

Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika

Kapović, Nuša

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:546216>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-26**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima
visokog neurorizika

Nuša Kapović

Zagreb, lipanj 2023.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima
visokog neurorizika

Studentica: Nuša Kapović

Mentorica: Doc. dr. sc. Ana Katušić

Zagreb, lipanj 2023.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad Stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika i da sam njegov autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Nuša Kapović

Zagreb, lipanj 2023.

Zahvale

Zahvaljujem svojoj mentorici, doc. dr. sc. Ani Katušić, na svim uložnim naporima, pomoći i vodstvu tijekom izrade ovog diplomskog rada. Također, želim zahvaliti svim majkama koje su odvojile svoje vrijeme kako bi sudjelovale u istraživanju.

Hvala i mojim kolegicama i prijateljima na podršci i zajedničkim trenucima tijekom studiranja. Najveća zahvalnost ide mojoj obitelji, koja je bila najveća podrška tijekom cijelog mog školovanja i bez koje ništa od ovoga ne bi bilo moguće.

Naslov rada: Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika

Ime i prezime studentice: Nuša Kapović

Ime i prezime mentorice: Doc. dr. sc. Ana Katušić

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Edukacijska rehabilitacija, modul

Rehabilitacija, sofrologija, kreativne terapije i art/ekspresivne terapije

Sažetak

Roditeljski stres se opisuje kao uznemirujući osjećaj povezan sa zahtjevima roditeljske uloge. Roditelji dojenčadi s čimbenicima visokog neurorizika posebno su izloženi riziku od roditeljskog stresa koji kod majke može dovesti do manje pozitivnog roditeljskog ponašanja što može imati negativan učinak na razvojne ishode djeteta. Jedno područje gdje majčin stres može imati posebno značajan utjecaj je percepcija majke o socioemocionalnom razvoju svog djeteta. Prijašnja istraživanja ukazala su na povezanost majčinog stresa i negativnih predrasuda u majčinoj percepciji emocionalnih izraza i ponašanja djeteta.

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti odnos između razine roditeljskog stresa u majke i percepcije ranog socioemocionalnog razvoja njezinog djeteta s čimbenicima visokog neurorizika.

Sudionici ovog istraživanja bile su 42 majke dojenčadi s čimbenicima visokog neurorizika do godinu dana starosti. Uz socioekonomski upitnik, korištena je skala roditeljskog stresa (*Parental stress scale*) i socijalno-emocionalni razvojni upitnik (*Baby pediatric symptom checklist*).

Rezultati ovog istraživanja ukazali su na postojanje umjerene pozitivne povezanost između roditeljskog stresa majke i percepcije socioemocionalnog razvoja njezinog dojenčeta. Ovim rezultatima potvrđena je hipoteza da je viša razina roditeljskog stresa povezana s negativnom percepcijom djetetovog socioemocionalnog razvoja. Ovi rezultati ukazuju na važnost rješavanja majčinog stresa u kontekstu promicanja pozitivnih odnosa roditelj-dijete i djetetovog razvoja.

Ključne riječi: roditeljski stres, socioemocionalni razvoj dojenčadi, neurorizični čimbenici

Title: Parental stress in mothers and socioemotional development of high risk infants

Name of a student: Nuša Kapović

Name of a mentor: Ana Katušić, PhD

The modul where the thesis is taken: Rehabilitation, Sophrology, Creative and Art/Expressive Therapies

Abstract

Parental stress is described as a distressing feeling associated with the demands of the parental role. Parents of infants with high neuro-risk factors are particularly vulnerable to parental stress, which can lead to less positive parenting behaviors in mothers and have a negative impact on child development outcomes. One area where maternal stress can have a particularly significant impact is on mothers' perceptions of her infants' socioemotional development. Previous research has indicated a connection between maternal stress and negative biases in mothers' perceptions of their infants' emotional expressions and behaviors.

The aim of this research was to explore the relationship between maternal stress levels and the perception of early socioemotional development in high-risk infants.

The participants in this study were 42 mothers of infants up to one year of age with high neuro-risk factors. In addition to a socio-economic questionnaire, the Parental Stress Scale and Baby Pediatric Symptom Checklist were used to measure parental stress and socioemotional development. The results of this study indicated a moderate positive correlation between maternal stress levels and the perception of their infant's socioemotional development. These results confirmed the hypothesis that higher levels of parental stress are associated with negative perceptions of the child's socioemotional development. These findings highlight the importance of addressing maternal stress in the context of promoting positive parent-child relationships and infant development.

Key words: parental stress, sociemotional development of infants, neurological risk factors

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Neurorizično dijete.....	1
1.2. Roditeljski stres.....	4
1.2.1. Roditeljski stres i njegove odrednice	4
1.2.2. Teorijski modeli stresa kod roditelja djece s teškoćama	7
1.3. Rani socioemocionalni razvoj.....	9
1.3.1. Obilježja ranog socioemoconalnog razvoja	9
1.3.2. Regulacija emocija.....	10
1.3.3. Privrženost	13
1.3.4. Regulacijski poremećaji u dojenačkoj dobi	14
1.3.5. Regulacijski izazovi kod neurorizične dojenčadi.....	16
2. Problem istraživanja.....	19
2.1. Cilj istraživanja.....	19
2.2. Problemsko pitanje	19
2.3. Hipoteza	19
3. Metode istraživanja.....	20
3.1. Sudionici istraživanja.....	20
3.2. Mjerni instrumenti	20
3.3. Postupak prikupljanja podataka	21
3.4. Obrada podataka	21
4. Rezultati	21
4.1. Socioekonomska obilježja ispitanika	21
4.2. Skala roditeljskog stresa.....	25
4.3. Povezanost razine roditeljskog stresa i percepcije socioemocionalnog razvoja dojenčeta	30
5. Rasprava.....	32
6. Zaključak.....	35
7. Popis literature.....	36
6. Prilozi:.....	44

1. Uvod

1.1. Neurorizično dijete

Engleski ortoped Little 1861. godine uspostavlja vezu između događaja tijekom perinatalnog razdoblja i kasnijih posljedica na fizički i mentalni razvoj djeteta. Nešto kasnije Freud 1878. godine ističe da oštećenje mozga nastaje tijekom trudnoće, kada je fetalni mozak još u razvoju.. S pojmom „baby at risk“ prvi put se susrećemo u medicinskoj literaturi 60-ih godina prošlog stoljeća u Velikoj Britaniji. Termin se uvodi s namjerom poboljšanja praćenja djetetova rasta i razvoja, kao i ranijeg uključivanja u dijagnostičke i terapijske postupke. Svjetska zdravstvena organizacija prvi put definira rizično dijete kao ono kod kojeg je došlo do prenatalnog, perinatalnog i postnatalnog djelovanja određenih čimbenika rizika (Matijević, 2015). Danas pod pojmom „rizično dijete“ podrazumijevamo svako dijete u čijoj anamnezi postoji bilo koji neurorizični čimbenik ili ono dijete kod kojeg su prisutni znakovi odstupanja od normalnog razvoja prilikom neuropedijatrijskog pregleda (Papić, 2017). Dakle, djeca s neurorizičnim statusom identificiraju se na temelju anamnestičkih podataka, kliničkih čimbenika rizika i/ili ranog neonatalnog ultrazvuka mozga. Pod anamnestičke čimbenike rizika ubrajamo patološka stanja tijekom trudnoće, porođaja i ranog neonatalnog razdoblja koji imaju nepovoljan utjecaj na dijete. Kliničke čimbenike rizika kod novorođenčeta čine abnormalni neurološki znakovi poput iritacije, apatije, hipotonije, hipertonije, odstupanja u neurološkom statusu i abnormalne spontane kretnje (Bošnjak-Nadž i sur, 2011).

Modrušan-Mozetič (2005) naglašava kako je 10% živorođene djece neurorizično te zahtjeva intenzivno praćenje razvoja tijekom dojenačke i predškolske dobi. Hrvatska, po uzoru na Sloveniju, stvara Registar neurorizične djece 1981. godine s ciljem rane detekcije i tretmana, unapređenja preventivnih mjera, pomoći obiteljima djece s invaliditetom te evaluacije rada Registra (Modrušan Mozetič, 2005). Mnogobrojni su uzroci i čimbenici rizika za povećani neurorizik, a obuhvaćaju prenatalno, perinatalno i postnatalno razdoblje od kojih je najčešće riječ o zbivanjima u perinatalnom razdoblju (Matijević, 2015). Prenatalni čimbenik rizika odnosi se na nepovoljne morfološke, cirkulacijske, mehaničke, kemijske i infektivne agense fetalnog, maternalnog i uteroplacentarnog podrijetla koji se javljaju u razdoblju između začeća i porođaja.

To uključuje anatomske i funkcionalne abnormalnosti reproduktivnog sustava majke, položaj posteljice ili njezino prerano odvajanje, genetske anomalije, promjene u količini amnijske tekućine, izloženost lijekovima, intoksikaciju, gestacijski dijabetes, izloženost radijaciji i infekcijama tijekom trudnoće (poput rubeole, vodenih kozica, herpes simplex, virusne influence, toksoplazmoze, citomegalovirusa). Također, prenatalni čimbenici rizika uključuju i dob majke (posebno prvorotkinje starije od 35 godina), pretilost majke, stres, socioekonomske čimbenike, neželjenu trudnoću i nedostatak adekvatne prenatalne skrbi (Matijević, 2015). Perinatalni čimbenici rizika odnose se na faktore koji se javljaju od rođenja do sedmog dana djetetovog života. Obuhvaćaju prijevremeni porod, prekratak ili produženi porod, prezentaciju zatkom, niske vrijednosti Apgar indeksa, zastoj u porođajnom kanalu, višeploidne trudnoće, perinatalnu asfiksiju, porođajnu traumu (subarahnoidalno i subduralno krvarenje), zdravstveno stanje novorođenčeta, porod dovršen carskim rezom, nekompatibilnost krvnih grupa (Matijević, 2015). Postnatalni čimbenici javljaju se poslije sedmog dana djetetovog života (Papić, 2017). Oni uključuju krvarenje u mozgu, tumore, ozljede mozga, infekcije središnjeg živčanog sustava, afebrilne konvulzije, hiperbilirubinemije, Rh ili ABO inkompatibilnost, teška septička stanja, endokrinološke bolesti, metaboličke bolesti, teža infektivna stanja, izloženost toksičnim tvarima, malnutriciju, hipotrofiju/hipertrofiju novorođenčeta, prijevremeno rođenu djecu, nisku porođajnu masu (< 2500 g), nedostatak brige za dijete, depresiju majke itd. (Matijević, 2015).

Najugroženija skupina novorođenčadi ona je niske porođajne mase i gestacijske dobi kod koje se javlja najveći rizik za razvoj komplikacija, ali i najviša stopa mortaliteta. Nedonošče, ili prijevremeno rođeno novorođenče, odnosi se na dijete koje je rođeno prije navršenih 37 tjedana trudnoće. S obzirom na gestacijsku dob prijevremeno rođenu novorođenčad dijelimo u četiri skupine: 1. ekstremno prijevremeno rođena novorođenčad (novorođenčad rođena prije 28. tjedna trudnoće); 2. vrlo prijevremeno rođena novorođenčad (novorođenčad rođena od početka 28. do kraja 31. tjedna trudnoće); 3. umjereno prijevremeno rođena novorođenčad (novorođenčad rođena od početka 32. do kraja 33. tjedna trudnoće); 4. kasno prijevremeno rođena novorođenčad (novorođenčad rođena od početka 34. do kraja 36. tjedna trudnoće) (Milardović, Bilić Čaće, Smrkulj, 2021). Velik broj prijevremeno rođene djece ima malu porođajnu težinu. S obzirom na porođajnu masu, novorođenčad dijelimo na onu niske (< 2500 g), vrlo niske (< 1500 g) i ekstremno niske (< 1000 g) porođajne mase. Važno je napomenuti da niska porođajna masa

novorođenčeta nije nužno posljedica prijevremenog rođenja, već ishod intrauterinog zaostajanja u rastu uzrokovana mnogobrojnim čimbenicima (Milardović, Bilić Čaće, Smrkulj, 2021).

Prilikom klasifikacije neurorizične djece najčešće se upotrebljava podjela na visoko neurorizičnu i nisko neurorizičnu djecu. Visoko neurorizična djeca obuhvaćaju one s dva ili više od dva anamnestička čimbenika rizika, prisutnost abnormalnih neuroloških znakova (iritacija, apatija, hipertonija, hipotonija), jasno abnormalne spontane pokrete, djecu s dijagnozom cistične periventrikularne leukomalacije, subkortikalne leukomalacije, fokalno-ishemijskog oštećenja, intraventrikularnog krvarenja III. i IV. stupnja, hidrocefalusa, ventrikulomegalije i znakova konatalne infekcije. Nisko neurorizična djeca, s druge strane, imaju prisutna dva ili manje od dva anamnestička čimbenika rizika, blaže promjene tonusa muskulature, abnormalne spontane pokrete te normalne ultrazvučne nalaze mozga ili nalaze nekompliciranih krvarenja (Bošnjak-Nađ i sur., 2011).

Navedeni čimbenici rizika poput perinatalnog oštećenja mozga, genetskih i infektivnih faktora, postnatalne traume i nepovoljnih socijalno ekonomskih ili okolišnih čimbenika tijekom novorođenačke dobi mogu uvjetovati neurorazvojnim odstupanjima djeteta. Oštećenje mozga tijekom trudnoće, porođaja ili novorođenačkog perioda smatra se najčešćim uzrokom neurorazvojnih odstupanja u djece (Mejaški Bošnjak, Lončar i Konjarik, 2016). Analizom čimbenika rizika kod neurorizične djece s urednim motoričkim razvojem i cerebralnom paralizom, autorica Modrušan-Mozetič (2005) otkriva da prematuritet, asfiksija, neurološka simptomatologija i teška bolest u novorođenačkoj dobi imaju najnepovoljnije ishode. Prema Matijeviću (2015), neurorazvojni ishod djeteta nakon perinatalnog oštećenja ovisi o interakciji djeteta s okolinom, opsegu i lokalizaciji postojećeg oštećenja mozga, te kompenzacijskim procesima maturacije i plastičnosti mozga. Plastičnost mozga može biti stimulirana primjenom terapijsko-habilitacijskih postupaka koji zatim pridonose oporavku oštećene funkcije, ukoliko su rano započeti, pravilno usmjereni i stručno vođeni. Stoga, za uspješno liječenje i rehabilitaciju neurorazvojnih odstupanja izrazito je važna rana dijagnostika perinatalnog oštećenja mozga. Upravo su zbog navedene interakcije perinatalnog oštećenja mozga i kompenzacijskih procesa plastičnosti i maturacije mozga, kliničke slike neurorazvojnih odstupanja promjenjive i dobno uvjetovane (Matijević, 2015).

1.2. Roditeljski stres

1.2.1. Roditeljski stres i njegove odrednice

Odnos između roditeljstva i stresa predmet je interesa razvojnih psihologa već desetljećima (Delale, 2011). Iako se on definira različito, najveći broj definicija roditeljskog stresa usmjeren je upravo na dostupnost i percipiranu raspoloživost resursa koji se odnose na zahtjeve roditeljstva (Deater-Deckard, 2005). Crnic i Greenberg (1990) definiraju roditeljski stres kao „roditeljsku percepciju neadekvatnih financijskih, emocionalnih, fizičkih i socijalnih resursa koji bi omogućili nošenje s posljedicama ključnih životnih situacija ili kao nesposobnost, nemogućnost nošenja, prilagodbe i funkcioniranja s nadolazećim životnim krizama“. Profaca i Arambašić (2004) roditeljski stres opisuju kao složen proces koji objedinjuje više čimbenika - zahtjeve roditeljstva, psihološko stanje roditelja, djetetovu psihosocijalnu prilagodbu i kvalitetu odnosa između roditelja i djeteta. Odgoj djeteta s teškoćama u razvoju ili razvojnim rizikom ubraja se u univerzalno stresne aspekte roditeljstva. Takav odgoj, zbog djetetovih posebnih potreba, zahtijeva dodatnu brigu izvan uobičajenih roditeljskih zadaća i obaveza te se neminovno sudara sa jedinstvenim životnim situacijama koje zahtijevaju prilagodbu (Hrkač, 2021). Skladno tome, jedna od primarnih zadaća roditeljstva djeteta s teškoćama je osiguravanje kvalitetne zdravstvene skrbi te organizacija svakodnevnih aktivnosti u svrhu zadovoljavanja zahtjeva radne i obiteljske uloge (Raina i sur., 2005). Roditeljstvo djeteta s razvojnim rizikom sa svojim specifični zahtjevima odudara od uobičajenog roditeljskog iskustva te je popraćeno otežanim dobivanjem neformalne podrške (Hrkač, 2021), čiju prisutnost autorica Milić-Babić (2012) u svojem istraživanju povezuje sa sniženom razinom roditeljskog stresa. Istovremeno, roditelji djece s razvojnim rizikom djetetovu budućnost smatraju neizvjesnom što kod roditelja može izazivati osjećaj straha i bespomoćnosti (Hrkač, 2021).

Pritzlaff (2001) tvrdi da na intenzitet roditeljskog stresa utječu karakteristike obitelji, unutarnji i vanjski resursi kojima obitelj raspolaže, percepcija obitelji o djetetu koje pokazuje odstupanja u razvoju te karakteristike samog djeteta poput spola, dobi, zdravstvenog stanja i njegovih sposobnosti. Izvorom roditeljskog stresa, s druge strane, mogu biti karakteristike roditelja,

djeteta, njihov odnos i okolina. Kada se radi o karakteristikama roditelja, razmatraju se roditeljska uloga i perspektiva prema roditeljstvu, dok se karakteristike djeteta odnose na njegov temperament i količinu potrebne pažnje (Trdin, 2021). Pritom, karakteristike djeteta mogu značajno utjecati na doživljaj roditeljstva i osjećaj roditeljske kompetencije (Belsky i Rovine, 1990), odnosno uvjerenje roditelja u njihovu sposobnost uspješnog obavljanja roditeljske uloge (Wittkowski i sur., 2017). U novorođenačkoj dobi i tijekom prve godine života dijete ponajprije mijenja doživljaj roditeljstva karakteristikama svojeg temperamenta (Belsky i Rovine, 1990). Osobito je važno istaknuti skup osobina koje zajedno čine "težak temperament", odnosno veliku uzbudljivost povezanu sa slabom prilagodljivošću i nedostatkom ritma hranjenja i spavanja. Dijete teškoga temperamenta povećava razinu roditeljskog stresa, pritom umanjujući osjećaj roditeljske kompetencije čime otežava stvaranje dobrog odnosa između roditelja i djeteta (Obradović i Ćudina Obradović, 2003). Brojna su istraživanja koja ukazuju na utjecaj djeteta na različite aspekte roditeljskog života, što može imati posljedice na roditeljsko ponašanje te, sukladno tome, na odgoj i razvoj djeteta (Profaca i Arambašić, 2004). Subjektivni doživljaj roditeljstva predstavlja ključnu promjenu sveukupnog identiteta pojedinca koja nosi značajnu ulogu u određivanju "klime djetetova razvoja". Subjektivni doživljaj roditeljstva ima snažan utjecaj na djetetove razvojne rezultate (Obradović i Ćudina-Obradović, 2003), a opisuje se kroz tri dimenzije (Sabatelli i Waldron, 1995):

1. Roditeljsko zadovoljstvo - obuhvaća zadovoljstvo odnosom djeteta i roditelja, partnerskom potporom i zadovoljstvo vlastitom uspješnošću u roditeljskoj ulozi.
2. Zahtjevi i stres roditeljske uloge - zahtjeve definiramo kao vanjske pritiske na pojedinca da ostvari roditeljsku ulogu u skladu s očekivanjima i normama okoline. Stres predstavlja doživljaj pojedinca da je u nemogućnosti ispuniti zahtjeve roditeljske uloge prema vlastitim očekivanjima i normama. Zahtjevi mogu proizaći iz neadaptabilnosti djeteta, neprihvatljivog ponašanja, negativnog raspoloženja, rastresenosti i hiperaktivnosti. Kada je riječ o roditeljskom stresu, on obuhvaća depresiju roditelja, vanjska ograničenja poput ekonomskih i vremenskih izazova, osjećaj roditeljske nekompetencije, osjećaj usamljenosti, tjeskobnu vezanost za dijete, nezadovoljavajuć odnos s bračnim partnerom te ugrozu fizičkog zdravlja.

3. Osjećaj roditeljske kompetencije - predstavlja osjećaj koliko je uspješan i sposoban roditelj, a odnosi se na mogućnost iskorištavanja vlastitih poticaja uz one iz pojedinčevog okruženja te postizanje dobrih rezultata u roditeljskoj ulozi. Ljubešić (2007) opisuje kompetentnog roditelja kao onog koji “doživljava sebe kao osobu koja posjeduje kontrolu nad svojim roditeljstvom i odnosom s djetetom te se dobro osjeća kao roditelj”. Kompetentan roditelj osjeća se spremnim i odgovornim za roditeljsku ulogu i izvršavanje roditeljskih dužnosti, a u toj ulozi uživa što ga čini spremnim da osigura poticajno okruženje za djetetov razvoj (Reić Ercegovac, 2010).

Prema Hrkač (2021) roditeljski postupci imaju značajan utjecaj na brojne razvojne ishode među kojima se ističu socijalna područja djetetovog razvoja i njegova psihosocijalna prilagodba. Zbog biološke osjetljivosti kod djece s razvojnim rizikom iznimno je važan stil interakcije s primarnim skrbnikom tijekom prvih godina života za njihov optimalni razvojni ishod (Mahoney, 2009). Brojna su istraživanja koja potvrđuju da su razvojni i socioemocionalni ishodi djeteta u prvim godinama života stečeni pod utjecajem stila interakcije između majke ili primarnog skrbnika s djetetom tijekom rutinskih aktivnosti (Mahoney, 2009). Roditeljski stres utječe na način na koji roditelji funkcioniraju i smanjuje njihovu emocionalnu dostupnost prema djetetu, toleranciju prema negativnom ponašanju djeteta te njihovu sposobnost organiziranja roditeljskih obveza (Hrkač, 2021). Goldbergov model roditeljstva (1977) implicira postojanje korelacije između roditeljskog stresa i sposobnosti roditelja da se uključi u uspješne i uzajamne interakcije sa svojim djetetom. Deater-Deckard (2005) naglašava kako kronični stres kod roditelja ometa njihovu sposobnost da uspostave podržavajući odnos s djetetom, što znači da ne mogu adekvatno i konstruktivno odgovarati na djetetove potrebe kako bi podržali njegov fizički, kognitivni i socioemocionalni razvoj. Roditelji koji pokazuju veću razinu osjetljivosti na potrebe svoga djeteta i koji su uspješni u interakciji sa svojim djetetom doživljavat će nižu razinu stresa od manje responzivnijih roditelja koji imaju više poteškoća u interakciji sa svojom djecom. Prema istraživanjima, roditelji koji iskazuju visoku razinu stresa ne uživaju u interakcijama sa svojom djecom (Margalit i Heiman, 1986) te se ne uključuju u podržavajuće oblike interakcija koje su optimalne za razvoj njihove djece. Suprotno tomu, roditelji koji su iskazali nisku razinu stresa uživaju u interakcijama sa svojom djecom te će se vjerojatnije uključiti u one interakcije koje su

više reagirajuće i razvojno njegujuće (Mahoney, 2009). Mahoney (2009) ističe da su majke one koje se u svakodnevnim aktivnostima češće susreću sa stresom povezanim s djetetovim karakteristikama poput temperamenta i ponašanja. Zbog toga se većina istraživanja povezanih sa stresom roditelja djece s razvojnim teškoćama fokusira upravo na majku.

1.2.2. Teorijski modeli stresa kod roditelja djece s teškoćama

Različiti teorijski modeli imaju različite perspektive na stres kod roditelja djece s teškoćama u razvoju (Perry, 2004). Transakcijski model stresa i suočavanja autora Lazarusa i Folkmana (2004) često se koristi kao teorijska osnova za brojna istraživanja o stresu kod roditelja djece s teškoćama u razvoju (Buljat, 2021). Ovaj model nam omogućuje razumijevanje procesa koji povezuje zahtjeve roditeljstva, stres u roditeljskoj ulozi i roditeljsko ponašanje (Profaca i Arambašić, 2004), a stres definira kao proces između osobe i okoline koji je za pojedinca zahtjevan i nadilazi njegove mogućnosti. Također, intenzitet stresa u nekoj situaciji ovisi o kognitivnoj procjeni te situacije od strane pojedinca (Lazarus i Folkman, 2004). Prema ovom modelu, posljedice stresne situacije ponajviše određuje kognitivna procjena situacije, odnosno proces razmatranja nekog događaja čime on dobiva specifičan smisao za pojedinca. Zatim, posljedice stresne situacije ovise o načinu suočavanja osobe, osobinama pojedinca (spol, dob, osobine ličnosti, vrijednosti, ciljevi, vjerovanja) i osobinama samog događaja (trajanje događaja, socijalna podrška, zahtjevi, ograničenja) (Giaconi, 2018). Dakle, pojedinac putem primarne kognitivne procjene procjenjuje važnost i značaj određene situacije, nakon čega slijedi sekundarna procjena kojom se procjenjuju mogućnosti djelovanja i utjecaja na stresnu situaciju. Kognitivna procjena pojedinca također utječe na drugi važan posrednički proces, odnosno strategije suočavanja. Ti promjenjivi kognitivni i bihevioralni načini nošenja sa stresom rezultiraju odgovarajućim prilagodbenim ishodima (Lazarus i Folkman, 2004).

Reuben Hill 1949. godine razvija izvorni ABCX model čime postavlja temelje teoriji obiteljskog stresa. Model predočuje kako interakcija triju elemenata (A, B, C) dovodi do krize u obitelji (Berc, 2012). Elementi koje model uključuje su sljedeći: A - stresni događaj, kao što je rođenje djeteta s teškoćom u razvoju, B - obiteljske unutarnje i vanjske resurse, C - obiteljsku procjenu događaja i X - "krizu", odnosno promjenu koju određeni događaj unosi u obitelj (Perry, 2004).

Prema Hillu, izvor stresa (A) koji dolazi u interakciju s obiteljskim resursima (B) i pridruženim značenjem stresnog događaja (C) zajedno dovode do značajnog narušavanja ravnoteže u obitelji, što rezultira stanjem krize (X). Hill u ovom modelu efikasno objašnjava reakcije obitelji prethodno krizi, međutim tek 1982. godine Hamilton McCubbin i Joan Patterson proširuju izvoran Hillow model u dvostruki ABC-X model dajući nam uvid u reakcije obiteljskog sustava nakon suočavanja s krizom (Berc, 2012).

Adrienne Perry je 2004. godine razvila model stresa u obiteljima djece s teškoćama u razvoju koji se sastoji od četiri komponente: stresora, resursa koji su dostupni pojedincu/obitelji, sustava podrške i ishoda, a svaku od navedenih komponenti dijeli u dvije domene (Perry, 2004). Stresori se sastoje od onih značajnih, ali i manje značajnih kriznih situacija u životu roditelja djeteta s teškoćama, uključujući one povezane s djetetom, kao i druge životne stresore (Milić Babić, 2013). Stresori uključuju različite faktore povezane s djetetom, kao što su dob, spol, vrsta teškoća, razina ovisnosti djeteta, poteškoće u ponašanju, kao i drugi životni stresori poput bolesti članova obitelji, financijskih problema i slično (Buljat 2021). Resursi uključuju individualne resurse pojedinca i one obiteljske. Individualni resursi obuhvaćaju osobne varijable roditelja kao što su osobine ličnosti, kognitivne strategije suočavanja, vjerovanja i demografske čimbenike poput obrazovanja i radnog statusa. S druge strane, obiteljski resursi odnose se na varijable kao što su funkcioniranje obitelji, zadovoljstvo brakom i demografske čimbenike (npr. socio-ekonomske prilike, bračni status i sl.). Sustav podrške uključuje neformalne oblike pomoći koji obuhvaćaju emocionalnu podršku od strane članova šire obitelji, prijatelja, društvenih organizacija i vjerskih zajednica. Također, tu je i formalna socijalna podrška koja se odnosi na (polu)profesionalne intervencije, obrazovne ili terapijske programe, obiteljske intervencije, grupe podrške roditeljima i organizacije. Iako se većina literature osvrće na negativne ishode (depresija, pesimizam, osjećaj “izgaranja”, istrošenost), autorica (Perry, 2004) naglašava mogućnost razvijanja pozitivnih roditeljskih ishoda (doživljaj osobnog rasta i razvoja, osnaženost i sl.) te da jedno nužno ne isključuje drugo.

1.3. Rani socioemocionalni razvoj

1.3.1. Obilježja ranog socioemocionalnog razvoja

Socioemocionalni razvoj predstavlja ključni razvojni zadatak u životu djeteta, koji se odnosi na uspješno prepoznavanje i suočavanje s vlastitim i tuđim emocijama unutar socijalnog konteksta. Ono se stječe socio-emocionalnim učenjem započevši od najranijih dana djetetova života, a kontinuirano se nastavlja do odrasle dobi (Weissberg, Durlak, Domitrovich i Gullotta, 2015). Rana emocionalna regulacija primarno se uči u kontekstu interakcije majke i djeteta, kao specifičnog oblika dijade; što majci daje mogućnost oblikovanja razvoja emocionalne regulacije svojeg djeteta (Vranjican, Prijatelj i Kuculo, 2019). Djeca sposobnost doživljavanja i izražavanja različitih emocija te sposobnost da se s njima nose razvijaju već od rođenja (Begovac, 2021a), a njihov razvoj teče istodobno s mnogobrojnim drugim vještinama vezanim za motoričku kontrolu, razmišljanje i komunikaciju (Begovac, 2021a). Pod pojmom emocije podrazumijevamo unutrašnje reakcije dok afekti obuhvaćaju njihovo vanjsko izražavanje putem izraza lica, gesti ili vokalizacijom, a istraživači smatraju da kod dojenčadi postoji blisko preklapanje između onog što osjećaju i onog što pokazuju (Ljubešić, 2005). Kako bi razumio uzrok djetetovog emocionalnog doživljaja, primarni skrbnik će se usmjeriti na situacijski kontekst što mu omogućuje da na pozitivne emocije reagira uključivanjem u emocionalnu razmjenu, a kod negativnih nastoji ukloniti uzrok i smiriti dijete (Ljubešić, 2005). Tijekom prve godine života interakcija između majke i djeteta odvija se neverbalnim procesima koji su izrazito emocionalno popraćeni (Begovac, 2021b), a afekt nosi centralnu ulogu za djetetov daljnji psihosocijalni razvoj (Majić, 2011). Nakon prvog mjeseca života dijete prilaskom majke prestaje plakati, a nakon trećeg mjeseca, osim izražavanja ugone smiješkom, prepoznaje raspoloženje majke (Čturić, 2001). Već sa šest mjeseci afektivne ekspresije radosti, iznenađenja, ljutnje, straha, tuge, gađenja i interesa upotrebljavaju se kao signali u interakciji majka-dijete što emocionalnu ekspresiju čini "govorom" najranijeg djetinjstva (Majić, 2011). Komunikacija putem vokalizacije, intonacije, mimike i pokreta ima svoj ritam i reciprocitet. Međutim, kada dođe do narušavanja te komunikacije, dijete jasno osjeća tu promjenu i to može izraziti kroz promjene u svom ponašanju (Begovac, 2021b). Ova suptilna interaktivna komunikacija predstavlja temelj jezičnog razumijevanja, emocionalne adaptacije, kao i sposobnosti organizacije ponašanja i

emocionalnosti kod djeteta. Komunikacija putem gesta i ponašanja pomaže djetetu da integrira i razumije svijet koji ga okružuje (Begovac, 2021c).

Emocije i njihove razvojne procese tijekom prve godine ne možemo odvojiti od dijade majka-dijete. Naime, upravo način na koji majka odgovara djetetovim signalima i potrebama stvara temelj djetetova razvoja i kasnijeg funkcioniranja. Kvaliteta interakcije u toj dijadi snažno je pod utjecajem majčine osjetljivosti (Biringen i sur., 2014), koja je važan prediktivni čimbenik u stvaranju sigurne privrženosti (Begovac, 2021b). Ainsworth i suradnici (1978) navode četiri komponente koje utječu na „osjetljivost“ majke: 1. Sposobnost majke da percipira djetetovo ponašanje, 2. interpretacija situacije djeteta od strane majke, 3. sposobnost majčine brze reakcije da dojenče poveže vlastito ponašanje s majčinim i stekne dojam učinkovitosti (na majčino ponašanje), 4. primjerenost majčine reakcije na djetetove potrebe.

Nadalje, uspostavljanje sigurne privrženosti koja je popraćena odnosom punim povjerenja, topline, zadovoljenim djetetovim potrebama, osjećajem zaštićenosti i sigurnosti povezano je s optimalnim ishodima za dijete. S druge strane, ako je odnos okarakteriziran osjećajem nepovjerenja, nemogućnosti oslonca na roditelja, nedostatkom podrške, topline i utjehe kada je potrebno, dijete razvija nesigurnu privrženost te je u nemogućnosti razviti tehnike prepoznavanja, prihvaćanja i reguliranja neugodnih emocija (Vranjcin, Prijatelj i Kuculo, 2019). Roditelji imaju biološki utemeljene obrasce poticanja djeteta. Međutim, ti obrasci mogu biti narušeni uslijed različitih čimbenika poput psihosocijalne nezrelosti za roditeljstvo, psihofizičkog zdravlja roditelja, duševne bolesti i dugotrajne izloženosti stresu, kao što bi to bilo uslijed djetetove bolesti. Upravo neurorazvojni čimbenici rizika izlažu roditelje dopunskim stresorima koji zatim nepovoljno utječu na interakciju roditelj-dijete (Ljubešić, 2015).

1.3.2. Regulacija emocija

Sposobnost regulacije emocija razvija se tijekom ranog djetinjstva kroz interakciju s primarnim skrbnicima i kroz dječji prirodni temperament. Već u prvom mjesecu nakon rođenja, kada se naruši djetetova stabilnost u funkcioniranju, dijete upućuje signale okolini tražeći odgovor (Brajša-Žganec, 2003). Roditelj potom tjelesnom njegom i odnosom kroz igru regulira razinu

pobuđenosti dojenčeta i njegove afekte. Dosljedno odgovarajući na djetetove signale, dijete razvija sposobnost samoregulacije kroz ponavljanje i uspostavljanje uigranih obrazaca interakcije (Begovac, 2021b). Prvi pomak od (ko)regulacije uz pomoć roditelja do samoregulacije događa se već između trećeg i šestog mjeseca djetetova života (Kiss i sur., 2014). Prema Fogelu (2007) (ko)regulacija se odnosi na oblik koordiniranog djelovanja između sudionika koje uključuje kontinuirano međusobno usklađivanje radnji i namjera. Tijekom koregulacije, komunikacijski sustav djeluje kao jedinstvena cjelina tako da se djelovanje ne može raščlaniti na "pojedinačno". Begovac (2021d) naglašava da u preverbalnom periodu komunikacija između djeteta i roditelja treba biti kontingentna (roditelj je responzivan na djetetove kodove, umjesto toga da je intruzivan ili nesenzibilan), kolaborativna (u interakciji i dijete i roditelj aktivno stvaraju ili repariraju svoju komunikaciju) te emocionalno usklađena (roditelj organizira svoje odgovore na temelju identificiranja i usklađivanja emocionalnih stanja dojenčeta). Prema Koppu (2001), razvoj samoregulacije se od rođenja odvija u pet faza, a prva faza neurofiziološke modulacije koja traje prva tri mjeseca djetetovog života okarakterizirana je aktivacijom različitih refleksnih reakcija kojima dijete modulira stanje uzbuđenja. To uključuje ponašanja poput sisanja za utjehu, sisanja ruke za zaustavljanje plakanja i povlačenje nametljivih podražaja. U ovoj fazi postavlja se temelj za voljnu regulaciju, a interakcija s roditeljima pomaže djetetu u prepoznavanju i prilagođavanju rutina koje potiču razvoj mehanizama unutrašnje kontrole. U fazi senzomotoričke modulacije koja traje do prve godine djetetova života, razvija se sposobnost izvođenja voljnih funkcija poput posezanja i hvatanja. Te sposobnosti koordinacije senzoričkih i motoričkih funkcija omogućuju djetetu usmjeravanje pozornosti na objekte, posezanje, osmjehivanje roditeljima, traženje i nalaženje skrivenih predmeta, uključenost u recipročne igre. U ovoj fazi roditelji imaju važnu ulogu u održavanju tih modela moduliranjem ponašanja. Takvi obrasci ponašanja omogućuju djetetu da postane svjesno utjecaja ponašanja u promjeni okoline (Kopp, 2001).

Sposobnost emocionalne regulacije omogućuje osobi da uskladi vlastite emocija sa zahtjevima okoline, zaštititi se od neugodnih emocija, obuzda ih te usmjeri tako da ne ometaju njezino funkcioniranje, a predstavlja ključnu komponentu uspješne emocionalne prilagodbe djeteta. Unatoč različitim interpretacijama i uporabi pojma emocionalne regulacije, općenito se može reći da je to sposobnost pojedinca da odgovori na stresne zahtjeve i emocionalna iskustva na

društveno prihvatljiv, prilagodljiv i fleksibilan način (Macuka, 2012). Brajša-Žganec (2003) navodi da regulacija emocija obuhvaća skrivene i otvoreno izražene strategije za promjenu intenziteta i trajanja emocionalnog iskustva te izražavanja emocija. Različita su stajališta kada je riječ o aspektima regulacije emocija. Autori koji proučavaju dimenzije temperamenta smatraju da regulacija emocija uključuje procese povezane s fokusom pažnje, promjenom fokusa pažnje te inhibitorom kontrole (Brajša-Žganec, 2003). Dječje karakteristike temperamenta, povezane s reaktivnošću, igraju ulogu u regulaciji emocija, budući da dječja emocionalnost utječe na stil regulacije emocija djeteta, ali i obratno (Brajša-Žganec, 2003). Rothbart i Derryberry (1989) navode da temperament predstavlja biološki utemeljene individualne razlike u emocionalnoj, motoričkoj i pažnjom povezanoj reaktivnosti živčanog sustava, samoregulaciji i reaktivnosti. Autori Kim i Kochanska (2012) naglašavaju da je ključna komponenta teškog temperamenta negativna emocionalnost koja je okarakterizirana čestim i intenzivnim izražavanjem neugodnih emocija u raznolikim kontekstima. Rana negativna emocionalnost i suparnički odnos roditelja i djeteta predstavljaju snažan prediktor deficita u samoregulaciji djeteta i kasnijih problema u ponašanju (Kim i Kochanska, 2012). Nadalje, kvaliteta privrženosti i emocionalne regulacije usko su povezani (Majić, 2011). Preteča privrženog ponašanja nalazi se u interakciji majke i djeteta putem upućivanja i odvrćanja pogleda, tjelesnog izražaja, ritmom, pažnjom i vokalizacijom čime se regulira razina pobuđenosti (Begovac, 2015c). Dakle, osjetljivost majke kao ključnom čimbeniku za socioemocionalnu prilagodbu djeteta, rana njega i kontrolirano iskustvo sa stresom doprinose smanjenju nelagode dojenčeta i nižoj fiziološkoj reaktivnosti na stres (Kiss i sur., 2014). Djeca rođenjem imaju biološki zadane kapacitete i potrebe za sudjelovanje u interakciji s ljudima, posjedujući organizirane sposobnosti za započinjanje, održavanje i završavanje interakcija s drugima. Na njihove sposobnosti interakcije, a time posljedično i ponašanje roditelja, utječu biološke osobine. Kronični, razvojni, senzorički poremećaji ili prijevremeno rođenje djeteta smanjuju njegove mogućnosti za ponašanje u skladu s dobi u interakciji s roditeljima. Nadalje, navedena zdravstvena stanja često su udružena s drugim čimbenicima koji mogu utjecati na interakciju roditelja i djeteta, npr. hospitalizacija i odvajanje od roditelja (Pinjatela, 2012). Nedonoščad, posebno ona izrazito prijevremeno rođena s udruženim zdravstvenim komplikacijama, pokazuje manju izražajnost od donošene dojenčadi, manje gledaju prema svojim majkama, manje vokaliziraju i pokazuju više emocionalne negativnosti u interaktivnim situacijama tijekom prve godine života. Ipak, neka istraživanja

pokazuju kako se lošija interakcija više iskazuje u drugoj polovici prve godine života (Sansavini i sur., 2015).

U svojoj metaanalizi Korja i sur. (2012) istražuju kvalitetu interakcija majka-dijete kod prijevremeno rođene djece. Rezultati pokazuju da su razlike u ponašanju majki nedonošene i donošene dojenčadi najočitije u prvih šest mjeseci djetetova života. Autorice predlažu da su razlike u interakciji između majki s donošenom i nedonošenom dojenčadi uzrokovane majčinim stresom, separacijom i prekinutim procesom vezivanja što dovodi do niže osjetljivosti i povećane intruzivnosti majke. Nadalje, autorice ističu da se ove razlike u interakcijskom ponašanju majke mogu promatrati kao adaptivni odgovor na nezrelost dojenčeta i nedostatak sposobnosti reagiranja. Neka su istraživanja sugerirala da prosječna majka nedonoščeta pokušava pružiti kompenzacijsku skrb za svoje dojenče, uključujući verbalizaciju, gledanje u lice i instrumentalni dodir, ali čineći to s manje afekta, rjeđe upućujući osmijeh djetetu i rjeđe koristeći neinstrumentalno dodirivanje (Korja i sur., 2012). Ipak, neka su istraživanja pokazala da nedonoščad ne utječu uvijek negativno na kvalitetu majčinskog ponašanja, osobito kada je dostupna kontinuirana roditeljska podrška u neonatalnoj jedinici intenzivnog liječenja i nakon otpusta iz bolnice (Korja i sur. 2012).

1.3.3. Privrženost

Bowlby (1982) i Ainsworth (1979) začetnici su koncepta privrženosti. Ona se najčešće definira kao afektivna veza između osobe i njene figure privrženosti, a čiji je glavni mehanizam traženje i održavanje bliskosti, posebice u stresnim situacijama (Ljuština, 2016). Berk (2015) privrženost opisuje kao snažnu emocionalnu vezu koju pojedinac stvara s posebnim ljudima u njegovom životu. Kada je u prisustvu osobe uz koju je privrženo, dijete osjeća radost, interakcija s tom osobom mu pruža ugodu, a u stresnim situacijama osjeća utjehu kada je ta osoba blizu. Privrženost se počinje stvarati kratko nakon rođenja i nastavlja se kroz djetinjstvo, a prvi znaci vidljivi su u dobi od šest mjeseci (Berk 2008). Figura privrženosti, koja je najčešće primarni skrbnik, djetetu pruža zaštitu, vodstvo i potporu, pritom pomažući u regulaciji vlastitog stresa i ponovnom uspostavljanju osjećaja sigurnosti (Canterberry i Gillath, 2012). Mary Ainsworth (1979) prva uvodi pojam stilova privrženosti, a dijeli ih na sigurnu i nesigurnu privrženost.

Nesigurna se privrženost dalje dijeli na izbjegavajuću privrženost, opiruću privrženost i dezorganiziranodezorijentiranu privrženost. Sigurna privrženost obuhvaća izražavanje šireg raspona emocionalnih izraza, dok nesigurna privrženost rezultira krutim i nesigurnim reakcijama. (Brajša-Žganec, 2003). Stoga, pretpostavlja se da će sigurno privrženo dijete čiji roditelji dosljedno i adekvatno reagiraju u prvim godinama djetetovog života, naučiti izražavati pozitivne i negativne emocije i adekvatno reagirati u situacijama stresa. S druge strane, djeca roditelja koji ne odgovaraju adekvatno na dječje podražaje, zakočena su u emocionalnom izražavanju, strategijama emocionalnog reagiranja, smanjene emocionalne i socijalne kompetentnosti kao i većom mogućnosti razvijanja poremećaja u ponašanju (Brajša-Žganec, 2003). Privrženost prema majci, a potom prema drugim skrbnicima, dijete stvara kroz procese hranjenja, držanja u naručju i kontakta licem u lice. Štoviše, majčina osjetljivost signalima dojenčeta vezanim za hranjenje usko je povezana s tipom privrženosti koji će se razviti kod djeteta (Ainsworth, 1979). Dakle, kakvoća odnosa privrženosti koja će se razviti ovisi o majčinoj osjetljivosti na potrebe svog djeteta, o kvaliteti privrženosti između majke i njezinih primarnih skrbnika te o karakteristikama dječjeg temperamenta (Brajša- Žganec, 2003).

1.3.4. Regulacijski poremećaji u dojenačkoj dobi

U dojenačkoj dobi javljanje tjelesnih simptoma često signalizira intrapsihičku napetost pa pretjerano (ekscesivno) plakanje, smetnje spavanja i jedenja smatramo funkcionalnim poremećajima, a nazivaju se poremećajima regulacije. Regulacijski poremećaji obuhvaćaju pretjerano (ekscesivno) plakanje, poremećaj jedenja i poremećaj spavanja u dojenčeta (Begovac, 2021e). Javljaju se pojedinačno ili u komorbiditetu, a za postavljanje dijagnoze nužno je trajanje od najmanje mjesec dana (Begovac, 2021e). Klinički dokazi ovih poremećaja uočavaju se tijekom prvih godina života unutar sustava komunikacije roditelj-dijete, privrženosti i ranih odnosa (Kim, 2011). Kada kod dojenčeta postoji kombinacija smetnji kao što su plakanje, odbijanje jedenja i nespavanje, te se istovremeno javljaju disfunkcionalni obiteljski odnosi, veća je vjerojatnost da će se u kasnijoj dobi pojaviti eksternalizirajući ili internalizirajući problemi (Hemmi i sur. 2011). Kim (2011) naglašava da mnogi problemi koji se obično pojavljuju tijekom druge polovice prve godine života ili u kasnijim fazama ranog djetinjstva zapravo imaju prethodnike u prvoj polovici

prve godine, uglavnom u obliku pretjeranog plača i disfunkcionalne organizacije spavanja i budnosti. Nedostatkom pravovremene intervencije ti rani poremećaji imaju tendenciju ustrajati i prožimati druge domene ponašanja. Paopušek i Papoušek (1990) navode da problemi u ponašanju dojenčeta obično uključuju neobjašnjivu uznemirenost, abnormalnu količinu i/ili kvalitetu plača, neumirivost, hiperaktivnost i razdražljivost, probleme s hranjenjem i spavanjem, smanjeni raspon pažnje i nisku predvidljivost ponašanja. Shodno tome, problemi u ponašanju dojenčeta mogu predstavljati značajan pritisak na interakciju roditelj-dijete zbog nepovoljnih učinaka na psihobiološka stanja roditelja.

Dojenče plakanjem pokušava regulirati unutarnja stanja i vanjske podražaje, a komunikacijsko značenje plača potrebno je odgonetnuti. Dijagnozu pretjeranog plakanja moguće je postaviti tek nakon trećeg mjeseca djetetova života (Begovac, 2021e). Prema smjernicama Njemačkog udruženja za dječju i adolescentnu psihijatriju (Hofacker, Papoušek, 1998), pretjerano plakanje nakon prva tri do četiri mjeseca djetetovog života predstavlja poremećaj u regulaciji koji se odnosi na interakciju i ko-regulacijski kontekst nužan za smirivanje, spavanje i hranjenje. U razlikovanju normalnog plača od prekomjernog prihvaćeni su opći kriteriji poznati pod nazivom trostruko Wesselovo pravilo prema kojem je prekomjerni plač prisutan više od 3 sata dnevno, 3 dana u tjednu i najmanje 3 tjedna u mjesecu (Begovac, 2021e). Ako se pretjerano plakanje nastavi i nakon prve godine života onda je u podlozi drukčija etiologija jer je tada uspostavljena voljna kontrola nad plakanjem. Prema Begovcu (2021e), 57 % dojenčadi s tim poremećajem pokazuje i prolazne neurološke znakove nezrelosti središnjeg živčanog sustava. Pretjerano plakanje se povezuje sa psihosocijalnim problemima obitelji, psihičkim poremećajima roditelja, nezadovoljavajućim roditeljstvom u smislu lošije regulacije djetetovog stanja, konfliktima roditeljskog para te težim stresovima u ranom odnosu roditelj – dijete.

Papoušek i Papoušek (1990) istražuju ulogu roditeljske intuicije u upravljanju pretjeranim dječjim plačem i kako ona utječe na interakciju roditelja i djeteta. Autori ističu važnost osjetljive skrbi u zadovoljavanju potreba uplakane dojenčadi te potencijalne negativne posljedice neadekvatnih ili nedosljednih roditeljskih odgovora. Prema Bell i Ainswortg (1972) odgovarajuća majčina reakcija na dječji plač tijekom prva tri mjeseca smanjuje učestalost plakanja u drugoj polovici godine i promiče razvoj vokalizacije. Nedostatak roditeljske reakcije na suptilne signale djeteta mogu naučiti dojenče da je samo plač učinkovit način dobivanja

pažnje roditelja. Takvo iskustvo ubrzo može dovesti do abnormalne količine plača te instrumentalnog plača u drugoj polovici djetetove prve godine života (Papoušek i Papoušek, 1990). Sposobnost odgovaranja na potrebe dojenčeta predstavlja osnovu majčinske samoučinkovitosti tj. majčine vjere u svoje sposobnosti upravljanja majčinstvom. Ako se prilikom umirivanja dojenčeta susreću s neuspjehom, majke će vjerojatno stvoriti osjećaj neučinkovitosti. U mnogim istraživanjima, majke dojenčadi s prekomjernim plakanjem ocijenile su se znatno manje kompetentnima (Langdrem i Hallstrom, 2011). Nadalje, Von Hofacker i Papoušek (1998) svojim su istraživanjima zaključili da regulatorni simptomi utječu na odnos majka-dijete ometajući komunikaciju između roditelja i djeteta, a s time i intuitivno roditeljstvo. Njihovi rezultati ukazuju na narušeno mentalno zdravlje roditelja djece s regulatornim simptomima. Psihopatologija majke (depresija, neurotični poremećaji i poremećaji osobnosti) primijećena je kod oko 50% djece koja su pretjerano plakala, ali samo kod 3% majki kontrolne skupine. Dakle, ekscesivni dječji plač može lako iscrpiti roditelje i ugroziti vrijeme za opuštene dijadne izmjene. Štoviše, roditelji zatim ne pate samo od posljedice pretjeranog plača, već su lišeni pozitivnih učinaka koji proizlaze iz uspješne komunikacije roditelj-dijete (Papoušek, 1990).

Poremećajem spavanja smatra se nemogućnost samostalnog uspavlivanja nakon šest mjeseci starosti, a obuhvaća smetnje usnivanja i smetnje prosnivanja (Begovac, 2021e). Kod poremećaja usnivanja djetetu je potrebna prisutnost roditelja dulje od pola sata, a ono postaje ovisno o njoj i određenim ritualima kako bi usnulo. Kada je riječ o smetnjama prosnivanja, okarakterizirana su buđenjem četiri puta tijekom noći, minimalno četiri dana u tjednu s razdobljima budnosti duljim od 20 minuta, dok im je za ponovno uspavlivanje potrebna prisutnost roditelja (Begovac, 2021e). Papoušek i sur. (2007) navode da se poremećaji spavanja obično pojavljuju kao nastavak bolesti, hospitalizacije ili boravka u nepoznatoj sredini.

1.3.5. Regulacijski izazovi kod neurorizične dojenčadi

Kada je riječ o visokoneurorizičnoj dojenčadi, Feldman (2006) ističe da nezreli ili neregulirani endogeni ritmovi ograničavaju sposobnost modulacije uzbuđenja kod visokoneurorizične dojenčadi i negativno utječu na dječju emocionalnost. Ovi čimbenici čine ih nepredvidljivijima,

doprinosu teškoćama u socijalnim interakcijama i uspostavljanju kontakta, smanjuju učestalost smijanja, vokaliziraju te iskazivanja pozitivnih osjećaja (Kelly i Bernard, 2000). Visokorizična dojenčad, u usporedbi s niskorizičnom, opisuje se kao manje angažirana, manje aktivna i nervoznija te manje uključuje kontakt očima tijekom aktivnosti igranja s roditeljem (Greene, Fox i Lewis, 1983). Greene, Fox i Lewis (1983) ističu kako perinatalni faktori kod neurorizične dojenčadi rođene u terminu igraju puno veću ulogu od nezrelosti dojenčeta kada je riječ o interaktivnom ponašanju dojenčeta i kasnijoj majčinskoj osjetljivosti. Festante i sur. (2019) tvrde da su tijekom prvih 6 mjeseci nakon rođenja, visokorizična dojenčad manje aktivna i uključena u interakcije, nervoznija, manje budna i usredotočena te manje osjetljiva (npr. pokazivati će manje izraza lica i više negativnog afekta) od dojenčadi tipičnog razvoja. Tijekom istog vremenskog okvira, tj. prvog semestra života, majke visokorizične dojenčadi su nametljivije i pretjerano stimulativne, ali u isto vrijeme manje osjetljive i afektivne (Schermann-Eizirik, 1997). U dobi od 6 do 12 mjeseci, tijekom interakcija u igri, visokorizična dojenčad pokazuje manje istraživačkog ponašanja i više su ovisna o strategijama strukturiranja svojih majki koje su pasivnije i više izbjegavaju igru u usporedbi s majkama razvojno tipične djece. Teža neurorazvojna slika povezana je s manje interaktivnim ponašanjem (Feldman, 2006). Autori Schmucker i sur. (2005) također svojim istraživanjem utvrđuju da se neurološki rizik dojenčeta negativno odražava na interakciju majke i djeteta čineći roditelje manje emocionalno uključenima i osjetljivima na dojenčad, ali više nametljivima. Zbog navedenih faktora roditelji visokoneurorizične dojenčadi često neprikladno stimuliraju svoju dojenčad za razliku od majki razvojno tipične ili niskorizične dojenčadi.

Nadalje, nedonoščad, zdravstveno osjetljiva djeca i djeca male porođajne mase osobito su podložna regulacijskim izazovima u najranijem djetinjstvu. Primjerice, djecu male porođajne mase, posebice onu malu za svoju gestacijsku dob povezujemo s poteškoćama prilagodbe na ekstrauterini život, a često su pod dodatnim rizikom za nastanak ozbiljnih zdravstvenih poteškoća. Djeca male porođajne težine znatno se teže prilagođavaju organizaciji i stabiliziranju bioloških ritmova hranjenja, spavanja i buđenja (Pinjatela, 2012).

Yaarija i sur. (2018) u svom su istraživanju ispitivali sposobnosti regulacije emocija nedonoščadi tijekom interakcije s majkom prilikom implementacije testa smrznutog lica (*eng. Still-face paradigm*). Interakcija smrznutim licem često je korištena eksperimentalna paradigma u kojoj

majka i dijete sudjeluju u normalnoj interakciji licem u lice, nakon čega slijedi razdoblje mirovanja lica tijekom kojeg majka zadržava neutralan izraz lica i ne reagira na djetetovo traženje pažnje. Sudionici su uključivali 135 dijada majka-dijete: 46 izrazito prijevremeno rođene novorođenčadi (gestacijska dob 24-32 tjedna), 51 umjereno prijevremeno rođene novorođenčadi (gestacijska dob 32-34 tjedna) i 38 novorođenčadi rođene između 37-41 tjedna. Rezultati su pokazali da prijevremeno rođena djeca pokazuju manje učinkovite strategije emocionalne regulacije u usporedbi s dojenčadi rođenom u terminu. Istraživanje ukazuje na to da prijevremeno rođena djeca pokazuju manje pozitivnog afekta (npr. radost, zanimanje), više izbjegavaju pogled tijekom interakcije sa svojim roditeljima te pokazuju veću razinu uznemirenosti. Nadalje, nedonoščad manje učinkovito reorganizira svoje ponašanje nakon stresne sill-face epizode, a autori upućuju na razliku između izrazito prijevremeno rođene i umjereno prijevremeno rođene dojenčadi u sposobnostima samoumirivanja.

Olafsen i sur. (2008) istraživali su utjecaj majčinog percipiranog stresa, porođajne težine i intervencijskog programa na majčino vrednovanje regulatorne kompetencije dojenčeta u dobi od 6 do 12 mjeseci. Autori su koristili dizajn randomiziranog kontroliranog ispitivanja s uzorkom od 74 dijade majka-dijete. Intervencijski program osmišljen je za promicanje majčinske osjetljivosti i reagiranja na signale dojenčeta. Majčin percipirani stres procijenjen je pomoću upitnika za samoprocjenu, a težina pri rođenju dobivena je iz medicinske dokumentacije. Majčino vrednovanje regulatorne kompetencije dojenčeta procijenjeno je pomoću Upitnika o ponašanju dojenčadi (IBQ eng. *Infant Behavior Questionnaire*). Rezultati istraživanja pokazali su da je program intervencije imao značajan pozitivan učinak na majčino vrednovanje regulatorne kompetencije dojenčeta. Konkretno, dojenčad u intervencijskoj skupini imala je više rezultate na IBQ subskalama Fokusiranja pažnje, Umirujuće sposobnosti i Zadovoljstva niskog intenziteta u usporedbi s dojenčadi u kontrolnoj skupini. Također, utvrđeno je da majčin percipirani stres ima negativan utjecaj na majčino vrednovanje regulacijske kompetencije dojenčeta, s višim razinama percipiranog stresa povezanim s nižim rezultatima na IBQ subskalama Fokusiranja pažnje, Sposobnosti umirivanja i Zadovoljstva niskog intenziteta. Istraživanjem nije utvrđeno da porođajna težina ima značajan učinak na majčino vrednovanje regulatorne kompetencije dojenčeta.

Wolf i sur. (2002) proveli su istraživanje o neurobihevioralnom i razvojnom profilu nedonoščadi vrlo niske porođajne težine u ranom djetinjstvu. Istraživanje je uključivalo 20 novorođenčadi vrlo niske porođajne težine koja su procijenjena u dobi termina, i ponovno u dobi od tri i šest mjeseci. Autori su otkrili da prijevremeno rođena dojenčad vrlo niske porođajne težine pokazuje značajna kašnjenja u razvoju u usporedbi s donošenom dojenčadi. Konkretno, dojenčad vrlo niske porođajne težine imala je niže rezultate u mjerama motoričkih vještina, adaptivnog ponašanja i ukupnog razvoja. Prijevremeno rođena djeca pokazivala su višu razinu stresa, manje pristupačnog ponašanja u terminski očekivanoj dobi te više problema samoregulacije u dobi od 6 mjeseci. Štoviše, prijevremeno rođena dojenčad manje se osmjehivala, pokazivala višu razinu uznemirenosti, veću razdražljivost i manje uključivala kontakt očima tijekom interakcija.

2. Problem istraživanja

2.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je utvrditi odnos između razine roditeljskog stresa u majke i percepcije ranog socioemocionalnog razvoja njezinog djeteta s čimbenicima visokog neurorizika.

2.2. Problemsko pitanje

Ovim radom želi se odgovoriti na sljedeće problemsko pitanje:

P1 Postoji li povezanost između razine roditeljskog stresa u majke i percepcije ranog socioemocionalnog razvoja njezinog dojenčeta?

2.3. Hipoteza

S obzirom na istraživački problem, postavljena je sljedeća hipoteza:

H1- viša razina roditeljskog stresa u majke negativno se odražava na percepciju ranog socioemocionalnog razvoja njezinog djeteta.

3. Metode istraživanja

3.1. Sudionici istraživanja

U svrhu provedbe ovog istraživanja, uključeni su sudionici koji zadovoljavaju kriterij da su majke dojenčadi do dvanaest mjeseci starosti s čimbenicima visokog neurorizika.

3.2. Mjerni instrumenti

Za potrebe istraživanja korišteni su samokreirani socioekonomski upitnik, skala roditeljskog stresa PSS (*Parental stress scale*) (Berry i Jones, 1995) i razvojni upitnik BPSC (*Baby pediatric symptom checklist*). Prvi dio upitnika mjeri socioekonomske podatke: dob majke i djeteta, bračni status, stupanj obrazovanja, radni status, zadovoljstvo prihodima, broj djece i uključenost djeteta u programe rane razvojne podrške.

Skala roditeljskog stresa (PSS) upitnik je od 18 čestica koji procjenjuje osjećaje roditelja o njihovoj roditeljskoj ulozi, istražujući pozitivne i negativne aspekte roditeljstva. Na čestice ovog upitnika odgovara se pomoću skale Likertovog tipa od 5 stupnjeva, gdje 1 označava „Uopće se ne slažem“, a 5 označava „U potpunosti se slažem“. Niska ocjena na Skali roditeljskog stresa označava nisku razinu stresa, a visoka ocjena označava visoku razinu stresa. Međutim, prilikom izračunavanja rezultata, određene stavke (1,2,5,6,7,8,17 i 18) potrebno je obrnuti kako bi se dobio ispravan rezultat. Pritom se boduje na sljedeći način: (1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1).

BPSC je socijalno-emocionalni razvojni upitnik probira namijenjen za djecu do 18 mjeseci starosti. BPSC upitnikom ispituju se tri dimenzije: razdražljivost, nefleksibilnost i poteškoće s rutinom. Sve tri subskale sastoje se od 4 stavke. Ukupan rezultat se dobiva zbrajanjem bodova koji su namijenjeni tako da izjava “Uopće se ne odnosi” iznosi 0 bodova, “Donekle se odnosi” iznosi 1 bod, a “U potpunosti se odnosi” 2 boda. Zbroj bodova 3 ili više na bilo kojoj od 3 podljestvice ukazuje na mogućnost da je dijete u riziku za odstupanje u socioemocionalnom razvoju i da mu je potrebna daljnja procjena ili podrška.

3.3. Postupak prikupljanja podataka

Prikupljanje podataka provedeno je putem on-line verzije anketnog upitnika izrađene pomoću alata za on-line anketiranje Google Forms. Nakon izrade, molba i informirani pristanak bili su upućeni djelatnicima Dnevnog centra za rehabilitaciju djece i mladeži „Mali dom – Zagreb“, Centra za rehabilitaciju Zagreb “Podružnica Slobodina”, Poliklinike za dječje bolesti Sabol i nekolicini pedijatrijskih ordinacija Zadarske županije kako bi poveznicu ankete prosljedili svojim korisnicima/pacijentima koji su ispunjavali potrebne kriterije za sudjelovanje u istraživanju. Prije same provedbe od navedenih ustanova dobivena je etička suglasnost. U uputama anketnog upitnika ispitanici su bili informirani o svrsi istraživanja, a ispunjavanjem upitnika pristali su na sudjelovanje. Provedba istraživanja bila je u skladu s Etičkim kodeksom, zaštita osobnih podataka zajamčena te je svaki ispitanik imao mogućnost odustati u bilo kojem trenutku.

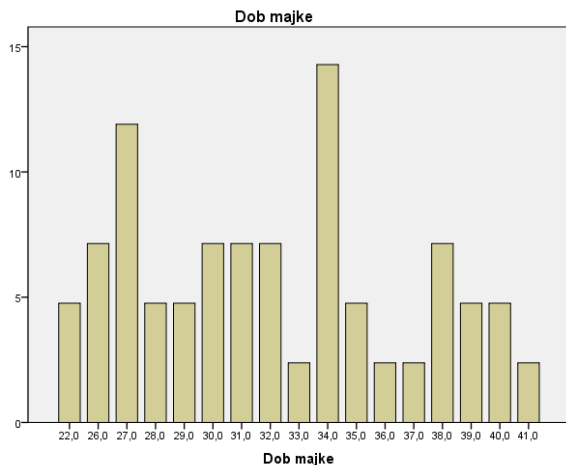
3.4. Obrada podataka

Podaci prikupljeni istraživanjem obrađeni su Statističkim programom za obradu podataka IBM SPSS. U sklopu kvantitativne metodologije korištena je deskriptivna statistika i neparametrijske statističke metode. Metodom deskriptivne statistike dobivene su frekvencije, medijani i interkvartilni rasponi sociodemografskih podataka ispitanika. Nadalje, izračunati su medijani i interkvartilni rasponi pojedinačnih čestica mjernih instrumenata, kao i ukupnih rezultata na skalama. Kako bi se ispitala povezanost ukupnih rezultata skale roditeljskog stresa i ukupnih rezultata na skali socioemocionalnog razvoja dojenčeta kao i njezinih zasebnih domena korišten je Spearmanov koeficijent korelacije s razinom statističke značajnosti manjom od 0.05 ($p < 0.05$).

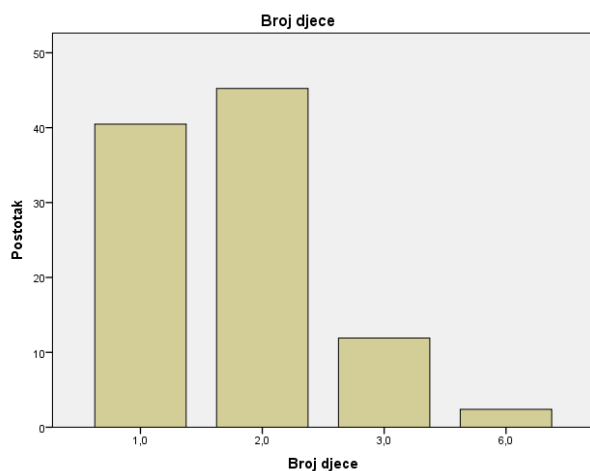
4. Rezultati

4.1. Socioekonomska obilježja ispitanika

Metodom deskriptivne statistike analizirana su socioekonomska obilježja ispitanika. U istraživanju su sudjelovale 42 majke dobi od 22. do 42. godine (Grafikon 1). Prosječna dob majki je 31.9 godina ($Q_1=27$, $Q_3=35$, $M=32$). S obzirom na broj djece, 40.5% majki ima jedno dijete, 45,2% ima dvoje djece, 11.9% troje djece, a jedna majka (2,4%) šestero djece (Grafikon 2).



Grafikon 1. raspodjela ispitanika prema dobi

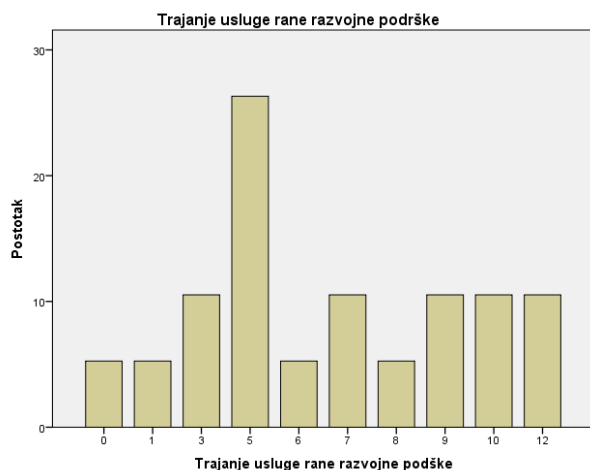


Grafikon 2. Raspodjela ispitanika prema broju djece

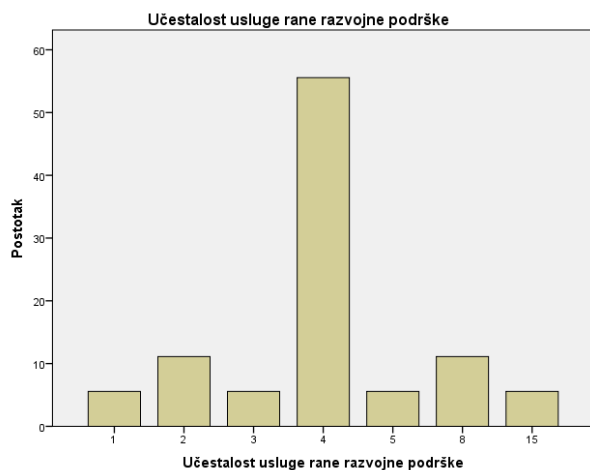
Prosječna dob dojenčadi je 7.3 mjeseca ($Q_1=3$, $Q_3=11$, $M=8$), od čega je 52.4% dojenčadi prvorođeno. Od preostale dojenčadi 75% je drugorođeno, 18.8% trećerođeno, a 6.3% je šestorođeno.

42.9% majki navodi da je uključeno u neki oblik rane razvojne podrške (rehabilitator, fizioterapeut, psiholog) s prosječnim trajanjem uključenosti od 6 mjeseci, a najviše ih pohađa u

trajanju od 5 mjeseci (Grafikon 3). Kada je riječ o učestalosti usluge, najveći broj (55.6%) pohađa usluge rane razvojne podrške 4 puta u periodu od mjesec dana (Grafikon 4).

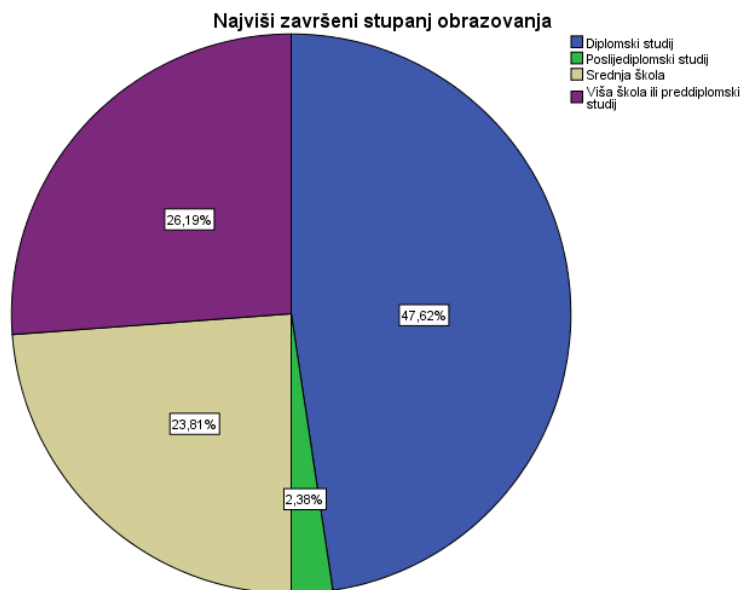


Grafikon 3. Raspodjela ispitanika prema trajanju korištenja usluge rane razvojne podrške



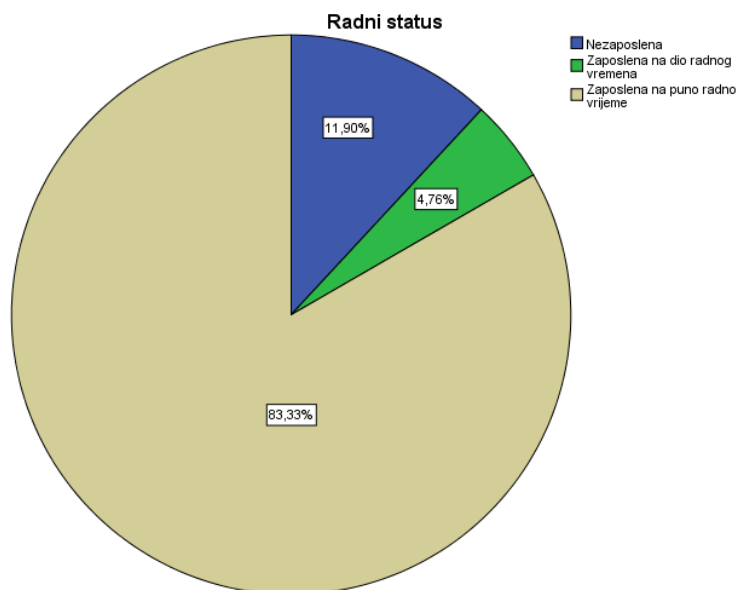
Grafikon 4. Raspodjela ispitanika prema učestalosti korištenja usluge rane razvojne podrške

S obzirom na bračni status, 88.1% majki je u braku, a 11.9% u partnerskoj zajednici. Kada je riječ o stupnju obrazovanja, najveći broj ispitanica ima završeni diplomski studij (47.6%), zatim višu školu ili preddiplomski studij (26.2%), a 23.8% ispitanica ima srednjoškolsko obrazovanje. Jedna majka ima završen poslijediplomski studij (Grafikon 5).



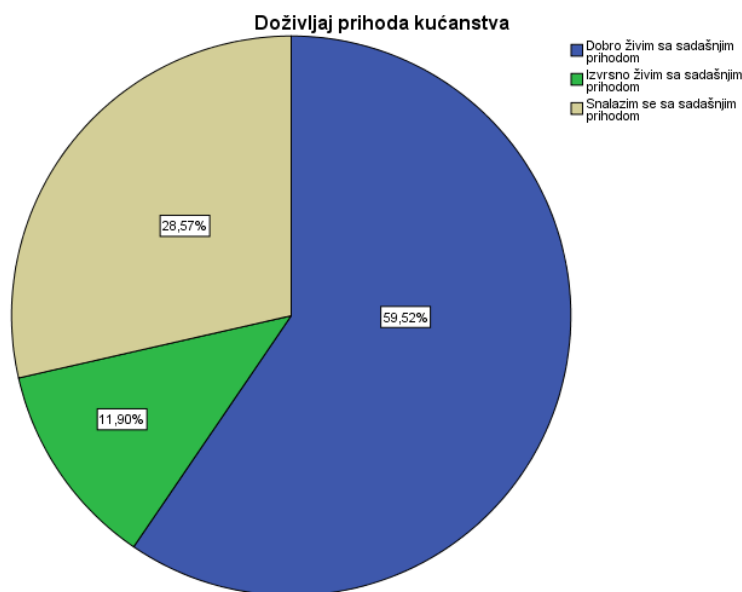
Grafikon 5. Raspodjela ispitanika prema stupnju obrazovanja

Kada je u pitanju radni status, 83.3% majki je zaposleno na puno radno vrijeme, dok ih 11.9% nezaposleno, a 4.8% zaposleno na dio radnog vremena (Grafikon 6).



Grafikon 6. Raspodjela ispitanika prema radnom statusu

Na pitanje o doživljaju prihoda kućanstva, najveći broj (59.5%) izjavljuje da dobro žive s trenutnim prihodima, 28.6% majki se snalazi sa sadašnjim prihodima, a 11.9% izvrsno živi sa trenutnim prihodom (Grafikon 7).



Grafikon 7. Raspodjela ispitanika prema doživljaju prmanja kućanstva

4.2. Skala roditeljskog stresa

U sklopu obrade podataka provedena je deskriptivna analiza varijabli na Skali roditeljskog stresa. Tablica 1. prikazuje ukupne rezultate medijana i interkvartilnih raspona rezultata za čestice skale. Prema rezultatima, roditelji prosječno najveću razinu slaganja imaju s izjavama „Ponekad se brinem činim li dovoljno za svoje dijete (djecu)“ i „Briga o mom djetetu (djeci) ponekad iziskuje više vremena i energije nego što posjedujem“. U rezultatima čestice „Ponekad se brinem činim li dovoljno za svoje dijete (djecu)“ i čestice „Briga o mom djetetu (djeci) ponekad iziskuje više vremena i energije nego što posjedujem“ dobiveni su medijan 5 s interkvartilnim rasponom 5,00-4,00. Nadalje, visoki rezultati vidljivi su na čestici „Briga o djetetu (djeci) ostavlja malo vremena i fleksibilnosti u mom životu“ čiji medijan iznosi 4 uz interkvartilni raspon 5,00-2,75. Nadalje, medijan čestice „Teško je uskladiti različite obveze zbog mog djeteta“ iznosi 4 uz interkvartilni raspon 5,00-3,00, a čestice „Osjećam se preplavljeno odgovornošću roditeljstva“ 3 s interkvartilnim raspon 4,00-2,00. Medijan čestice „Dijete (djeca)

predstavlja financijski teret“ iznosi 3 interkvartilni raspon 4.00-1.00, a jednaki rezultati vidljivi su na čestici „Glavni izvor stresa u mom životu je (su) moje(a) dijete (djeca)“. Većina majki izjavljuje da je sretna i zadovoljna u ulozi roditelja, sve bi učinila za svoju djecu, a ono im daje optimističniji pogled na budućnost. Prosječno najniže ocijenjene čestice su one koje se odnose na osjećaj bliskosti s djetetom, provođenje vremena s njim i uživanjem u njemu.

Tablica 1. Prikaz statističkih podataka za čestice *Skale roditeljskog stresa*

<i>Skala roditeljskog stresa</i>	N=42	
	Interkvartilni raspon	Medijan
1. Sretan sam u ulozi roditelja.	2.00-1.00	2.00
2. Postoji malo ili ništa što ne bih učinio za svoje dijete (djecu) kad bi to bilo potrebno.	2.00-1.00	1.00
3. Briga o mom djetetu (djeci) ponekad iziskuje više vremena i energije nego što posjedujem	5.00-4.00	5.00
4. Ponekad se brinem činim li dovoljno za svoje dijete (djecu).	5.00-4.00	5.00
5. Osjećam se blisko sa svojim djetetom (djecom).	2.00-1.00	1.00

6. Uživam provoditi vrijeme sa svojim djetetom (djecom).	2.00-1.00	1.00
7. Moje dijete (djeca) je bitan izvor ljubavi za mene	2.00-1.00	1.00
8. Imati dijete (djecu) daje mi sigurniji i optimističniji pogled na budućnost	3.00-1.00	2.00
9. Glavni izvor stresa u mom životu je (su) moje(a) dijete (djeca).	4.00-1.00	3.00
10. Briga o djetetu (djeci) ostavlja malo vremena i fleksibilnosti u mom životu.	5.00-2.75	4.00
11. Dijete (djeca) predstavlja financijski teret.	4.00-1.00	3.00
12. Teško je uskladiti različite obveze zbog mog djeteta	5.00-3.00	4.00
13. Ponašanje mog djeteta (djece) je često sramotno ili stresno za mene.	3.00-1.00	1.00
14. Kad bih to morala ponoviti možda bih odlučila ne imati	2.00-1.00	1.00

djecu.		
15. Osjećam se preplavljeno odgovornošću roditeljstva.	4.00-2.00	3.00
16. Imati dijete (djecu) značilo je imati premalo izbora i premalo kontrole nad svojim životom.	2.25-1.00	1.00
17. Zadovoljna sam kao roditelj	2.25-1.00	2.00
18. Smatram da mogu uživati u svojem djetetu (djeci).	2.00-1.00	1.00

Nadalje, medijan ukupnih rezultata na *Skali roditeljskog stresa* iznosi 42.50 uz interkvartilni raspon 51.25-34.75. Minimalan rezultat na skali iznosio je 21,00, a maksimalni 70,00 bodova. Najveći broj (9,4%) ispitanika postiže rezultat od 35 bodova na skali.

Metodom deskriptivne statistike analizirane su i čestice *Baby pediatric symptom checklist* skale. Tablica 3. sadrži medijan i interkvartilne raspone svih čestica skale. Iz rezultata vidimo da prosječno najviši rezultat nosi čestica „Je li Vašem djetetu teško nositi se s promjenom?“ s medijanom 1 i interkvartilnim rasponom 1.25-0.00. Zatim, čestica „Je li Vam teško osigurati dovoljno sna zbog Vašeg djeteta? Čiji medijan iznosi 1 uz interkvartilni raspon 2.00-0.00. Medijan čestice „Smeta li Vašem djetetu da ga drže drugi ljudi“ iznosi 1 uz interkvartilni raspon 1.00-0.00. Na varijabli „Plače li Vaše dijete puno“ dobiven je medijan 1 uz interkvartilni raspon 1.00-0.00. Medijani ukupnih rezultata za čestice „Je li teško uspavati Vaše dijete?“ i „Je li Vaše dijete nervozno i razdražljivo?“ iznosi 1 (1.00-0.00). Niži prosječni rezultat ima čestica „Je li Vašem djetetu teško biti s novim ljudima?“ s medijanom 0,50 (1.00-0.00). Nadalje, većina majki

izjavljuje da njihovo dojenče nema poteškoća s novim mjestima i spavanjem te ga nije teško utješiti.

Tablica 3. Prikaz statističkih podataka za čestice *BPSC* skale

<i>Baby pediatric symptom checklist</i>	N=42	Interkvartilni raspon	Medijan
1. Je li Vašem djetetu teško biti s novim ljudima?		1.00-0.00	0.50
2. Je li Vašem djetetu teško biti na novim mjestima?		1.00-0.000	0.00
3. Je li Vašem djetetu teško nositi se s promjenom?		1.25-1.00	1.00
4. Smeta li Vašem djetetu da ga drže drugi ljudi?		1.00-0.00	1.00
5. Plače li Vaše dijete puno?		1.00-0.00	1.00
6. Je li Vašem djetetu teško smiriti se?		1.00-0.00	0.00
7. Je li Vaše dijete nervozno i razdražljivo		1.00-0.00	1.00
8. Je li teško utješiti Vaše dijete?		1.00-0.00	0.00
9. Je li se Vaše dijete teško pridražava rasporeda i rutina?		1.00-0.00	0.00

10. Je li teško uspavat Vaše dijete?	1.00-0.00	0.00
11. Je li Vam teško osigurati dovoljno sna zbog Vašeg djeteta?	2.00-0.00	1.00
12. Ima li Vaše dijete poteškoća sa spavanjem?	1.00-0.00	0.00

Provođenjem deskriptivne analize, dobiveni su statistički podaci ukupnih rezultata na skali. Medijan ukupnih rezultata na skali iznosi 6.50 uz interkvartilni raspon 12.00-2.75. Najniži rezultat iznosio je 0 bodova, a najviši 24 boda.

4.3. Povezanost razine roditeljskog stresa i percepcije socioemocionalnog razvoja dojenčeta

Za ispitivanje povezanosti izračunat je Spearmanov koeficijent korelacije između ukupnog rezultata na Skali roditeljskog stresa i BPSC skali.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da postoji umjerena pozitivna povezanost između roditeljskog stresa majke i percepcije socioemocionalnog razvoja njezinog dojenčeta ($r=0.491$, $p<0.05$), što znači da je viša razina roditeljskog stresa povezana s negativnom percepcijom djetetovog socioemocionalnog razvoja.

Tablica 5. korelacija između roditeljskog stresa i percepcije socioemocionalnog razvoja djeteta

Percepcija socioemocionalnog razvoja	
Spearmanov	
Koeficijent	,491**
Korelacije (ρ)	
Roditeljski stres	
p	.001

**P<.01

Uzimajući u obzir povezanost razine roditeljskog stresa s pojedinim domenama na BSCP skali, utvrđena je umjerena pozitivna povezanost između roditeljskog stresa i nefleksibilnosti dojenčeta ($r=0.421$, $p<0.01$). Nadalje, dokazana je umjerena pozitivna povezanost između roditeljskog stresa i razdražljivosti dojenčeta ($r=0.328$, $p<0.05$). Naposljetku, umjerena pozitivna povezanost dobivena je i između ukupnog rezultata roditeljskog stresa i domene koja ispituje poteškoće s rutinama ($r=0.448$, $p<0.01$).

Tablica 6. Korelacija između roditeljskog stresa i subskala *Baby Pediatric Symptom checklist*

	Domene na Baby pediatric symptom checklist	Nefleksibilnost	Razdražljivost	Poteškoće s rutinama
	Spearmanov			
	Koeficijent	.421**	.328*	.448**
Roditeljski stres	Korelacije (ρ)			
	p	.006	.034	.003

**razina statističke značajnosti $p < .01$

*razina statističke značajnosti $p < .05$

5. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos između razine roditeljskog stresa u majke i percepcije ranog socioemocionalnog razvoja njezinog djeteta s čimbenicima visokog neurorizika.

Istraživanjem je potvrđena hipoteza da se viša razina roditeljskog stresa u majke negativno odražava na percepciju ranog socioemocionalnog razvoja njezinog djeteta. Konkretno, viša razine majčinskog stresa bila je povezana s nefleksibilnošću, razdražljivosti i poteškoćama s rutinama kod dojenčeta. Ovi su rezultati u skladu s prethodnim istraživanjima koji su pokazali da

majčin stres može negativno utjecati na socioemocionalnu domenu razvoja djeteta, osobito kod visokorizične dojenčadi. Majčin stres može dovesti do manje osjetljivog ponašanja u skrbi, što zauzvrat utječe na razvoj djeteta. Mnoga istraživanja pokazuju povezanost između osjetljivog ponašanja majke u dijadičkim razmjenama s boljim socioemocionalnim razvojem (Behrendt i sur., 2019). Zbog malog broja istraživanja koja se bave povezanošću roditeljskog stresa i socioemocionalnog razvoja visokoneurorizične dojenčadi, navedena su istraživanja sa sličnim ciljevima.

Watts i sur. (2016) u svom su istraživanju uključili uzorak od 81 dijade majki i njihove dojenčadi, pri čemu su majke ispunjavale upitnike o roditeljskom stresu i procjeni roditeljskog iskustva. Socijalno-emocionalni razvoj dojenčadi procijenjen je pomoću skale *Bayley Scales of Infant and Toddler Development*. Rezultati su potvrdili hipotezu pokazavši da su psihološki stres majke i negativna procjena roditeljskog iskustva značajni prediktori lošeg socijalno-emocionalnog razvoja dojenčadi. Majčina procjena svog roditeljskog iskustva kao manje ispunjavajućeg i više depresivnog te niže samopouzdanje u roditeljstvu bilo je povezano s nižim djetetovim socijalno-emocionalnim ishodom.

Rezultati istraživanja koje su proveli Schumcker i sur. (2005) nalažu da razina anksioznosti majke ovisi o gestacijskoj dobi prijevremeno rođenog djeteta. Konkretno, što je gestacijska dob niža to je majka imala više rezultate na skali anksioznosti. Također, razina anksioznosti je ovisila i o neonatalnom riziku. Majke dojenčadi s višim neonatalnim rizikom bile su anksioznije. Nadalje, rezultati ovog istraživanja potvrđuju da visoka razina majčine anksioznosti ne pogoduju pozitivnim interakcijama majka-dijete. Ujedno, procijenjen neurobiološki rizik dojenčeta u prvim tjednima njegova života ima negativan utjecaj na interakciju majka-dijete, ali taj je učinak bio manje jak od učinka majčine tjeskobe.

Jedan od ciljeva istraživanja Sidor i sur. (2013) bio je utvrditi utjecaj roditeljskog stresa majke na daljnji razvoj četveromjesečnog djeteta. Iako majčin stres nije predstavljao prediktor razvoja na socijalnoj domeni kod dojenčadi s 12 mjeseci, Sidor i sur. (2013) istraživanjem pronalaze povezanost između regulacijskih poremećaja, to jest problema s plaćem i spavanjem kod četveromjesečne dojenčadi s povećanim razinama majčinog stresa i disfunkcionalnošću interakcije majka-dijete. Autori su utvrdili jaku povezanost između razine stresa kod majke i

stupnja disfunkcionalnosti interakcije majka-dijete. Rezultati navedenog istraživanja naglašavaju transakcijsku prirodu "trijade simptoma" između problema djeteta s disregulacijom ponašanja, pojave disfunkcionalnih obrazaca interakcije između djeteta i primarnog skrbnika i razine stresa roditelja.

Muller-Nix i sur. (2004) u svom su istraživanju proučavali stres majke, perinatalni rizik i kvalitetu interakcije majka-dijete. U interakcijskim karakteristikama majke proučavali su osjetljivost, kontrolu i reagiranje na djetetove signale, a u djetetovim suradljivošću, kompulzivnu-poslušnost i pasivnost. Razina majčinog stresa procijenjena je Upitnikom za perinatalni posttraumatski stresni poremećaj (PPQ), a perinatalni rizični čimbenici djeteta procijenjeni su Perinatalnim popisom rizika (PERI). Rezultati istraživanja pokazali su znatno manju razinu stresa kod majki zdrave dojenčadi rođene u terminu, za razliku od majki visokorizične dojenčadi. Nadalje, osjetljivost majki visokoneurorizične dojenčadi i majka s visokom razinom stresa u perinatalnom periodu bila je značajno niža u usporedbi s majkama dojenčadi rođene u terminu, a majčinska kontrola značajno viša u usporedbi s majkama niskorizične djece i djece rođene u terminu. Slične rezultate dobili su Schermann-Eizirik i sur. (1997), koji su primijetili značajno manju osjetljivost i manje interaktivno uključivanje majke visokorizične dojenčadi rođene u terminu u usporedbi s majkama zdrave donošene djece u 4. i 6. mjesecu djetetovog života. Zatim, u istraživanju od Singer i sur. (1999), majke visokorizične dojenčadi vrlo niske porođajne mase, imale su više rezultate na skali roditeljskog stresa i smatrale svoje dijete zahtjevnijim od majki niskorizične dojenčadi vrlo niske porođajne mase. Navedena istraživanja potvrđuju da ozbiljnost zdravstvenog stanja dojenčeta dovodi do njegovog suboptimalnog interaktivnog ponašanja i povećanih problema majčinog mentalnog zdravlja (stres, depresija, uznemirenost i anksioznost). Ti čimbenici, posljedično, mogu negativno utjecati na interaktivno ponašanje majki (Røhder i sur., 2021).

Potrebno je navesti i ograničenja provedenog istraživanja. Jedno od ograničenja ovog istraživanja malena je veličina uzorka većinom uzeta iz centara za rehabilitaciju i poliklinika čime se smanjuje mogućnost reprezentativnosti i generalizacije rezultata na cijelu populaciju. Nadalje, iako online anketiranje pruža anonimnost i pretpostavlja se veća iskrenost u odgovaranju, treba uzeti u obzir mogućnost da su majke davale socijalne poželjne odgovore prilikom ispunjavanja upitnika. Ovo ispitivanje nije uključivalo ispitanike prema vrsti čimbenika

neurorizika. Stoga, za daljnja bi ispitivanja bilo vrijedno kada bi se uzela u obzir isključivo djeca s čimbenicima visokog neurorizika rođena u terminu, s obzirom na to da se većina provedenih istraživanja odnosi na prijevremeno rođenu djecu ili djecu niske porođajne težine bez većih neuroloških rizika.

6. Zaključak

Posljednjih godina raste interes za utjecaj roditeljskog stresa na razvoj dojenčadi. Ovo istraživanje imalo je za cilj istražiti odnos između roditeljskog stresa kod majki i socioemocionalnog razvoja visokoneurorizične dojenčadi.

U ovom radu govori se o roditeljskom stresu kod majke visokoneurorizičnog dojenčeta i njezinoj percepciji socioemocionalnog razvoja djeteta. Konkretno, rezultati pokazuju da majke koje doživljavaju visoku razinu stresa imaju percepciju o lošijem socioemocionalnom razvoju svog djeteta. Ovi su rezultati u skladu s prethodnim istraživanjima koji su identificirali stres kao značajan čimbenik rizika za razvoj djeteta i naglašava važnost rješavanja problema stresa kod roditelja, posebice majki, kao ključnog čimbenika u promicanju optimalnog razvoja dojenčadi.

Dobro je utvrđeno da rana životna iskustva, uključujući interakcije roditelj-dijete, igraju ključnu ulogu u oblikovanju razvoja dojenčadi. Osobito su visokorizična dojenčad osjetljiva na nepovoljne ishode zbog izazovnih okolnosti u kojima se nalaze, a stres roditelja može dodatno pogoršati te rizike. Ovo istraživanje pridonosi spoznajama koje pokazuju važnost rješavanja roditeljskog stresa u kontekstu promicanja zdravog razvoja dojenčadi. Nadalje, istraživanja koja su se osvrnula na utjecaj roditeljskog stresa imaju važne implikacije za pružatelje usluga rane razvojne podrške koji rade s visokoneurorizičnom dojenčadi i njihovim obiteljima. Upravo oni imaju ključnu ulogu u prepoznavanju majki koje doživljavaju visoku razinu stresa i pružanju im odgovarajuću podršku.

7. Popis literature

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum.
2. Bell, S.M., & Ainsworth, M.D. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, **43**, 1171–1190.
3. Begovac, I. (2021a). Razvojna razdoblja kore velikog mozga i razvoj mentalnih procesa. U Begovac, I. (ur.). *Dječja i adolescentna psihijatrija* (str. 16-35). (Urednička knjiga): Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>.
4. Begovac, I.(2021b). Pregled razvoja ličnosti-teorijski modeli 1. U Begovac, I. (ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija* (str. 57-74). (Urednička knjiga): Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>.
5. Begovac, I (2021c). Pregled razvoja ličnosti - teorijski modeli 2. U Begovac, I. (ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija* (str. 77-89).(Urednička knjiga): Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>.
6. Begovac, I. (2021d). Dijagnostički proces u novorođenčeta, dojenčeta, u dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi. U Begovac, I. (ur.), *Dječja i adolescentna psihijatrija* (str. 239- 262). (Urednička knjiga). Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>.
7. Begovac, I. (2021e). Poremećaji u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“, te u predškolskoj dobi. U Begovac, I. (ur.), *Dječja i adolescentna psihijatrija* (str. 457- 469). (Urednička knjiga). Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>.
8. Behrendt, H. F., Scharke, W., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., & Firk, C. (2019). Like mother, like child? Maternal determinants of children's early social-emotional development. *Infant mental health journal*, **40**(2), 234–247. <https://doi.org/10.1002/imhj.21765>

9. Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 5–19. <https://doi.org/10.2307/352833>
10. Berc, G. (2012). Obiteljska otpornost – teorija i primjena koncepta u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 145-167. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/82978>
11. Berk, L. E. (2008) Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Berk, L.E. (2015). Dječja razvojna psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Berry, J. D., & Jones, W, H. (1995) The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
14. Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.002>
15. Bošnjak-Nadž, K., Mejaški-Bošnjak, V., Miočinović, L.P., Ahmetašević, S.G., Đaković, I., & Mladin, M.Č. (2011). Rano otkrivanje neurorizične djece i uključivanje u rane rehabilitacijske programe. *Paediatrica Croatica*, 55, 75-81.
16. Brajša-Žganec, A. (2003.). *Dijete i obitelj: emocionalni i socijalni razvoj*. Jastrebarsko: Naklada Slap
17. Buljat, I. (2021). *Roditeljski stres, strategije suočavanja i prilagodba roditelja djece s teškoćama u razvoju (Diplomski rad)*. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:256401>
18. Canterbury, M., & Gillath, O. (2013). Neural evidence for a multifaceted model of attachment security. *International Journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 88(3), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.08.013>
19. Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61(5), 1628–1637. <https://doi.org/10.2307/1130770>
20. Čturić, N. (2001). *Psihomotorički razvoj djeteta u prve dvije godine života : s normama razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
21. Deater-Deckard K.(2005). Parenting stress and children's development: introduction to the special issue. , 14(2), 111–115. doi:10.1002/icd.383

22. Delale, E.A. (2011). Povezanost doživljaja roditeljske kompetentnosti i emocionalne izražajnosti s intenzitetom roditeljskog stresa majki. *Psihologijske teme*, 20 (2), 187-212. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/74206>
23. Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 958–966. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.6.958>
24. Fadda, R., & Lucarelli, L. (2017). Mother-Infant and Extra-Dyadic Interactions with a New Social Partner: Developmental Trajectories of Early Social Abilities during Play. *Frontiers in psychology*, 8, 436. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00436>
25. Feldman R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: Physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental psychology*, 42(1), 175–188. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.1.175>
26. Festante, F., Antonelli, C., Chorna, O., Corsi, G., & Guzzetta, A. (2019). Parent-Infant Interaction during the First Year of Life in Infants at High Risk for Cerebral Palsy: A Systematic Review of the Literature. *Neural plasticity*, 2019, 5759694. <https://doi.org/10.1155/2019/5759694>
27. Fogel, A. , Garvey, A. (2007). Alive communications. *Infant Behavior & Development*, 30, 251-257.
28. Giaconi, M. (2018). Osnaživanje obitelji djeteta dojenačke dobi (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:865260>
29. Greene, J. G., Fox, N. A., & Lewis, M. (1983). The Relationship between Neonatal Characteristics and Three-Month Mother-Infant Interaction in High-Risk Infants. *Child Development*, 54(5), 1286–1296. <https://doi.org/10.2307/1129682>
30. Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 96(7), 622–629. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312>
31. Hofacker, N.V., & Papoušek, M. (1998). Disorders of excessive crying, feeding, and sleeping: the munich interdisciplinary research and intervention program. *Tradition*, 19, 180-201.

32. Hrkać, A. (2021). Usporedba stručnjačke i roditeljske percepcije roditeljskog ponašanja i roditeljskog stres kod roditelja djece rane dobi urednog i rizičnog razvojnog obrasca (Završni specijalistički). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:810968>
33. Kelly, J., & Barnard, K. (2000). Assessment of Parent–Child Interaction: Implications for Early Intervention. In E. Zigler (Author) & J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 258-289). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511529320.014
34. Kim J. S. (2011). Excessive crying: behavioral and emotional regulation disorder in infancy. *Korean journal of pediatrics*, 54(6), 229–233. <https://doi.org/10.3345/kjp.2011.54.6.229>
35. Kim, S. and Kochanska, G. (2012), Child Temperament Moderates Effects of Parent–Child Mutuality on Self-Regulation: A Relationship-Based Path for Emotionally Negative Infants. *Child Development*, 83: 1275-1289. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01778.x>
36. Kiss, M., Fecete, G.L., Pop, M., & Susa, G. (2014). Early Childhood Self-Regulation in Context: Parental and Familial Environmental Influences.
37. Klarin, M., & Đerđa, V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis Socijalnog Rada*, 21, 243-262.
38. Kopp, C.B. (2001). Self – regulation in children. U: Smesler, J., Baltes, P.B., *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Oxford, UK.
39. Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164–173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>
40. Landgren, K., & Hallström, I. (2011). Parents' experience of living with a baby with infantile colic--a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), 317–324. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x>
41. Lipovac, T. (2018). Privrženost i emocionalni razvoj djece (Završni rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:026941>
42. Ljubešić, M. (2005) Stimulacija emocionalnog razvoja djece. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 1 (2).

43. Ljubetić, M. (2007) *Biti kompetentan roditelj*. Zagreb, Mali profesor.
44. Ljuština, N. (2016). Uloga privrženosti i percepcije majčinog roditeljskog stila u objašnjenju kćerina pružanja brige (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:676772>
45. Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme*, 21 (1), 61-82. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/81809>
46. Mahoney, F. P. (2009). The relationship between parenting stress and maternal responsiveness among mothers of children with developmental problems. Dostupno na: <https://www-proquest-com.ezproxy.nsk.hr/docview/304860957?accountid=47665>
47. Majić, G. (2011). Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla.
48. Margalit, M., & Heiman, T. (1986). Family Climate and Anxiety in Families with Learning Disabled Boys. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 841–846. doi:10.1016/s0002-7138(09)60204-1
49. Matijević, V. (2015). Neurorizično dijete. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 27 (1-2), 133-142. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/150778>
50. Mejaški-Bošnjak, V. (2007). Neurološki sindromi dojenačke dobi i cerebralna paraliza.
51. Mejaški-Bošnjak V., Lončar L. i Konjarik Z. (2016) Prikaz instrumenata za praćenje ranog razvoja djeteta, te procjena primjenjivosti na razini primarne zdravstvene zaštite, *Paediatrica Croatica*, 60, 146-151.
52. Milardović, A., Bilić Čače, I. i Smrkulj, D. (2021). Dugoročne komplikacije prijevremenog rođenja. *Medicina Fluminensis*, 57 (3), 228-235. https://doi.org/10.21860/medflum2021_261183
53. Milić Babić, M., Laklija, M. (2013). Strategije suočavanja kod roditelja djece predškolske dobi s teškoćama u razvoju. *Socijalna psihijatrija*, 41(4), 215-225. <https://hrcak.srce.hr/157157>.
54. Modrušan Mozetič, Z. (2005). Djeca sa smetnjama u razvoju u sustavu zdravstvene zaštite. *Medicina*, 42(41). (1), 13-24. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:387633>
55. Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early human development*, 79(2), 145–158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>

56. Obradović, J. i Čudina-Obradović, M. (2003). Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 10 (1), 45-68. <https://doi.org/10.3935/rsp.v10i1.139>
57. Olafsen, K. S., Kaaresen, P. I., Handegård, B. H., Ulvund, S. E., Dahl, L. B., & Rønning, J. A. (2008). Maternal ratings of infant regulatory competence from 6 to 12 months: influence of perceived stress, birth-weight, and intervention: a randomized controlled trial. *Infant behavior & development*, 31(3), 408–421. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.12.005>
58. Papić, Iva. (2017). Odrednice psihomotoričkog razvoja neurorizične djece. Specijalistički rad. Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju.
59. Papousek, Mechthild; Papousek, Hanus (1990). Excessive infant crying and intuitive parental care: Buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Development and Care*, 65(1), 117–126. doi:10.1080/0300443900650114
60. Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2007). Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the First Years of Life: Early Risks and Intervention in the Developing Parent-Infant Relationship. *Zero to Three*.
61. Perry, A. (2004). A model of stress in families of children with developmental disabilities: Clinical and research applications. *Journal on developmental disabilities*, 11(1), 1-16.
62. Pinjatela, R. (2012) Samoregulacija u ranom djetinjstvu. *Paediatrica Croatica*, 56, 237-242.
63. Pritzlaff, M. (2001). Examine the coping strategies of the parents who have children with disabilities. Master Thesis. The Graduate College. University of Wisconsin-Stout.
64. Profaca, B. (2002): Roditeljski stres i neke karakteristike emocionalnog i socijalnog razvoja djeteta predškolske dobi. (Magistarski rad). Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb
65. Profaca, B. I Arambašić, L. (2004). Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa. *Suvremena psihologija*, 7(2), 243–260.
66. Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., Swinton, M., Zhu, B., & Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6), e626–e636. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1689>

67. Reić Ercegovac, I. (2011). Neki prediktori doživljaja roditeljstva majki i očeva djece dojenačke dobi. *Napredak*, 152 (2), 267-288. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/82737>
68. Røhder, K., Willerslev-Olsen, M., Nielsen, J. B., Greisen, G., & Harder, S. (2021). Parent-Infant Interactions Among Infants With High Risk of Cerebral Palsy: A Protocol for an Observational Study of Infant and Parental Factors for Dyadic Reciprocity. *Frontiers in psychiatry*, 12, 736676. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.736676>
69. Sansavini, A., Zavagli, V., Guarini, A., Savini, S., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2015). Dyadic co-regulation, affective intensity and infant's development at 12 months: A comparison among extremely preterm and full-term dyads. *Infant behavior & development*, 40, 29–40. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.03.005>
70. Schermann-Eizirik, L., Hagekull, B., Bohlin, G., Persson, K., & Sedin, G. (1997). Interaction between mothers and infants born at risk during the first six months of corrected age. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 86(8), 864–872. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb08613.x>
71. Schmücker, G., Brisch, K. H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H., & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant mental health journal*, 26(5), 423–441. <https://doi.org/10.1002/imhj.20066>
72. Sidor, A., Fischer, C., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2013). Influence of early regulatory problems in infants on their development at 12 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-35>
73. Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281(9), 799–805. <https://doi.org/10.1001/jama.281.9.799>
74. Trdin, R. (2021). Utjecaj roditeljskog stresa na razvoj samoregulacije u djetinjstvu (Završni rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:839596>

75. Vranjican, D., Prijatelj, K. i Kuculo, I. (2019). Čimbenici koji utječu na pozitivan socio-emocionalni razvoj djece. *Napredak*, 160 (3-4), 319-338. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/231177>
76. Watts, S.E., Oburu, P., Lah, S., Rhodes, P., & Hunt, C. (2018). Maternal psychological distress and appraisal of parenting experience predict social-emotional development of Kenyan infants. *Early Child Development and Care*, 188, 1045 - 1054.
77. Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., & Gullotta, T. P. (Eds.). (2015). Social and emotional learning: Past, present, and future. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg, & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (pp. 3–19). The Guilford Press.
78. Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R., & Weisberg, D. (2017). Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature. *Journal of child and family studies*, 26(11), 2960–2978. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5>
79. Wolf, MJ., Koldewijn, K., Beelen, A., Smit, B., Hedlund, R., de Groot, IJM. (2002). Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91, 930-8.
80. Yaari, Maya; Rotzak, Natalie Lisette; Mankuta, David; Harel-Gadassi, Ayelet; Friedlander, Edwa; Eventov-Friedman, Smadar; Bar-Oz, Benjamin; Zucker, David; Shinar, Oren; Yirmiya, Nurit (2018). Preterm-infant emotion regulation during the still-face interaction. *Infant Behavior and Development*, 52(), 56–65.

6. Prilozi:

INFORMIRANI PRISTANAK NA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

NASLOV (NAZIV) ISTRAŽIVANJA

Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika

IME I PREZIME VODITELJA ISTRAŽIVANJA (ISPITIVAČA)

Nuša Kapović

Pod vodstvom supervizorica doc.dr.sc. Ana Katušić

Poštovani,

željeli bismo Vas zamoliti za odobrenje da budete uključeni u istraživanje pod nazivom *Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika*

u kojem se ispituje odnos između roditeljskog stresa u majke i njezina percepcija djetetovog socioemocionalnog razvoja.

Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada na Odsijeku za motoričke poremećaje, kronične bolesti i art-terapije Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta u Zagrebu.

Molimo Vas pažljivo pročitajte ovaj Informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju u kojem se objašnjava zašto se ispitivanje provodi.

U slučaju da ne razumijete bilo koji dio Informiranog pristanka molimo Vas da se za objašnjenje obratite ispitivaču u istraživanju.

Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju je dobrovoljno i možete se u bilo kojem trenutku povući iz istraživanja.

PODACI O ISTRAŽIVANJU

Navedeno ispitivanje provodi se u svrhu izrade diplomskog rada, čija je tema *Roditeljski stres u majke i socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika*. Cilj istraživanja je utvrditi odnos između razine roditeljskog stresa u majke i percepciju ranog socioemocionalnog razvoja njezinog djeteta. Ispitivanje se provodi putem google obrasca koji se sastoji od tri upitnika: Socio-demografski upitnik, Upitnik roditeljskog stresa i Upitnik socioemocionalnog razvoja djeteta

MOGUĆI RIZICI I NEUGODNOSTI! Ovo istraživanje ne uključuje nikakav rizik osim uobičajenog svakodnevnog rizika.

MOGUĆE KORISTI: Moguće koristi za društvo od ovog istraživanja je doprinos u definiranju odnosa između roditeljskog stresa majke i ranog socioemocionalnog razvoja dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika.

POVJERLJIVOST I ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA

Osobni podaci ispitanika bit će pohranjeni na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu, anonimno, pod kodom/šifrom ispitanika, sve do finalizacije diplomskih radova. Pristup podacima imat će isključivo autorica diplomskih radova te njena supervizorica

KORIST ZA ISTRAŽIVAČA

Rezultati istraživanja biti će korišteni u svrhu izrade diplomskog rada.

TKO JE ODOBRILO OVO ISTRAŽIVANJE

DOBROVOLJNO SUDJELOVANJE

Sudjelovanje u ovome istraživanju je u potpunosti dobrovoljno. Ukoliko sudjelovati u istraživanju u bilo kojem trenutku možete prekinuti svoje sudjelovanje u njemu Naglašavamo da imate puno pravo povući se iz istraživanja u bilo kojem trenutku i iz bilo kojeg razloga.

PITANJA O ISPITIVANJU I KONTAKT PODACI

Za dodatna pitanja o samom istraživanju možete se obratiti ispitivači i/ili supervizorici.

Ime i prezime ispitivača: Nuša Kapović

Adresa ispitivača: nusakapovic31@gmail.com

Supervizor ispitivanja: doc.dr.sc. Ana Katusić

Adresa supervizora: ana.katusic@erf.unizg.hr

Rješavanjem obrasca ispitanik pristaje na sudjelovanje u ovom ispitivanju.

CENTAR ZA REHABILITACIJU ZAGREB
ORLOVAC 2
ETIČKO POVJERENSTVO

Klasa: 130-01/22-01/314
Ur. broj: 738-01-08/02-22-2

Predmet: Odluka Etičkog povjerenstva o provođenju istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada na temu „Roditeljski stres u majke i rani socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika“

Etičko povjerenstva Centra za rehabilitaciju Zagreb (u daljnjem tekstu Etičko povjerenstvo) na dopisnoj sjednici dana 28. 11. 2022. godine donosi:

ODLUKU

Istraživanje pod naslovom: „Roditeljski stres u majke i rani socioemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika“ nije protivno Etičkom kodeksu Centra za rehabilitaciju Zagreb. Etičko povjerenstvo daje **pozitivno mišljenje za njegovo provođenje**.

OBRAZLOŽENJE

Etičko povjerenstvo je dana 25.11. 2022. zaprimilo zahtjev za procjenom etičnosti navedenog istraživanja koje je Centru za rehabilitaciju Zagreb uputila Nuša Kapović, studentica Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta u Zagrebu. Svi članovi Etičkog povjerenstva su razmotrili dostavljenu dokumentaciju i jednoglasno utvrdili da istraživanje nije protivno načelima propisanim Etičkim kodeksom Centra za rehabilitaciju Zagreb.

Istraživač se obvezuje da će prilikom provođenja istraživanja:

1. prikupiti informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju od strane ispitanica
2. omogućiti povlačenja iz istraživanja u bilo kojem trenutku njegove provedbe.

U Zagrebu, 28. 11. 2022.

Zrinka Katarina Stepić, prof. psih.
Predsjednica Etičkog povjerenstva





Dnevni centar za rehabilitaciju djece i mladeži „Mali dom-Zagreb“
Baštijanova 1d, 10 000 Zagreb, Hrvatska
tel: 01/6521 096, 01/3746 500; fax: 01/6521 099
IBAN Žiro račun: HR962360001102070932
MB: 2099705 OIB: 71812732448

Zagreb, travanj, 2022.

POTVRDA O ODOBRENJU PROVEDBE ISTRAŽIVANJA

Etičko povjerenstvo Dnevnog centra za rehabilitaciju djece i mladeži „Mali dom - Zagreb“, Baštijanova 1d,

odobrilo je provođenje ispitivanja u svrhu izrade diplomskog rada Nuše Kapović na temu “Roditeljski stres u majke i sociemocionalni razvoj dojenčeta s čimbenicima visokog neurorizika”.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

Marija Naglič, mag. psych.

e-mail: malidom@malidom.hr