tečaj održavao?
- a) Uživo
 - b) Online

SKALA MAJČINSKOG STRESA NAKON POROĐAJA

Molim Vas da pažljivo pročitate dolje navedene tvrdnje te da u skladu s navedenim uputama odgovorite na pitanja. Uz svaku tvrdnju izaberite broj kojim ćete označiti koliko se pojedina tvrdnja odnosi na Vas. Ako se nešto ne odnosi na vas, označite "0". Na primjer, ako ne dojite dijete, označit ćete s "0" izjavu "nedovoljna količina mlijeka tijekom dojenja".

Brojevi imaju sljedeće značenje

- 0- Uopće ne
- 1- Uglavnom da
- 2- Niti da niti ne
- 3- Uglavnom da
- 4- U potpunosti da

U posljednjih **mjesec dana**, koliko su Vas **opterećivale** sljedeće stvari:

	0	1	2	3	4
1. Odabir primjerenog načina hranjenja bebe (dojenje ili formula)					
2. Bebin nepravilan obrazac hranjenja					
3. Nedovoljna količina mlijeka pri dojenju					
4. Napredovanje bebe					
5. Bebini zdravstveni problemi					
6. Prepoznavanje bebinih potreba					
7. Nemogućnost umirivanja uplakanog djeteta					
8. Prilagodba na česta buđenja					
9. Bebini nepravilni obrasci spavanja preko dana					
10. Vlastiti umor i iscrpljenost					
11. Količina kućanskih poslova					
12. Nedostatak pomoći oko bebe i kućanskih poslova					
13. Dvojbe kad započeti seksualne odnose nakon porođaja					
14. Nedovoljna učestalost seksualnih odnosa					
15. Nedovoljan užitak u seksualnim odnosima					
16. Pomisao da sam partneru fizički neprivlačna					
17. Nemogućnost povratka na tjelesnu težinu prije trudnoće					
18. Nedostatak vremena za druženje s prijateljima					
19. Nedostatak vremena za sebe					
20. Fizički izgled nakon porođaja					
21. Nemogućnost da se nekom pojadam					

SKALA PERCIPIRANE PODRŠKE PATRONAŽNE SESTRE

Molim Vas da uz svaku izjavu izaberete broj kojim ćete označiti koliko se slažete s navedenom izjavom. Brojevi znače sljedeće:

- 1- Uopće se ne slažem
- 2- Ne slažem se
- 3- Niti se slažem niti se ne slažem
- 4- Slažem se
- 5- U potpunosti se slažem

	1	2	3	4	5
Patronažna sestra je spremno odgovorila na moja pitanja o dojenju.					
Patronažna sestra mi je dala korisne informacije o njezi bebe.					
Patronažna sestra je pokazala empatiju za moje brige i strahove.					
Patronažna sestra redovito je pratila napredak moje bebe.					
Patronažna sestra bila je dostupna za podršku putem telefona.					
Patronažna sestra je pratila moje tjelesno i emocionalno zdravlje.					
Patronažna sestra bila je strpljiva i pažljiva prema meni.					
Patronažna sestra mi je pomogla u razumijevanju potreba moje bebe.					
Patronažna sestra mi je pomogla u razumijevanju emocionalnih promjena nakon poroda.					
Patronažna sestra me poticala da brinem o vlastitom mentalnom zdravlju.					
Patronažna sestra me podržala u jačanju mojih roditeljskih vještina.					
Patronažna sestra me poticala da razgovaram sa svojim partnerom ili obitelji o stresu nakon poroda.					
Patronažna sestra mi je pomogla razumjeti da nisam sama u svojim osjećajima.					
Patronažna sestra pažljivo je slušala moje brige i pitanja nakon poroda.					
Patronažna sestra je pokazala poštovanje prema mojim osjećajima i iskustvima.					
Patronažna sestra je sa mnom komunicirala jasno i učinkovito.					
Patronažna sestra je poštovala moje želje u vezi brige o djetetu.					
Patronažna sestra izgradila je topao odnos sa mnom tijekom svojih posjeta.					

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime	Dina Čevapović
Adresa	Eminovci, kralja Tomislava 32
Telefon	0981827163
E-mail	dina.cevapovic@gmail.com
Državljanstvo	Hrvatsko
Spol	Ž

OBRAZOVANJE

Srednja škola/smjer	Srednja škola Pakrac, medicinska sestra opće njege
Fakultet/smjer	Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, smjer sestrinstvo

OSOBNJE VJEŠTINE

Materinji jezik	hrvatski
Strani jezici	engleski
Vozačka dozvola	B kategorija
Tehničke vještine	MS Office