

Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u roditelja

Balić, Lidija

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:937898>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-20**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**POVEZANOST KVALITETE ŽIVOTA, SOCIJALNE
PODRŠKE I DEPRESIVNOSTI U RODILJA**

Diplomski rad

Lidija Balić

Mentor: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2015.

Sadržaj

Uvod	1
Depresivnost i postporođajna depresija.....	2
Kvaliteta života	5
Socijalna podrška	7
Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u roditelja	8
Cilj.....	11
Problemi i hipoteze.....	11
Metoda.....	12
Sudionici.....	12
Instrumenti	12
Postupak	13
Rezultati	14
Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka	14
Deskriptivna statistika	14
Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti.....	15
Predviđanje depresivnosti nakon poroda na temelju mjere socijalne podrške, domene psihičkog zdravlja i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli	16
Rasprava	20
Povezanost kvalitete života, depresivnosti i socijalne podrške	20
Predviđanje depresivnosti nakon poroda na temelju mjere socijalne podrške, domene psihičkog zdravlja i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli	22
Doprinos i ograničenja rada te implikacije i smjernice za buduća istraživanja	23
Zaključak.....	24
Literatura	26
Prilozi	30
Prilog 1. Sociodemografski upitnik.....	30
Prilog 2. Tablica interkorelacija	33

Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u roditelja

Sažetak:

Cilj ovoga istraživanja bio je ispitati odnos kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u roditelja unutar nekoliko dana nakon poroda, te provjeriti mogućnost predviđanja postporođajne depresivnosti na temelju socijalne podrške, domena kvalitete života i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli. U istraživanju su sudjelovale roditelje ($N = 101$) smještene na Odjelu za ženske bolesti i porodništvo Opće županijske bolnice Vinkovci. Korišteni instrumenti su WHOQOL-BREF za mjerenje kvalitete života, Ljestvica socijalne podrške (LJSP) za mjerenje percipirane socijalne podrške, Edinburška skala postnatalne depresivnosti (EPDS) za mjerenje prisutnosti simptoma depresije te Upitnik sociodemografskih i zdravstvenih varijabli. Rezultati ukazuju da postoji statistički značajna povezanost između socijalne podrške i svih domena kvalitete života, osim domene fizičko zdravlje. Povezanost između depresivnosti i ukupne kvalitete života te depresivnosti i domene socijalne veze nije utvrđena, dok je depresivnost statistički značajno negativno povezana s domenama fizičko i psihičko zdravlje te s domenom okolina. Utvrđena je značajna, negativna povezanost između socijalne podrške i depresivnosti. Sociodemografske i zdravstvene varijable, te percipirana socijalna podrška ne doprinose značajno objašnjenju depresivnosti, dok se jedinim značajnim prediktorom pokazala domena psihičko zdravlje.

Ključne riječi: kvaliteta života, socijalna podrška, depresivnost, porod, roditelje

The relationship between quality of life, social support and depression in postpartum woman

Abstract

The aim of this study was to examine the relationship between quality of life, social support and depression in postpartum woman within a few days after childbirth, and to check if there is a possibility of predicting postpartum depression based on social support, quality of life domains, and some socio-demographic and health variables. Sample consisted of 101 postpartum woman ($N=101$) located in the Department of Obstetrics and Gynecology General Count Hospital Vinkovci. The following instruments were used: WHOQOL-BREF to measure quality of life, Social support scale to assess perceived social support, Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify the presence of depressive symptoms and sociodemographic and health related variables questionnaire. The results indicate that there is a statistically significant relationship between social support and all of quality of life domains, except for physical health. The association between depression and overall quality of life and between depression and social relationships domain has not been established, while the depression is significantly negatively associated with the domains of physical and psychological health and the environment domain. The relationship between social support and depression is significant and negative. Socio-demographic and health variables, as well as perceived social support do not contribute significantly to the explanation of depression, while the only significant predictor was found to be mental health domain.

Keywords: quality of life, social support, depression, childbirth, maternity

Uvod

Porod je jedinstven biopsihosocijalni događaj koji duboko utječe na ženu na fizičkoj, društvenoj i emocionalnoj razini. Događaju se brojne tjelesne i društvene promjene te promjene u odnosima i ulogama. Trudnoća i porod zahtijevaju i mnoge psihološke prilagodbe stoga se to razdoblje može shvatiti kao “psihološki stres test” (Frank, Tuber, Slade i Garrod, 1994, prema Leight, Fitelson i Weston, 2010). Brze promjene i ekstreman intenzitet ugodnih i neugodnih osjećaja mogu snažno utjecati na majčin prvi utisak i doživljaj bebe. Normalno je da se pojavljuju svi osjećaji i negativni i pozitivni. Mnoge majke osjećaju anksioznost i ne uspiju odmah ostvariti potpunu povezanost s djetetom, dok se druge na prvi pogled u njega zaljube (Barret i Fleming, 2011). Zato je važno da se istraživanja usmjeravaju i na pozitivne i na stresne, negativne događaje nakon poroda (Castle, Slade, Barranco-Wadlow i Rogers, 2008).

Psihičko stanje žena nakon poroda važno je jer osim na nju utječe i na njezino dijete (Cox, Holden i Sagovsky, 1987; Hay, Pawlby, Waters i Sharp, 2008; Kersten-Alvarez, Hosman, Riksen-Walraven, van Doesum i Hoefnagels, 2010; Tronick i Reck, 2009; Zhou, Wang, i Wang, 2009) i cijelu obitelj (Leonardou i sur., 2009; Rubertsson, Waldenström, Wickberg, Radestad i Hildingsson, 2005; Zhou, Wang, i Wang, 2009) stoga je u posljednje vrijeme svijest o važnosti postnatalne zdravstvene skrbi povećana. Glazer i sur. (prema Zhou, Wang, i Wang, 2009) pronašli su da je mali broj žena poslije poroda potpuno zdravo i da majčino zdravlje direktno utječe na razvoj dojenčeta. Porod i prilagodba na majčinstvo slični su bolesti po tome što se žena treba fizički oporaviti nakon poroda, a razlikuju se po tome što se žena treba nastaviti nositi sa životnom rutinom, kao što su održavanje međuljudskih odnosa, obavljanje svakodnevnih aktivnosti, ali i briga za fizičku i emocionalnu njegu novorođenčeta (Logsdon, Birkimer i Barbee, 1997). Zdravstveni problemi žena nakon poroda su brojni, kao i njihovi uzroci, koji su, često multifaktorijalno uvjetovani. Rjeđe se javljaju anemija, infekcije i krvarenja koja uzrokuju ozbiljna oštećenja u svakodnevnom funkcioniranju nakon poroda. Češće se pojavljuju, i u posljednje vrijeme prepoznaju, neka kronična stanja koja ostavljaju ozbiljne posljedice, kao što su seksualna disfunkcija nakon poroda, abdominalna bol, bolna međica i inkontinencija stolice i urina. Pokazalo se, također, da i brojni nemedicinski faktori utječu na zdravstveno stanje žene nakon poroda. To su promjena socijalne uloge, nužne promjene i prilagodbe u okolini, interpersonalni odnosi, psihički poremećaji i drugi socijalni problemi (Zhou, Wang, i Wang, 2009). Postporođajni period, i to posebno prva tri mjeseca nakon poroda, je period u kojem je žena najranjivija, pa

je i razvoj epizoda psihičkih oboljenja u tom periodu najčešći (Leight, Fitelson i Weston, 2010). Poremećaji raspoloženja tijekom trudnoće i neposredno nakon poroda isto su uzrokovani multifaktorijalno. Istraživanja pokazuju složenu interakciju između iskustva, okolinskih faktora, socijalnih faktora te majčine percepcije i osobnosti (Bilszta i sur., 2014).

Depresivnost i postporodajna depresija

Brojne žene doživljavaju simptome depresije nakon poroda, a njihova snaga varira od blage tuge do teških psihičkih poremećaja kao što su postporodajna depresija i postporodajna psihoza (Seyfried i Marcus, 2003). Postporodajna nepsihotična depresija najčešća je komplikacija poroda (Robertson, Grace, Wallington i Stewart, 2004; Josefsson i sur., 2002). Prevalencija ovisi o dijagnostičkim kriterijima i instrumentima i nešto je veća kod primjene skala samoprocjene nego dijagnostičkog intervjua (Bowen, Bowen, Butt, Rahman i Muhajarine, 2012; Seyfried i Marcus, 2003), a iznosi između 3 i 40% (Dennis, Janssen i Singer, 2004; LaMonde, (n.d.); Murray, Cooper, Wilson i Romaniuk, 2003; Pritchard i sur., 2012; Rubertsson i sur., 2005; Seyfried i Marcus, 2003; Tronick i Reck, 2009). No Holton, Fisher i Rowe (2010) upozoravaju da istraživanja rijetko uključuju kontrolnu skupinu, stoga podatke treba interpretirati s oprezom. Na prevalenciju utječu i sociodemografski faktori te dostupnost pomoći i tretmana (Bowen i sur., 2012), a veća je u rizičnim skupinama i različita u različitim kulturama (Dennis, Heaman i Vigod, 2012; Tronick i Reck, 2009), pri čemu je manja u zapadnim, industrijaliziranim zemljama nego u nerazvijenim (Tronick i Reck, 2009).

„Postporodajna depresija (u daljnjem tekstu PPD) je epizoda nepsihotične depresije koja započinje ili traje u razdoblju nakon poroda” (O’Hara i Swain, 1996, str. 38, prema Holton, Fisher i Rowe, 2010). Početak ima unutar šest tjedana nakon poroda [iako DSM navodi da se javlja unutar 4 tjedna, istraživanja pokazuju da se može javiti i do 12 tjedana nakon poroda (Seyfried i Marcus, 2003)], porast incidencije je unutar 30 dana nakon poroda, no može trajati i do dvije godine. Većina Velikih depresivnih epizoda spontano prestaje nakon šest mjeseci do godinu dana od poroda (Cooper i Murray, 1995; Cox, Murray i Chapman, 1993, prema Barret i Fleming, 2011), ali ipak najčešće zahtijeva profesionalnu medicinsku skrb. Najčešći simptomi su depresivno raspoloženje, plačljivost, emocionalna labilnost, osjećaj krivnje, gubitak apetita, gubitak energije, suicidalna razmišljanja, poremećaji spavanja, kao i osjećaji bezvrijednosti, slabe koncentracije, umora i iritabilnosti te ponavljajuća razmišljanja o smrti. Kako bi se dijagnoza mogla postaviti, simptomi moraju trajati najmanje dva tjedna te ometati ženu u svakodnevnom funkcioniranju (American Psychiatric Association, 2013; Josefsson i sur., 2002; Robertson, Grace, Wallington i Stewart,

2004). Nalaz da velik postotak roditelja doživljava simptome depresije u prvom tjednu nakon poroda govori da mnoge žene doživljavaju određene razine psihičkog stresa i bolesti u tom periodu (Dennis, Janssen i Singer, 2004), a još više zabrinjava činjenica da u 50% slučajeva postporođajna depresija ne bude prepoznata niti dijagnosticirana (Chaudron i sur., 2005; Murray, Woolgar, Murray i Cooper, 2003, prema Barret i Fleming, 2011). Pretpostavlja se da je tomu tako jer zdravstveno osoblje manje pažnje poklanja psihičkom zdravlju žena te zato što žene ne govore o simptomima koje doživljavaju (Barret i Fleming, 2011). Zbog toga što se simptomi velike depresivne epizode često poklapaju s normalnim pojavama nakon poroda (gubitak tjelesne težine, umor i poteškoće sa spavanjem), važno je koristiti mjere prilagođene razdoblju nakon poroda (Seyfried i Marcus, 2003) i imati na umu da je ključan faktor za njihovo razlikovanje vrijeme (Clay i Seehusen, 2004).

Velik broj istraživanja na različitim uzorcima pokazuju brojne rizične faktore postporođajne depresije. Glasser i sur. (2000) te Josefsson i sur. (2002) prikazuju bolovanje, prethodne abortuse i bolest novorođenčeta kao neke od glavnih predisponirajućih čimbenika za razvoj ovog stanja. Prema Barretu i Flemingu (2011) faktori koji utječu na pojavu depresije su faktori povezani s porodom i njegom djeteta kao što su spavanje i nedostatak socijalne podrške te nespecifični faktori kao što je osobna ili obiteljska anamneza depresije ili drugih psihičkih poremećaja u trudnoći ili ranije u životu, sezonske fluktuacije raspoloženja, socioekonomski status, stresni životni događaji i bračni konflikti, diskrepanca roditeljske uloge (razlika između idealne i aktualne uloge) te stavovi prema odgoju djeteta (Strauss i Goldberg, 1999, prema Castle, Slade, Barranco-Wadlow i Rogers, 2008).

Ostali rizični faktori su sve vrste roditeljskog stresa (Cho i sur., 2010), visoke razine psihosocijalnog stresa, niske razine podrške partnera, neki kulturalni faktori koji su povezani sa sustavom podrške, nizak socioekonomski status (pri čemu nisu toliko važni prihodi koliko percepcija osobe da njezini prihodi nisu dostatni), komplikacije u trudnoći i pri porodu, predmenstrualni sindrom (PMS), *baby blues*, nisko samopouzdanje, negativan atribucijski stil, zlostavljanje u djetinjstvu (Dennis, Heaman i Vigod, 2012; Dennis i Ross, 2006; Dennis, Janssen i Singer, 2004; LaMonde, n.d.; Leight, Fitelson i Weston, 2010; Leonardou i sur., 2009; Seyfried i Marcus, 2003; Tronick i Reck, 2009; Zelkowitz i Papageorgiou, 2005), nezadovoljstvo vlastitim izgledom neposredno prije i nakon poroda (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton i Milgrom, 2009) te velika promjena u razini hormona i ženina osjetljivost na nju (Clay i Seehusen, 2004). Biološki faktori mogu utjecati na postporođajnu depresiju i ženinu ranjivost, ali istraživanja ne pokazuju konzistentne nalaze o utjecaju raznih hormona

na njezinu pojavu (Seyfried i Marcus, 2003). Također, pokazalo se da je veća vjerojatnost pojave depresije ukoliko je majka u trenutku otpusta iz bolnice nesigurna u vlastitu njegu djeteta (Dennis, Janssen i Singer, 2004). Psihičke karakteristike žene, a posebno osobine ličnosti (npr. introvertiranost i neuroticizam) mogu utjecati na povećanje učestalosti komplikacija pri porodu i dostupnost i efektivnost socijalne podrške (Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens i Lynch, 2008) te stoga predstavljaju potencijalni čimbenik na koji se treba osvrnuti prilikom antenatalne skrbi za trudnicu (Johnston i Brown, 2013). Clay i Seehusen (2004) navode da i neuspjeh na početku dojenja može biti rizičan faktor, dok su Harwood, McLean i Durkin (2007) pronašli da su žene postizale manje bodova na ljestvicama depresivnosti ukoliko su očekivanja prije poroda i iskustvo za vrijeme poroda bili usklađeni (prema Hellmers i Schuecking, 2008).

Postporođajnu depresiju treba razlikovati od *baby bluesa*, koji se pojavljuje kod čak 80-85% žena, kao blaži oblik poremećaja raspoloženja nakon poroda (LaMonde, n.d., Seyfried i Marcus, 2003). *Baby blues* odnosi se na prolazne smetnje raspoloženja čiji se simptomi javljaju tri do četiri dana nakon poroda i najčešće su to labilno raspoloženje i plačljivost, iritabilnost, anksioznost, glavobolja, poteškoće sa spavanjem i osjećaj zbunjenosti (slaba koncentracija i odsutnost) (Barret i Fleming, 2011; Seyfried i Marcus, 2003). Iako ovi simptomi uzrokuju stres, oni ne dovode do psihičkih posljedica niti smanjuju majčino funkcioniranje i brigu o djetetu (Clay i Seehusen, 2004) te uglavnom prestaju bez tretmana tijekom prvog mjeseca nakon poroda (Buist, 2006; O'Hara, Zekoski, Philipps i Wright, 1990, prema Barret i Fleming, 2011). Žene koje doživljavaju *baby blues* u većem su riziku da razviju depresiju (Clay i Seehusen, 2004; O'Hara i sur., 1991a, prema Seyfried i Marcus, 2003).

Postporođajnu depresiju treba razlikovati i od postporođajne psihoze, koja je slična maničnoj epizodi i u većini slučajeva može se smatrati manifestacijom bipolarnog poremećaja (Clay i Seehusen, 2004).

Posljedice postporođajne depresije. Majčina depresija (osobito teža) može dovesti i do pojave simptoma depresije kod romantičnog partnera (Bowen i sur., 2012) te pojave problema u braku. Djeca oboljelih žena često imaju problema u području kognitivnih vještina, jezika, pažnje, u nekim socijalnim vještinama te mogu razviti neki oblik poremećaja u ponašanju ili poremećaja pažnje, a mogu zaostajati i u nekim kognitivnim i socijalnim vještinama do dobi od četiri godine ili više (Clay i Seehusen, 2004). U rijetkim slučajevima

postporođajna depresija može voditi samoubojstvu ili čedomorstvu (Kauppi, Kumpulainen, Vanamo, Merikanto i Karkola, 2008; Paris, Bolton i Weinberg, 2009, prema Barret i Fleming, 2011).

Istraživanja i praksa pokazuju da žene češće potraže pomoć liječnika primarne zaštite nego stručnjaka za mentalno zdravlje stoga je važno da liječnici i obitelji budu upoznati sa simptomima postporođajne depresije da bi ju na vrijeme prepoznali i tretirali (Clay i Seehusen, 2004). U ranijem istraživanju Cox i sur. (1982) otkrili su da većina žena oboljelih od postporođajne depresije ne dobije nikakvu pomoć od liječnika opće prakse, niti bivaju upućene psihijatru, a događalo se i da pošalju psihijatru žene koje ne boluju od postporođajne depresije (Cox, Holden i Sagovsky, 1987).

Tretman postporođajne depresije. Postporođajnu je depresiju moguće tretirati psihološki, farmakološki i elektrokonvulzivnom terapijom, kojima se povećava kvaliteta života i smanjuje morbiditet, a po potrebi moguće je par uputiti i na bračnu terapiju (Clay i Seehusen, 2004). Zbog velikih kratkoročnih učinaka (dugoročni su slabo istraženi) važno je identificirati majke kojima je potrebna pomoć (Leonardou i sur, 2009). Antidepresivi se izbjegavaju kod trudnica i dojilja jer, u usporedbi s kontrolnom skupinom, djeca slabije napreduju, dok je uspješnost različitih psihoterapija teško procijeniti zbog razlika u edukaciji, iskustvu i pristupu stručnjaka. Ipak tretman roditelja koje pate od postporođajne depresije je važan jer depresivne majke koje nisu u tretmanu češće posežu za alkoholom (Bowen i sur., 2012). Murray, Cooper, Wilson i Romaniuk (2003) izvještavaju da se farmakološka terapija nije pokazala boljom od psihoterapije i da žene inače radije odabiru individualnu nego grupnu terapiju.

Kvaliteta života

Za procjenu poremećaja s takvim kompleksnim uzrocima, kao što je postporođajna depresija, sve se veća pozornost usmjerava prema kvaliteti života, koja se pokazala kao široko korišteni standard mjera zdravstvenih ishoda u različitim vrstama istraživanja na različitim uzorcima (Zhou, Wang i Wang, 2009), a to nije iznenađujuće budući da obuhvaća životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnost (Cummins, 1998; prema Vuletić i Misajon, 2011).

U početku je koncept kvalitete života bio shvaćen kao ekonomsko blagostanje, a nakon toga je proučavan uz određene socijalne aspekte, sve dok se nije uključila i subjektivna

komponenta. To se dogodilo jer su istraživači utvrdili da su individualne razlike u procjeni kvalitete života više uvjetovane osobinama pojedinca nego objektivnim uvjetima života (Pastuović, 1993). Krizmanić i Kolesarić (1989, prema Pastuović, 1993, str. 474) definiraju kvalitetu života kao „kompleksan, sintetičan doživljaj njegova zadovoljstva/nezadovoljstva životom koji nastaje permanentnom evaluacijom i reevaluacijom svoje uspješnosti u zadovoljavanju različitih potreba”. Promatrajući kvalitetu života na ovakav način lako je doći do zaključka da ona ne ovisi toliko o objektivnim uvjetima nego o pojedinčevoj elaboraciji i evaluaciji tih uvjeta (Krizmanić, Kolesarić i Janig, 1994). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (1999) kvaliteta života je pojedinčeva percepcija u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu. Neke druge definicije kvalitete života opširnije opisuju ovaj multidimenzionalni konstrukt. Cumminsova definicija (2000) razdvaja objektivnu i subjektivnu komponentu kvalitete života. Subjektivna se sastoji od sedam domena, a čine ju materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednica, dok objektivna podrazumijeva kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (Best i Cummins, 2000; prema Vuletić i Misajon, 2011). Iz svega navedenog vidljivo je da koncept kvalitete života na vrlo složen način obuhvaća psihičko zdravlje pojedinca, njegov psihološki status, razinu samostalnosti, socijalne odnose, osobna uvjerenja i odnos prema vlastitoj okolini (World Health Organization, 1998). Osim toga, važno je napomenuti i da postoje dva osnovna aspekta kvalitete života: subjektivnost (moguće ju je razumjeti samo iz perspektive pojedinca) i multidimenzionalnost, za koju su važna brojna i različita područja života (Vuletić i Misajon, 2011).

Na kvalitetu života utječu subjektivni i objektivni faktori. Objektivni su društveni, ekonomski i politički, a subjektivni su subjektivna percepcija i procjena materijalnog, fizičkog, društvenog i emocionalnog blagostanja, osobnog razvoja te svrhovite aktivnosti. Lawton (1991) i Cummins (2000) navode da odnos subjektivne i objektivne kvalitete života nije linearan. Pojedinčev sustav vrijednosti utječe na sve navedene domene subjektivne kvalitete života (Vuletić i Misajon, 2011). Objektivne mjere, kao što su nacionalni dohodak ili brojčani pokazatelji nezaposlenosti, nisu dovoljne za objašnjavanje kvalitete života, već je u procjenu nužno uključiti i subjektivne mjere jer one pokazuju razlike pojedinca u doživljavanju i opažanju stvarnih životnih uvjeta. Također, pokazalo se da u slučaju poboljšanja loših socijalnih uvjeta života dolazi i do povećanja kvalitete života, ali na određenoj se razini ta povezanost gubi (Cummins, 1995). Cummins (1998) izvještava da je pronađena slaba povezanost između subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvalitete života,

dok istraživanja pokazuju nekonzistentne rezultate u razinama kvalitete života s obzirom na neke demografske varijable kao što su dob, spol, stupanj obrazovanja, bračni status, kultura i sl. (Vuletić i Misajon, 2011).

Mjere kvalitete života mogu biti generičke i specifične. Generičke se mjere koriste za široku primjenu bez obzira na vrstu i ozbiljnost bolesti, medicinske tretmane ili zdravstvene intervencije i primjenjive su na različitim demografskim i kulturalnim podskupinama. Specifične mjere konstruirane su za pojedine bolesti (npr. rak ili kronične bolesti) i osjetljivije su za neke specifične promjene koje se događaju kod određenih skupina bolesnika. U usporedbi s generičkim, specifične mjere imaju veću sadržajnu i konstruktivnu valjanost, ali i manju mogućnost generalizacije (Zhou, Wang i Wang, 2009).

Socijalna podrška

Utjecaj socijalne podrške u razdoblju nakon poroda je jako velik jer se pokazalo da podrška može ublažiti efekte stresa (Ford i Ayers, 2011), da značajno utječe na zdravstvene ishode nakon poroda te da nedostatak socijalne podrške utječe na promjene raspoloženja majki tijekom razdoblja prilagodbe na roditeljstvo (Bilszta i sur., 2014). Krizmanić (prema Petz, 2005, str. 449) socijalnu podršku definira kao “skup povoljnih učinaka koji za pojedinca proizlaze iz bliskih odnosa s drugim ljudima, a koje mu, među ostalim pomažu da se nosi sa stresnim i kriznim događajima u životu.” Najčešće se mjeri percipirana socijalna podrška tako što se sudionike pita što misle koliko podrške dobivaju iz svoje okoline (Vuletić i Šincek, 2011).

Nekoliko je vrsta i funkcija socijalne podrške: emocionalna podrška (podrška samopoštovanju), informacijska podrška (savjet), instrumentalna (materijalna ili opipljiva) podrška, i difuzna podrška (pripadanje), koje se mogu definirati odvojeno, ali su u svakodnevnom životu isprepletene. Emocionalna podrška daje informaciju osobi da je prihvaćena i poštovana, dok informacijska podrška pomaže osobi u definiranju, razumijevanju i suočavanju s problemima. U jednom istraživanju na uzorku trudnica ove dvije vrste podrške su toliko visoko korelirale da su promatrane kao jedna mjera. Nadalje, instrumentalna se podrška odnosi na pružanje direktne materijalne i financijske pomoći i pružanje potrebnih usluga (Cohen i Wills, 1985). Paykel i sur. (1980) u istraživanju prisutnosti simptoma depresije i socijalne podrške u roditelja koristili su mjeru instrumentalne podrške od strane supruga (pružali izravnu pomoć, kupovali, donosili stvari za bebu i skrbrili o ostaloj djeci) i

pokazali da upravo ta vrsta podrške ima ublažavajuće učinke na stres. I posljednja, difuzna podrška, odnosi se na druženje s drugima u slobodno vrijeme (Cohen i Wills, 1985).

Istraživanja Big five crta ličnosti (neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost ka iskustvu, savjesnost i ugodnost) pokazala su da i one imaju utjecaj i na dostupnost i na efektivnost socijalne podrške. Percipirana socijalna podrška, zadovoljstvo vezom, razina društvene aktivnosti i sklonost traženju socijalne podrške pozitivno su povezane sa ekstraverzijom i savjesnošću (Cutrona i Russell, 1987; Kitamura i sur., 2002; Marks i Lutgendorf, 1999), a negativno s otvorenošću prema iskustvu i neuroticizmom (Cutrona i Russell, 1987; Kitamura i sur., 2002, prema Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens i Lynch, 2008).

Socijalna podrška može utjecati na zdravlje kroz emocionalno induciranu reakciju endokrinog i imunološkog sustava (Jemmott i Locke, 1984) ili kroz ponašanja povezana sa zdravljem kao što su pušenje, konzumacija alkohola i traženje medicinske pomoći (Cohen i Wills, 1985). Pokazalo se da podrška bolničkog osoblja tijekom poroda može imati veće efekte na ženinu emocionalnu reakciju nego sama ozbiljnost tog događaja (Ford i Ayers, 2009), kao i da su više razine socijalne podrške povezane s boljim zdravstvenim statusom majke i nižom razinom simptoma depresije kao i boljim kognitivnim i emocionalnim razvojem djeteta (Bilszta i sur., 2014).

Socijalna podrška može intervenirati između stresnog događaja (koji može dovesti do osjećaja bespomoćnosti i smanjenja samopoštovanja) i reakcije na stres tako da umanjuje utjecaj stresa otkrivanjem rješenja problema i smanjenjem percepcije važnosti problema (Cohen i Wills, 1985).

Prema Cohenu i Willsu (1985) dva su teorijska modela koja objašnjavaju utjecaj socijalne podrške na zdravlje i psihosocijalnu prilagodbu. To su *model glavnih efekata* (tzv. “main effect” model) i *model zaštite* ili *model ublažavanja stresa* (tzv. “buffering” model). Model glavnih efekata socijalne podrške govori da socijalna podrška kroz široku socijalnu mrežu pozitivno djeluje na pojedinca, neovisno o specifičnostima pojedinih stresnih situacija, dok model ublažavanja stresa kaže da socijalna podrška indirektno utječe na stres pružajući pojedincu dodatan izvor energije za borbu sa stresnim situacijama (Cohen i Wills, 1985). Oba modela bave se odnosom socijalne podrške i kvalitete života. Socijalna podrška utječe na kvalitetu života tako što potiče samopoštovanje i identitet pojedinca (Vuletić i Šincek, 2011).

Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u rodilja

Prijelaz u majčinstvo popraćen je psihološkim promjenama koje donose izazove u prilagodbi na majčinstvo. Iako se većina žena dobro nosi s tim izazovima, postoje i one kojima je to izrazito stresno, narušava im kvalitetu života i uzrokuje depresiju za vrijeme i nakon trudnoće. Većina istraživanja u kojima je proučavan odnos ovih varijabli daju usklađene rezultate (Ngai i Ngu, 2013).

Kvaliteta života i socijalna podrška. Socijalna podrška (različiti oblici podržavajućeg ponašanja ljudi u socijalnoj okolini) jedan je od faktora koji doprinose kvaliteti života. Kvaliteta života i domene kvalitete života vezano za zdravlje predstavljaju multidimenzionalan konstrukt koji uključuje pojedincevu percepciju općeg blagostanja i osobnog ispunjenja brojnih fizičkih, psiholoških i socijalnih područja (Ngai i Ngu, 2013). Za kvalitetu života najvažnijom se smatra emocionalna podrška. Ipak, iako iz raznih izvora ljudi rado primaju emocionalnu, kada im je potrebna informacijska podrška, više se oslanjaju na stručnjake, doživljavajući pritom informacije od rodbine kao neželjen savjet (Vuletić i Šincek, 2011).

Nije svejedno živi li roditelj kao samohrana majka ili s partnerom. Pokazalo se da je kvaliteta života veća u onih osoba koje žive u braku ili izvanbračnoj zajednici nego kod samaca (Vuletić i Misajon, 2011), a Dyrdal i Røysa (2011) pronašli su da zadovoljstvo vezom raste u trudnoći, a opada šest mjeseci nakon poroda, dok zadovoljstvo životom u početku raste, a nakon poroda opada. Također, pronađeno je i da zadovoljstvo životom smanjuju nepovoljni događaji, kao što su razvod ili fizička nemoć (Dyrdal i Røysa, 2011).

Kvaliteta života i prisutnost simptoma depresije. Istraživanja pokazuju da postporođajna depresija uzrokuje značajnu patnju i narušava kvalitetu života (Clay i Seehusen, 2004) te da značajno utječe na majku, obitelj, majčinog partnera, interakciju između majke i djeteta te dugoročno utječe na emocionalni i kognitivni razvoj djeteta (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Prince i Gray, 2009). Setse i sur. (2009) pronašli su da promjene u depresivnoj simptomatologiji imaju značajan utjecaj na kvalitetu života za vrijeme trudnoće i nakon poroda (Ngai i Ngu, 2013). U istraživanju Dennisa, Heamana i Vigoda (2012) majčina procjena vlastitog zdravlja pokazala se kao najznačajniji faktor za prisutnost simptoma depresije, a depresija je, pak, ključna determinanta koja određuje kvalitetu života kod različitih oboljenja.

Socijalna podrška i prisutnost simptoma depresije. Žene oboljele od postporođajne depresije izvještavaju da su nezadovoljne praktičnom i emocionalnom podrškom svojih

supružnika, koje najčešće navode kao izvor podrške (Bilszta i sur., 2014; Logsdon, Birkimer i Barbee, 1997). Istraživanja pokazuju da depresivne majke, za razliku od nedeprisivnih, izvještavaju o nižim razinama socijalne podrške (Bilszta i sur., 2014; Lemola, Stadlmayr i Grob, 2007) i da neadekvatna socijalna podrška dovodi do veće izraženosti simptoma depresije (Ngai i Ngu, 2013). Brojni istraživači dokazali su da podrška bračnog partnera i visok stupanj intimnosti mogu značajno smanjiti razinu psihičkog stresa, a osim partnerove, važna je i podrška roditelja, braće i sestara te bliskih prijatelja (Logsdon, Birkimer i Barbee, 1997), tako da su pojedinci koji imaju veliku socijalnu mrežu u manjem riziku od oboljevanja (Logsdon, Birkimer i Barbee, 1997). U odraslih je osoba socijalna podrška povezana s trenutnim simptomima depresije i njezinim ishodima (Cukrowicz i sur., 2008). No, unatoč svemu, još uvijek nije utvrđen točan mehanizam, tj. način na koji socijalna podrška utječe na smanjenje prevalencije simptoma depresije (Castle, Slade, Barranco-Wadlow i Rogers, 2008).

Iz navedenih rezultata moguće je zaključiti da postoji pozitivna povezanost između kvalitete života i socijalne podrške, te da su te dvije varijable negativno povezane s depresivnošću, što je provjereno i u ovom radu i to na uzorku roditelja u vinkovačkom rodilištu.

Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u roditelja unutar nekoliko dana nakon poroda.

Problemi i hipoteze

Problemi ovog istraživanja formirani su na temelju cilja istraživanja:

1. Utvrditi stupanj povezanosti kvalitete života, depresivnosti i socijalne podrške.
2. Ispitati doprinos socijalne podrške, domena kvalitete života vezano za zdravlje i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli objašnjenju depresivnosti nakon poroda.

Teorijska osnova poslužila je kao temelj za formiranje odgovora na probleme u obliku hipoteza:

H1a: Ukupna mjera kvalitete života i njezine domene bit će pozitivno povezane s mjerom socijalne podrške.

H1b: Ukupna mjera kvalitete života i njezine domene bit će negativno povezane sa mjerom depresivnosti.

H1c: Socijalna podrška bit će negativno povezana sa mjerom depresivnosti.

H2: Socijalna podrška, domene kvalitete života vezano za zdravlje i neke sociodemografske i zdravstvene varijable bit će značajni prediktori depresivnosti nakon poroda.

Metoda

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno $N = 101$ sudionica, raspona godina 18 – 43 ($M = 28.42$, $SD = 5.43$). Sudionice su bile hospitalizirane nakon poroda na Odjelu za ženske bolesti i porodništvo Opće županijske bolnice Vinkovci, gdje je godišnji broj poroda oko 600. Istraživanje je trajalo dva i pol mjeseca i provedeno je od travnja do lipnja, a to je period u kojem je općenito nešto manji broj poroda. Bilo je nekoliko roditelja koje su odbile sudjelovanje u istraživanju, a manji broj njih nije obuhvaćen jer su u vremenu provedbe spavale.

Instrumenti

Upitnik kvalitete života WHOQOL - BREF. Upitnik predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL - 100, koji je konstruirala Svjetska Zdravstvena Organizacija u svrhu procjene kvalitete života. Upitnik sadrži ukupno 26 čestica. Odgovori se za svaku česticu daju na skali Likertovog tipa od 1-5, gdje 1 označava najmanje, a 5 najveće slaganje sa pojedinom tvrdnjom. Iz originalnih rezultata izračunava se rezultat na četiri domene kvalitete života: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina, a uz to, dvjema odvojenim česticama mjeri se i ukupno zadovoljstvo kvalitetom života te zadovoljstvo zdravljem koje se razmatraju zasebno. Rezultati na pojedinim domenama izračunavaju se kao zbroj rezultata na pojedinim česticama. Bodovi svake domene transformiraju se na skalu 0-100 radi usporedbe s izvornim upitnikom i jasnijeg prikaza rezultata. Veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života na pojedinoj domeni (The World Health Organization Quality of Life Group, 1996). Pouzdanost upitnika iskazana Cronbachovim koeficijentomna ovom uzorku iznosi $\alpha = .86$. Ovaj upitnik generička je mjera kvalitete života (Zhou, Wang i Wang, 2009).

Ljestvica socijalne podrške. Ljestvica (u daljnjem tekstu LJSP) ispituje percipiranu socijalnu podršku od strane bliskih osoba. Zadatak sudionika je procijeniti koliko mu bliske osobe „pružaju ohrabrenje“, „daju korisne informacije“ i slično. Ova ljestvica sadrži osam čestica kojima ispituje percipiranu socijalnu podršku sudionika na ljestvici od četiri stupnja, pri čemu odgovor „nikad“ ima pridijeljenu vrijednost 1, odgovor „ponekad“ vrijednost 2, odgovor „često“ vrijednost 3 i odgovor „uvijek“ vrijednost 4. Ukupan rezultat formira se kao jednostavna linearna kombinacija. Na taj način minimalni rezultat iznosi 8, a maksimalni 32. Koeficijent pouzdanosti, Cronbachov alpha iznosi .90 što pokazuje da odabrane čestice dobro reprezentiraju ukupni rezultat na ljestvici. Ljestvica je validirana na uzorku od 1138

nezaposlenih osoba registriranih pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje, raspona dobi od 17 do 62 godine (Šverko i sur., 2004, prema Jakovljević, 2004). Koeficijent pouzdanosti na ovom uzorku iznosi $\alpha = .82$.

Edinburška skala postnatalne depresije (EPDS). (Cox, Holden i Sagovsky, 1987) EPDS sadrži 10 čestica kojima ispituje prisutnost simptoma depresije u posljednjih sedam dana u trudnica i roditelja. Ukupan rezultat izračunava se kao jednostavna linearna kombinacija, pri čemu je moguće ostvariti minimalni rezultat 0, a maksimalni 30. Koeficijent pouzdanosti, Cronbachov alpha iznosi .87 što pokazuje da odabrane čestice dobro reprezentiraju ukupni rezultat na ljestvici. Skala je validirana longitudinalnim istraživanjem na uzorku od 86 majki iz Edinburga prosječne dobi 26 godina, dok su njihove bebe bile stare oko tri mjeseca. Osim toga, provedene su brojne validacije ove skale na uzorcima različite etničke i kulturalne pripadnosti i svi rezultati potvrđuju visku pouzdanost (prilagođeno prema Cox, Holden i Sagovsky, 1987), dok pouzdanost testa u ovom istraživanju izražena Cronbachovim koeficijentom iznosi $\alpha = .81$.

Upitnik sociodemografskih i zdravstvenih varijabli. Ovaj upitnik konstruiran je za potrebe ovog istraživanja (Prilog 1). Sadrži čestice kojima se ispituju neke sociodemografske (npr. mjesto stanovanja, stupanj obrazovanja, financijski status) i neke zdravstvene činjenice (npr. način ovog poroda, ima li dijete zdravstvenih problema).

Postupak

Prije provedbe istraživanja voditelju Odjela za ženske bolesti i porodništvo Opće županijske bolnice Vinkovci poslana je zamolba za odobrenje sudjelovanja pacijentica u istraživanju. Nakon pismenog odobrenja započela je provedba individualnog istraživanja u terminima koji nisu ometali rad bolničkog osoblja. Sudionice su dobile pisanu obavijest o istraživanju u kojoj im je objašnjena svrha i način provedbe istraživanja, a imale su priliku i postaviti pitanja ukoliko im je nešto bilo nejasno. Naglašeno im je da je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno, te da će se dobiveni podaci koristiti isključivo u istraživačke svrhe i analizirati na grupnoj razini. Prije ispunjavanja upitnika sudionice su dale suglasnost za sudjelovanje u istraživanju, nakon čega im je dana uputa. Uz upitnike priloženi su i kontakti savjetovališta kojima se sudionice mogu obratiti ukoliko im istraživanje izazove stres. Popunjavanje upitnika trajalo je oko 15 minuta, nakon čega im se zahvalilo na sudjelovanju. Prikupljeni podaci su uneseni u zajedničku bazu i obrađeni pomoću SPSS programskog paketa za statističku obradu, ver. 20.0.

Rezultati

Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka

Prije korištenja parametrijskih statističkih postupaka potrebno je utvrditi jesu li zadovoljeni preduvjeti za njihovo korištenje.

Najprije je Kolmogorov-Smirnovljevim testom provjerena normalnost distribucija pojedinih varijabli, pri čemu se pokazalo da ukupna mjera kvalitete života, dvije domene upitnika WHOQOL - BREF (domena fizičkog zdravlja i domena socijalne veze) te percipirana socijalna podrška (LJSP) pokazuju odstupanje od normalne distribucije, dok su domena psihičkog zdravlja WHOQOL - BREF i domena okolina WHOQOL - BREF te mjera depresivnosti (EPDS) normalno distribuirane. S obzirom da neki autori ističu da je Kolmogorov-Smirnovljev test robustan, u obzir su se uzele i mjere asimetričnosti i spljoštenosti, koje također ukazuju na normalnost distribucije. Kline (2005) navodi da se distribucija može smatrati normalnom ukoliko se koeficijent asimetričnosti (*skewness*) kreće u rasponu od ± 3 , a koeficijent spljoštenosti (*kurtosis*) od ± 10 . S obzirom da se koeficijenti asimetričnosti i spljoštenosti u ovom istraživanju kreću u navedenom rasponu, rezultati su analizirani parametrijskim postupcima, jer se smatra da neće narušiti točnost rezultata.

Osim navedenih, proveden je i Levenov test homogenosti varijance, kojim je utvrđeno da su varijance svih varijabli homogene, čime se, također, potvrđuje opravdanost korištenja parametrijskih statističkih postupaka.

Deskriptivna statistika

U Tablici 1. Prikazani su osnovni deskriptivni podaci za korištene varijable koje se razmatraju u ovom radu.

Tablica 1. Osnovni statistički parametri za sve varijable korištene u ovom istraživanju ($N = 101$)

Varijabla	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Postignuti min.</i>	<i>Postignuti maks.</i>	<i>Teorijski min.</i>	<i>Teorijski maks.</i>
WHOQOL – BREF:						
Ukupna kvaliteta života	4.08	0.659	1	5	1	5
Fizičko zdravlje	72.81	16.083	28.57	100	0	100
Psihičko zdravlje	78.05	11.813	45.83	100	0	100
Socijalne veze	80.94	16.471	25.00	100	0	100
Okolina	74.22	12.613	43.75	100	0	100
EPDS: Depresivnost	8.92	4.540	0	24	0	30
LJSP: Socijalna podrška	28.63	3.277	16	32	8	32

Legenda: EPDS – Edinburška skala depresivnosti; LJSP – Ljestvica socijalne podrške

Kao što se može vidjeti, sudionice su postizale vrlo visoke rezultate na svim domenama kvalitete života, a osobito na domeni socijalne veze i domeni psihičko zdravlje. Općenito govoreći, pokazalo se da je ukupna kvaliteta života, kao i sve njezine domene, poprilično visoka. Na skali depresivnosti ukupan postignuti rezultat je ispod 10, što govori o niskoj pojavnosti simptoma depresije u ovom uzorku. Na ljestvici socijalne podrške sudionice su postizale vrlo visoke rezultate, a pogotovo je zanimljivo da je postignuti minimum dvostruko veći od teorijskog, što govori o tome da niti jedna sudionica nije izvijestila o nepostojanju socijalne podrške. Ostale sociodemografske varijable, koje nisu prikazane u tablici, govore da najveći broj sudionica dolazi sa sela (51 sudionica) i iz manjeg grada (47 sudionica). Također, najviše sudionica ima srednju školu kao najviši postignuti stupanj obrazovanja, a većina izvještava da je financijski status obitelji prosječan, iako je čak 57 njih nezaposleno. Najčešći način poroda je vaginalni porod bez analgezije i većina žena izvještava da dijete nema ozbiljnijih zdravstvenih problema (91 sudionica).

Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti

Pretpostavljalo se da će korelacije mjere ukupne kvalitete života i njezinih domena biti pozitivno povezane s mjerom socijalne podrške, a negativno s mjerom depresivnosti te da će

mjere socijalne podrške i depresivnosti biti negativno povezane. Da bi se to provjerilo, izračunao se Pearsonov koeficijent korelacije, a dobiveni rezultati su prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Korelacije mjerenih varijabli (N = 101)

Varijabla	LJSP: Socijalna podrška	EPDS: Depresivnost
Ukupna kvaliteta života	.33**	-.19
Fizičko zdravlje	.19	-.35**
Psihičko zdravlje	.30**	-.56**
Socijalne veze	.46**	-.12
Okolina	.33**	-.32**
EPDS: Depresivnost	-.24*	1

Legenda: EPDS – Edinburška skala depresivnosti; LJSP – Ljestvica socijalne podrške; *p<.05; **p<.01

Iz Tablice 2. moguće je vidjeti da su ukupna mjera kvalitete života i sve domene kvalitete života osim fizičkoga zdravlja statistički značajno i pozitivno povezane sa percipiranom socijalnom podrškom. Domena fizičko zdravlje nije statistički značajno povezana sa socijalnom podrškom. Korelacije između ukupne mjere kvalitete života, domene psihičkog zdravlja i domene okoline s mjerom socijalne podrške su niske, dok je domena socijalne veze umjereno povezana sa socijalnom podrškom.

Ukupna mjera kvalitete života i domena socijalne veze nisu statistički značajno povezane sa mjerom depresivnosti. Domena fizičko zdravlje i domena okolina statistički su značajno povezane sa mjerom depresivnosti, a ta je povezanost negativna i slaba. Domena psihičko zdravlje naj snažnije je, statistički značajno i negativno povezana s mjerom depresivnosti. Rezultati istraživanja na ovom uzorku pokazuju da postoji statistički značajna povezanost između mjera socijalne podrške i depresivnosti, te da je ta povezanost negativna i slaba.

Predviđanje depresivnosti nakon poroda na temelju mjere socijalne podrške, domene psihičkog zdravlja i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli

Da bi se predvidjelo koje će varijable biti značajni prediktori depresivnosti nakon poroda, a time i odgovorilo na drugi problem, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Analiza je provedena u tri bloka. U prvom su bloku uvrštene sociodemografske i zdravstvene

varijable, u drugom bloku domene kvalitete života, dok je u trećem bloku uvrštena percipirana socijalna podrška.

Podaci o kolinearnosti i podaci o korelaciji reziduala su prihvatljivi. Vrijednosti tolerancije su u rasponu od .39 do .94, vrijednosti faktora povećanja varijance su u rasponu od 1.06 do 2.56, dok Durbin-Watson kriterij iznosi 2.00. Rezultati hijerarhijske regresijske analize prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. Hijerarhijska regresijska analiza predviđanja depresivnosti nakon poroda na temelju mjere socijalne podrške, domena kvalitete života i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli ($N = 101$)

Prediktor		β	R	R^2	F
1. korak					
Sociodemografske i zdravstvene varijable	Dob	-.01			
	Br. članova kućanstva	.15			
	Mjesto stanovanja	.00			
	Stupanj obrazovanja	-.03			
	Financijski status	-.08			
	Zaposlenost	-.01			
	Br. živorođene djece	-.03			
	Način ovog poroda	-.01			
	Zdravstveni problemi djeteta	-.25*	.278	.077	0.819
2. korak					
Sociodemografske i zdravstvene varijable	Dob	-.06			
	Br. članova kućanstva	.11			
	Mjesto stanovanja	-.10			
	Stupanj obrazovanja	-.14			
	Financijski status	.09			
	Zaposlenost	-.01			
	Br. živorođene djece	.04			
	Način ovog poroda	.04			
	Zdravstveni problemi djeteta	-.10			
WHOQOL-BREF	Fizičko zdravlje	-.12			
	Psihičko zdravlje	-.57***			
	Socijalne veze	.12			
	Okolina	-.06	.632	.400	4.304***
3. korak					
Sociodemografske i zdravstvene varijable	Dob	-.07			
	Br. članova kućanstva	.11			
	Mjesto stanovanja	-.09			
	Stupanj obrazovanja	-.11			
	Financijski status	.63			
	Zaposlenost	-.00			
	Br. živorođene djece	.05			
	Način ovog poroda	.04			
	Zdravstveni problemi djeteta	-.12			
WHOQOL-BREF	Fizičko zdravlje	-.14			
	Psihičko zdravlje	-.55***			
	Socijalne veze	.17			
	Okolina	-.02			
Percipirana socijalna podrška		-.14	.642	.412	4.161***

Legenda: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

U prvom koraku hijerarhijske regresijske analize pokazalo se da F – omjer nije značajan, stoga blok nije moguće interpretirati i moguće je zaključiti da odabrane sociodemografske i zdravstvene varijable ne predviđaju dobro kriterij. Samo se varijabla zdravstveni problemi djeteta pokazala značajnim prediktorom depresivnosti u prvom bloku, no taj rezultat zbog neznačajnog F – omjera također nije opravdano interpretirati. Uvođenjem domena kvalitete života u drugom koraku, objašnjeno je ukupno 40% varijance. Pritom sociodemografske i zdravstvene varijable nisu značajni prediktori. U drugom koraku domena psihičkog zdravlja je jedini značajan negativan prediktor postporođajne depresivnosti. U trećem koraku uvrštena je i percipirana socijalna podrška. Percipirana socijalna podrška nije se pokazala značajnim prediktorom depresivnosti, iako su te dvije varijable u korelaciji ($r = -.24; p < .05$), odnosno, u ovom slučaju se pojavljuje medijacija. Posljednjim blokom dodatno je objašnjen 1.2% varijance, što znači da je ovim modelom objašnjeno ukupno 41,2% varijance.

Zbog toga što su pronađene značajne korelacije (prilog 2.) između domene fizičko zdravlje i depresivnosti, domene okoline i depresivnosti te percipirane socijalne podrške i depresivnosti, naknadno su provedena četiri koraka za ispitivanje medijacije (po Baron i Kennyjevoj metodi), čime je utvrđeno da postoji nekoliko slučajeva medijacije. Pokazalo se da je domena psihičko zdravlje medijator odnosa između domene fizičko zdravlje i depresivnosti, domene okoline i depresivnosti te percipirane socijalne podrške i depresivnosti. Zbog toga se one nisu pokazale značajnim prediktorima u hijerarhijskoj regresijskoj analizi. Iako je nalaz da su zdravstveni problemi djeteta zbog neznačajnog F – omjera neinterpretabilan, i za ovu je varijablu provjeren utjecaj medijacije. Pokazalo se da je domena fizičko zdravlje medijator odnosa između varijable zdravstveni problemi djeteta i depresivnosti.

Rasprava

U ovom istraživanju nastojala se provjeriti povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti na uzorku ($N = 101$) roditelja smještenih na Odjelu za ženske bolesti i porodništvo Opće županijske bolnice Vinkovci. Nastojalo se odgovoriti na dva problema: utvrditi stupanj povezanosti kvalitete života, depresivnosti i socijalne podrške te ispitati doprinos socijalne podrške, domena kvalitete života vezano za zdravlje i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli objašnjenju depresivnosti nakon poroda. Na temelju proučenih istraživanja očekivana je pozitivna korelacija između ukupne mjere kvalitete života i njezinih domena sa mjerom socijalne podrške. Očekivana je i negativna povezanost ukupne mjere kvalitete života i njezinih domena s mjerom depresivnosti, te negativna povezanost između percipirane socijalne podrške i mjere depresivnosti. Osim toga, predviđalo se da će socijalna podrška, domena psihičkog zdravlja i neke sociodemografske i zdravstvene varijable biti značajni prediktori postporođajne depresivnosti.

Povezanost kvalitete života, depresivnosti i socijalne podrške

Da bi se odgovorilo na prvi problem izračunati su koeficijenti korelacije između navedenih varijabli. Pokazalo se da je ukupna mjera kvalitete života i sve njezine domene, osim domene fizičko zdravlje, pozitivno povezane s mjerom socijalne podrške, čime je hipoteza 1a djelomično potvrđena. Nije neobično što se domena fizičko zdravlje nije pokazala povezanom sa socijalnom podrškom, jer bi u slučaju pozitivne korelacije to značilo da bolesniji ljudi imaju više socijalne podrške, a u slučaju negativne manje, što nije u skladu s prethodnim istraživanjima (Logsdon, Birkimer i Barbee, 1997). Općenito, pozitivna povezanost između kvalitete života i socijalne podrške u skladu je s prethodnim istraživanjima (Castle Slade, Barranco-Wadlow i Rogers, 2008; Logsdon, Birkimer i Barbee, 1997; Vuletić i Šincek, 2011). Važnost povezanosti socijalne podrške i kvalitete života vidljiva je i iz samog upitnika WHOQOL – BREF, u kojem se jedna domena odnosi na socijalne veze, stoga nije neobično da je upravo korelacija između ove domene i socijalne podrške najveća. Vrlo visoki rezultati na upitniku kvalitete života govore o tome da žene nakon poroda izvještavaju da su jako zadovoljne svojom kvalitetom života i zdravljem općenito, a posebno je pozitivno što su rezultati na svim domenama visoki. To govori da roditelje imaju vrlo dobro fizičko i psihičko zdravlje te da su zadovoljne svojim socijalnim vezama i okolinom, što im pomaže u prilagodbi na roditeljstvo i pozitivno utječe na uspostavu pozitivnih komunikacijskih obrazaca s djetetom.

Također, djelomično je potvrđena i hipoteza 1b, jer dobiveni rezultati ukazuju na statistički značajnu negativnu povezanost domena fizičko i psihičko zdravlje i domene okolina s mjerom depresivnosti, dok ukupna kvaliteta života i domena socijalnih odnosa nisu značajno povezane s postporođajnom depresivnošću. Ovi rezultati ukazuju da je ispoljavanje simptoma depresije to manje što je fizičko i psihičko zdravlje bolje. S obzirom da su rizični faktori za depresivnost bolovanja, osobna i obiteljska anamneza depresije i drugih psihičkih oboljenja (Barret i Fleming, 2011; Glasser i sur., 2000; Josefsson i sur., 2002) i ovaj je nalaz u skladu s ranije provedenim istraživanjima. Međutim, pokazalo se da ukupna kvaliteta života i domena socijalnih odnosa nisu statistički značajno povezane sa simptomima depresije nakon poroda. Jedno od objašnjenja ovog nalaza može biti i nalaz Bonicatto i sur. (2001; prema Markanović i Jokić-Begić, 2011) koji izvještavaju da pacijenti s težim depresivnim simptomima imaju nižu kvalitetu života u cjelini i u nekim domenama. Budući da je u ovom istraživanju prosječan rezultat na skali depresivnosti nizak, možda se zbog toga nije pokazala ni njihova međusobna povezanost. Dobivena niska razina simptoma depresije može biti i posljedica godišnjeg doba, budući da je istraživanje provedeno u proljeće. Sezonske fluktuacije depresije općenito pokazuju veće ispoljavanje simptoma u zimu, a manje u proljeće i ljeto. Također, moguće je da je dio roditelja koje nisu obuhvaćene jer su spavale, bilo depresivno, budući da su umor i poremećaji spavanja simptomi depresije (ali i normalne pojave nakon poroda). Nadalje, moguće je da karakteristike istraživanja (ispunjavanje upitnika u bolnici neposredno nakon poroda, umjesto nakon nekoliko tjedana u obiteljskom okruženju) dovode do ovakvog rezultata. Naime, Dennis i Ross (2006) navode da je bolničko osoblje upozoreno da ne mjeri prisutnost simptoma depresije u ranom postporođajnom periodu, jer se značajan broj žena koje u prvim tjednima pokazuju simptome depresije spontano od njih oporavi. Ispitivanje depresivnosti u prvom tjednu nakon poroda može dati i do 50% lažno pozitivnih rezultata (može biti da je tomu tako zbog velikog postotka žena koje doživljavaju *baby blues*). No ipak, 80% žena koje su imale visok rezultat na skali depresivnosti (i to na EPDS, koji je korišten i u ovom istraživanju) osam tjedana nakon poroda, imale su visok rezultat i u prvom mjerenju. Stoga je važno procijeniti moguće troškove, opravdanost i dobiti od ranog screeninga simptoma depresije, jer se pokazalo da su jako velike koristi za majku i dijete ukoliko tretman depresije započne što ranije (Pritchard i sur., 2012). Isto tako, moguće je i da je na rezultate na upitniku kvalitete života utjecala i uputa, u kojoj se traži procjena pojedinih područja u posljednja dva tjedna, dok se roditelje nakon vaginalnog poroda u bolnici zadržavaju minimalno tri dana, a nakon carskog reza

minimalno sedam dana. To bi značilo da su žene u procjenu kvalitete života uključivale i razdoblje trudnoće za vrijeme kojeg nisu boravile u bolnici.

Hipoteza 1c u potpunosti je potvrđena jer se pokazalo da postoji statistički značajna negativna korelacija između percipirane socijalne podrške i depresivnosti. To govori da je manja prisutnost simptoma depresivnosti kod onih roditelja koje imaju bolju socijalnu podršku. Logsdon, Birkimer i Barbee (1997), Ngai i Ngu (2013) navode da je socijalna podrška od obitelji (prvenstveno supruga), prijatelja i medicinskog osoblja značajan resurs koji ženama pomaže u prilagodbi na novu, majčinsku ulogu, a također ona djeluje preventivno na postporođajnu depresiju. Također, Zelkowitz i Papageorgiou (2005) navode da su žene koje su izvještavale o višim razinama emocionalne i instrumentalne podrške od rodbine, prijatelja i susjeda, postizale niže rezultate na skalama anksioznosti. Općenito socijalna podrška od strane supruga, komunikacija i praktična pomoć pokazale su se važnima za prevenciju simptoma depresije i u trudnoći i nakon poroda (Bilszta i sur., 2014).

Predviđanje depresivnosti nakon poroda na temelju mjere socijalne podrške, domene psihičkog zdravlja i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli

Kako bi se dobio odgovor na drugi problem, provedena je hijerarhijska regresijska analiza, čiji rezultati djelomično potvrđuju drugu hipotezu. Pretpostavljalo se da će percipirana socijalna podrška i domene kvalitete života vezano za zdravlje biti značajni prediktori depresivnosti nakon poroda. U prvom su koraku uvrštene sociodemografske i zdravstvene varijable. Pretpostavljalo da će dob biti negativan prediktor depresivnosti jer Clay i Seehusen (2004) navode mlađu dob kao rizičan faktor postporođajne depresije, što u ovom slučaju nije potvrđeno. Pokazalo se da niti ostale varijable: broj članova kućanstva, mjesto stanovanja, stupanj obrazovanja, financijski status, zaposlenost, broj živorođene djece, način ovog poroda i zdravstveni problemi djeteta nisu značajni prediktori postporođajne depresivnosti. Ovaj podatak nije iznenađujući, budući da su rezultati istraživanja o povezanosti ovih i sličnih varijabli s postporođajnom depresivnošću nekonzistentni, odnosno, postoje podatci koji govore u prilog značajnog povećanja rizika, ali i oni koji takvu povezanost negiraju (Clay i Seehusen, 2004; Hellmers i Schuecking, 2008; Josefsson i sur., 2002; Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, i Manzano, 1998; Robertson i sur., 2004). Iako je zbog neznačajnog F – omjera nalaz o zdravstvenim problemima djeteta neinterpretabilan, važno ga je spomenuti. Ukoliko je dijete bolesno, a majka ispoljava simptome depresije, moguće je da se tu zapravo ne radi o depresiji kao poremećaju, nego o normalnoj, zdravoj reakciji zabrinute majke na probleme s kojima se trenutno suočava.

Domena psihičkog zdravlja pokazala se kao jedini značajni prediktor depresivnosti, ali i kao medijator između odnosa depresivnosti i drugih prediktora za koje se predviđalo da će biti značajni (domena fizičko zdravlje, domena okolina i percipirana socijalna podrška). Domena psihičkog zdravlja snažan je i negativan prediktor prisutnosti simptoma depresije nakon poroda, što govori da veći rezultat na ovoj domeni predviđa niži rezultat na skali depresivnosti. To je bilo očekivano budući da depresivnost spada u domenu psihičkog zdravlja, odnosno bolesti (o čemu govori i čestica 26 WHOQOL - Bref: *Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?*). I, konačno, percipirana socijalna podrška se, suprotno očekivanjima, nije pokazala značajnim prediktorom depresivnosti. Naknadnim provjerama utvrđen je i razlog tomu. Naime, domena psihičko zdravlje je medijator odnosa između percipirane socijalne podrške i depresivnosti.

Doprinos i ograničenja rada te implikacije i smjernice za buduća istraživanja

Doprinos ovoga rada svakako je proučavanje ove teme u manjim bolnicama i rodilištima, budući da nije pronađeno puno radova s ovoga područja. Također, važnost se očituje i u otvaranju i rušenju *tabu* tema koje su povezane s postporođajnom depresijom, jer se pokazalo da žene ne govore o njezinim simptomima, a zdravstveni djelatnici ih često ne uočavaju (Barret i Fleming, 2011).

Postoje određena ograničenja ovog istraživanja. Glavno ograničenje, kao što je već spomenuto, povezano je s vremenom koje je prošlo nakon poroda. Naime, preporučuje se izbjegavanje mjerenja simptoma depresivnosti neposredno nakon poroda, jer je velik udio lažno pozitivnih rezultata (Dennis i Ross, 2006). No, ipak u ponovljenim mjerenjima roditelje koje postižu visok stupanj depresivnosti nekoliko tjedana nakon poroda, u ranom su period također postizale visoke rezultate. Stoga bi bilo dobro napraviti analizu procjene koristi i troškova te ispitati strategije ranog otkrivanja postporođajne depresije. To se može učiniti na nekoliko načina. Jedan od njih svakako je uz visok rezultat na skali promotriti rizične faktore i pratiti one žene koje su u rizičnoj skupini (biološke i psihološke rizike), kako predlažu Dennis i Ross (2006). Drugi prijedlog je uvesti rutinsko primjenjivanje upitnika depresivnosti ili provođenje intervjua na prvom pregledu koji se u događa šest tjedana nakon poroda i to u ordinaciji odabranog ginekologa (po uzoru na mnoge dijelove Ujedinjenog Kraljevstva gdje se EPDS rutinski primjenjuje na svim roditeljama šest do osam tjedana nakon poroda (Gibson i sur., 2009)) ili posredovanjem patronažne sestre u domu roditelje. Tako bi bilo moguće na vrlo jednostavan i jeftin način uočiti rizične majke i pružiti im pomoć, ukoliko se to pokaže potrebno. Treći prijedlog je uz skalu depresivnosti kod rizičnih roditelja uključiti i intervju kao

osjetljiviju mjeru depresije (budući da Bowen i sur. (2012) izvještavaju da je na skalama samoprocjena (npr. EPDS) prevalencija nešto veća nego kod dijagnostičkog intervjua). U praćenje simptoma postporođajne depresije bilo bi dobro uključiti i supruga i obitelj roditelja, bolničko osoblje, liječnike opće prakse, patronažne sestre, psihijatre i psihologe, stoga bi bilo korisno održati i edukativne radionice na tu temu usmjerene na navedene subjekte, te obuhvatiti temu postporođajne depresije na trudničkim tečajevima (navodeći pritom simptome postporođajne depresije i naglašavajući pozitivne učinke ranog tretmana). Sljedeći nedostatak istraživanja odnosi se na njegovu korelacijsku prirodu, što onemogućava utvrđivanje uzročno-posljedične povezanosti između kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti. Također, neki su uvjeti istraživanja mogli doprinijeti smanjenju motivacije, jer je termin provođenja istraživanja bio između dvaju posjeta, a u tom se periodu i poslužuje ručak i pacijentice se otpuštaju i pakiraju kući, no taj je termin bio najprikladniji jer nije ometao rad bolničkog osoblja. Isto tako, nije moguće isključiti ni mogućnost davanja socijalno poželjnih odgovora, iako je istraživanje bilo anonimno.

U budućim bi istraživanjima na ovu temu bilo preporučljivo koristiti i druge upitnike kvalitete života ili možda čak i konstruirati poseban upitnik za roditelje koji bi bio specifična mjera kvalitete života roditelja. Naime, WHOQOL – BREF generička je mjera, stoga ima veću mogućnost generalizacije i usporedbe rezultata, ali i manju sadržajnu i konstruktnu valjanost, u usporedbi sa specifičnim mjerama (Zhou, Wang i Wang, 2009). Također, jedna od mogućnosti prilagodbe upitnika za specifičnu skupinu je promijeniti uputu kako bi se dobiveni rezultati odnosili samo na razdoblje nakon poroda. Osim toga, u budućim istraživanjima je preporučljivo uvesti još neke varijable koje bi mogle utjecati na varijable mjerene u ovom istraživanju, kao što su komplikacije pri porodu, percepcija jačine boli pri porodu i u tjednima oporavka, neuspjeh na početku dojenja, osobine ličnosti i bračni problemi. Bilo bi zgodno provjeriti i izvore socijalne podrške, te osim funkcionalnih uključiti i strukturalne mjere socijalne podrške (bračni status, socijalne uloge pojedinca, broj prijatelja i čestina kontakata s njima i sl.). Time bi se dodatno doprinijelo razumijevanju ove kompleksne teme.

Zaključak

U ovom istraživanju nastojala se provjeriti povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti roditelja neposredno nakon poroda te odgovoriti na problem predviđanja postporođajne depresivnosti na temelju mjere socijalne podrške, domena kvalitete života vezano za zdravlje i nekih sociodemografskih i zdravstvenih varijabli. Pokazalo se da

postoji statistički značajna pozitivna povezanost između kvalitete života i svih njezinih domena sa socijalnom podrškom, osim domene fizičko zdravlje, za koju ne postoji statistički značajna povezanost. Hipoteza 1a djelomično potvrđena. Također, pokazalo se i da je depresivnost statistički značajno negativno povezana sa domenama psihičkog i fizičkog zdravlja i okolina, dok sa mjerom ukupne kvalitete života i socijalnih veza nije utvrđena statistički značajna korelacija, čime je djelomično potvrđena hipoteza 1b. Rezultati pokazuju i statistički značajnu negativnu povezanost socijalne podrške i depresivnosti i time potvrđuju i hipotezu 1c.

Druga je hipoteza također djelomično potvrđena jer rezultati hijerarhijske regresijske analize pokazuju da je jedini značajan prediktor postporođajne depresivnosti domena psihičko zdravlje. Suprotno očekivanome, socijalna se podrška nije pokazala značajnim prediktorom depresivnosti, a razlog tome je postojanje medijacije. Rezultati ukazuju da domena psihičko zdravlje je medijator odnosa percipirane socijalne podrške i depresivnosti nakon poroda.

Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. — 5th ed.* Washington i London: American Psychiatric Association.
- Barret, J. i Fleming, A. S. (2011). Annual Research Review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 368–397.
- Bilszta, J. L. C., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. i Buist, A. E. (2014). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian & New Zeland Journal of Psychiatry*, 48, 944-951.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K. i Muhajarine, N. (2012). Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Woman. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 57(3), 161-167.
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M. i Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 180–194.
- Choi, H., Yamashita, T., Wada, Y., Narumoto, J., Nanri, H., Fujimori, A., Yamamoto, H., Nishizawa, S., Masaki, D. i Fukui, K. (2010). Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 120–127, doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02063.x
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. i Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into women’s body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330–345.
- Clay, E. C. i Seehusen, D. A. (2004). A Review of Postpartum Depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 97(2).
- Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-358.
- Cox, J. L., Holden, J. M. i Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cukrowicz, K. C, Franzese, A. T., Thorp, S. R., Cheavens, J. S. i Lynch, T. R. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 12(5), 662-669.

- Dennis, C., Heaman, M. i Vigod, S. (2012). Epidemiology of Postpartum Depressive Symptoms Among Canadian Women: Regional and National Results From a Cross-Sectional Survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(9).
- Dennis, C. i Ross, L. E. (2006). Depressive Symptomatology in the Immediate Postnatal Period: Identifying Maternal Characteristics Related to True - and False Positive Screening Scores. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(5).
- Dennis, C.-L. E., Janssen, P. A. i Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 338–346. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00337.x
- Dyrdal, G. M. i Røysa, E. (2011). Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, 12, 947–962. doi: 10.1007/s10902-010-9238-2.x
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O. i Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 99–107.
- Ford, E. i Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology and Health*, 26(12), 1553–1570.
- Ford, E. i Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 260–268.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Prince, J. i Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 350–364.
- Glasser, S., Barell, V., Boyko, A., Ziv, A., Lusky, A., Shoham, A. i Hart, S. (2000). Postpartum depression in an Israeli cohort: Demographic, psychosocial and medical risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 21, 99–108.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S. i Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1079–1088.
- Hellmers, C. i Schuecking, B. (2008). Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 351–372.

- Holton, S., Fisher, J. i Rowe, H. (2010). Motherhood: is it good for women's mental health?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 223-239.
- Jakovljević, D. (2004). *Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja*. Neobjavljena diplomatska radnja, Filozofski fakultet u Zagrebu.
- Johnston, R. G. i Brown, A. E. (2013). Maternal trait personality and childbirth: The role of extraversion and neuroticism, *Midwifery*, 29(11), 1244-1250.
- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekström, C., Gunnervik, C., Nordin, C. i Sydsjö, G. (2002). Obstetric, Somatic and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99 (2), 223–8.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., van Doesum, K. T. M. i Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(10), 1160–1170. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02268.x
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Krizmanić, M., Kolesarić, V. i Janig, H. (1994). Cross-cultural validation of a psychological model of „Quality of life" concept. *Review of Psychology*, 1(1), 29-36.
- LaMonde, L. (n.d.). *A Comprehensive Review of Postpartum Depression (PPD) for Healthcare Providers*. Preuzeto sa: https://www.mostonline.org/PPD_Comprehensive_Review.pdf.
- Leight, K. L., Fitelson, E. M. i Weston, C. A. (2010). Childbirth and mental disorders. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 453–471.
- Lemola, S., Stadlmayr, W. i Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 190-202.
- Leonardou, A. A., Zervas, Y. M., Papageorgiou, C. C., Marks, M. N., Tsartsara, E. C., Antsaklis, A., Christodoulou, G. N. i Soldatos, C. R. (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 28–39.
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C. i Barbee, A. P. (1997). Social Support Providers for Postpartum Woman. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(1), 89-102.

- Markanović, D. i Jokić-Begić, N. (2011). Kvaliteta života psihički bolesnih osoba. U: Vuletić i sur. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A. i Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of the psychological treatment of post-partum depression. Impact on the mother–child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420–427.
- Ngai, F. i Ngu, S. (2013). Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*, 22, 2031–2039. doi: 10.1007/s11136-012-0336-y.
- Pastuović, N. (1993). Kvaliteta života kao kriterij održivosti razvoja - psihologijski pristup. *Socijalna ekologija* 2(3), 471-479.
- Petz, B. (2005). *Psihologijski riječnik*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Pritchard, M. A., Colditz, P. B., Cartwright, D., Gray, P. H., Tudehope, D. i Beller, E. (2012). Six-week postnatal depression predicts parenting stress profiles in mothers of preterm children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), July 2012, 303–311.
- Righetti-Veltima, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. i Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 49, 167-180.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. i Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Radestad, I. i Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of reproductive and infant psychology*, 23(2), 155–166.
- Seyfried, L. S. i Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 231–242.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1996). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version*. Geneva: Programme on mental health.
- Tronick, E. i Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2). doi: 10.1080/10673220902899714.

- Vuletić, G. i Misajon, R. A. (2011). Subjektivna kvaliteta života. U: Vuletić i sur. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.
- Vuletić, G i Šincek, D. (2011). Važnost socijalne podrške za kvalitetu života: Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. U: Vuletić i sur. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet. World Health Organization (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneva: Programme on mental Health.
- Zelkowitz, P. i Papageorgiou, A. (2005). Maternal anxiety: An emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatrica*, 94(12). doi: DOI: 10.1080/08035250500355030.
- Zhou, S., Wang, X. i Wang, Y. (2009). Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China. *Qual Life Res*, 18, 497–508, doi:10.1007/s11136-009-9466-2.

Prilozi

Prilog 1. Sociodemografski upitnik

Poštovana, molimo Vas da odgovorite na ovaj niz općih pitanja o sebi i svojoj obitelji.

1. Dob: _____

2. Živim

- a. Sama
- b. S partnerom

3. Živim:

- a. U vlastitoj kući/stanu
- b. Kao podstanar
- c. S roditeljima (vlastitim ili partnerovim)

4. Živate li sami u kućanstvu?

- a. Da
- b. Ne

5. Broj članova kućanstva: _____

6. Mjesto stanovanja:

- a. Veliki grad (npr. Zagreb, Split, Osijek)
- b. Grad (npr. Vinkovci, Karlovac)
- c. Prigradsko naselje
- d. Selo

7. Stupanj obrazovanja (najviši postignuti):

- a. Nezavršena osnovna škola
- b. Osnovna škola
- c. Srednja škola
- d. Viša škola
- e. Fakultet i više

8. Smatram da je financijski status moje obitelji:

- a. Vrlo loš
- b. Loš
- c. Prosječan
- d. Dobar
- e. Vrlo dobar

9. Zaposlenost:

- a. Nezaposlena / kućanica
- b. Zaposlena

10. Broj trudnoća: _____

11. Broj porođaja: _____

12. Broj živorođene djece: _____

13. Je li Vam ovo prvi porod?

- a. Da

b. Ne

14. Način ovog poroda:

- a. Vaginalni prirodni
- b. Vaginalni uz analgeziju (epiduralna, spinalna anestezija)
- c. Carski rez

15. Gestacijska dob djeteta u trenutku poroda (tj. U kojem je tjednu trudnoće došlo do poroda)? _____

16. Ima li dijete nekih zdravstvenih problema?

- a. Da
- b. Ne

17. Dijete je smješteno:

- a. Sa mnom u sobi
- b. Na intenzivnoj neonatologiji

Prilog 2. Tablica interkorelacija

Prilog 2. Interkorelacije svih mjenjenih varijabli u istraživanju (N = 101)

Varijabla	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1.Dob	1	.06	-.16	.12	-.20*	.33**	.42**	.01	.02	-.16	-.02	-.02	-.08	-.02	-.02
2.Br. Članova kućanstva		1	.24*	-.47**	.20*	-.20*	.57**	-.18	.06	.06	.12	.23*	.07	.08	.08
3.Mjesto stanovanja			1	-.42**	.09	-.28**	.08	-.07	-.03	.12	-.05	.09	.01	.06	.05
4.Stupanj obrazovanja				1	-.02	.48**	-.33**	.21*	-.03	-.17	-.18	-.21*	-.08	-.02	-.01
5.Financijski status					1	.07	.04	-.11	.00	.14	.25*	.02	.45**	-.07	.06
6.Zaposlenost						1	-.04	.07	-.05	-.09	-.09	-.09	.05	-.01	.00
7.Br. živorođene djece							1	-.04	-.08	.00	.20*	.31**	-.05	.02	.14
8.Način poroda								1	-.01	.03	.03	.00	-.01	-.04	.03
9.Zdravstveni problem djetete									1	.24*	.15	.03	.18	-.19	-.06
10.Fizičko zdravlje										1	.50**	.41**	.53**	-.37**	.22*
11.Psihičko zdravlje											1	.41**	.51**	-.52**	.38**
12.Socijalne veze												1	.31**	-.18	.51**
13.Okolina													1	-.34**	.36**
14.EPDS														1	-.29**
15.LJSP															1

Legenda: ** p < .01; * p < .05; EPDS – Edinburška skala postnatalne depresivnosti; LJSP – Ljestvica socijalne podrške