



UNIVERZITET CRNE GORE
FILOZOFSKI FAKULTET

Alma Osmanagić

**ODNOS ZADOVOLJSTVA POROĐAJEM, POSTPARTALNOG PTSP-A
I POVEZIVANJA SA ODOJČETOM NA UZORKU ŽENA U CRNOJ
GORI**
MASTER RAD

Nikšić, 2024.



UNIVERZITET CRNE GORE
FILOZOFSKI FAKULTET

Alma Osmanagić

**ODNOS ZADOVOLJSTVA POROĐAJEM, POSTPARTALNOG PTSP-A
I POVEZIVANJA SA ODOJČETOM NA UZORKU ŽENA U CRNOJ
GORI**
MASTER RAD

Nikšić, 2024.

PODACI I INFORMACIJE O STUDENTU

Ime i prezime: Alma Osmanagić

Datum i mjesto rođenja: 25. 8. 1999. godine, Podgorica

Naziv završenog osnovnog studijskog programa i godina završetka studija: osnovne akademske studije, studijski program Psihologija, 2021. godina

INFORMACIJE O MASTER RADU

Naziv master studija: akademske master studije, studijski program Psihologija

Naslov rada: Odnos zadovoljstva porođajem, postpartalnog PTSP-a i povezivanja sa odojčedom na uzorku žena u Crnoj Gori

Fakultet na kojem je rad odbranjen: Filozofski fakultet

UDK, OCJENA I ODBRANA MASTER RADA

Datum prijave master rada

Datum sjednice Vijeća na kojoj je prihvaćena tema

Mentor: dr Helena Rosandić

Komisija za ocjenu/odbranu rada: dr Helena Rosandić

dr Bojana Miletić

dr Veselinka Milović

Datum odbrane

Datum promocije

IZJAVA O AUTORSTVU

Kandidat: Alma Osmanagić

Na osnovu člana 22 Zakona o akademskom integritetu (Sl.list CG br. 17/2019), ja, dolje potpisana,

IZJAVLJUJEM

pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću da je master rad pod nazivom „Odnos zadovoljstva porođajem, postpartalnog PTSP-a i povezivanja sa odojčedom na uzorku žena u Crnoj Gori“ rezultat sopstvenog istraživačkog rada, da nisam kršila autorska prava i koristila intelektualnu svojinu drugih lica i da je navedeni rad moje originalno djelo.

U Nikšiću, _____

Potpis studenta

Sažetak

Istraživanje je sprovedeno sa ciljem boljeg razumijevanja odnosa u kojem stoje zadovoljstvo porođajem, simptomi postpartalnog PTSP-a i vezivanje za odojče. Imajući u vidu značaj neometanog procesa vezivanja majke za novorođenče, važno je ispitati potencijalne faktore koji mogu negativno uticati na taj proces. U istraživanju je učestvovalo 190 žena koje su se porodile u Crnoj Gori u posljednjih 12 mjeseci od trenutka prikupljanja podataka i čije posljednje rođene bebe nisu bile mlađe od mjesec dana. Ispitanice su *online* putem ispunile revidiranu Skala zadovoljstva porođajem (*BSS-R*), Skalu porođajne traume (*City BiTS*), Skalu postporođajnog vezivanja (*PBQ*) i upitnik koji je kreiran za potrebe ovog istraživanja sa ciljem prikupljanja socio-ekonomskih i akušerskih podataka. Od ukupnog uzorka, 3.68% ispitanica je zadovoljilo sve kriterijume prema DSM 5 za dijagnostikovanje postporođajnog PTSP-a. Rezultati su pokazali da zadovoljstvo porođajem statistički značajno negativno korelira sa generalnim i postporođajnim simptomima PTSP-a i teškoćama u vezivanju za odojče, redom $r_s = -.39$, $r_s = -.59$ i $r = -.31$. Generalni i postporođajni PTSP su u pozitivnoj korelaciji sa teškoćama u vezivanju, $r = .37$; $r = .20$. Zadovoljstvo porođajem se pokazalo kao značajan prediktor simptoma PTSP-a povezanih sa porođajem ($R^2 = .41$) i generalnih simptoma PTSP-a ($R^2 = .16$). Kao značajni prediktori teškoća u vezivanju za odojče, hijerarhijskom višestrukom regresijom utvđeni su generalni simptomi PTSP-a i zadovoljstvo porođajem, ($R^2 = .18$), dok se uvođenjem simptoma postpartalnog PTSP-a u model nije značajno promijenio procenat objašnjenja ukupne varijanse u simptomima teškoća u povezivanju sa odojčetom. Kada je riječ o akušerskim varijablama, način porođaja, epiziotomija, Kristelerov zahvat, indukcija i probijanje vodenjaka su imali značajan efekat na zadovoljstvo porođajem. Na PTSP simptome, efekat su imali način porođaja, epiziotomija, Kristelerov zahvat i probijanje vodenjaka, dok je na vezivanje za odojče efekat imao samo Kristelerov zahvat.

Ključne riječi: zadovoljstvo porođajem, porođajno iskustvo, postporođajno mentalno zdravlje, postpartalni PTSP, vezivanje za odojče

Abstract

The purpose of this study is to attain a greater understanding of the relationship between birth satisfaction, postpartum PTSD symptoms, and maternal-infant bonding. Considering the importance of nondisrupted mother-infant bonding process, the study examines potential factors that might impede this process. The study participants were 190 women who had given birth in Montenegro within no more than 12 months before completing the questionnaire and whose last-born child was no younger than a month. They filled out the online forms of the revised Birth Satisfaction Scale (BSS-R), Birth-Related Trauma Scale (City BiTS), Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), and a questionnaire specifically designed for this research to gather socio-economic and obstetrical data. Out of sample, 3.68% of the responders matched the DSM 5 criteria for diagnosing postpartum PTSD. The results showed that birth satisfaction was significantly negatively correlated with general and postpartum PTSD symptoms, as well as with difficulties in bonding with the infant, with correlation coefficients of $r_s = -.39$, $r_s = -.59$, and $r_s = -.31$ respectively. General and postpartum PTSD were positively correlated with bonding difficulties, with correlation coefficients $r = .37$ and $r = .20$ respectively. Birth satisfaction proved to be a significant predictor of birth-related PTSD symptoms ($R^2 = .41$) and general PTSD symptoms ($R^2 = .16$). Significant predictors of bonding difficulties with the infant, as determined by hierarchical multiple regression, were general PTSD symptoms and birth satisfaction ($R^2 = .18$). The percentage of total variance explanation in bonding difficulties with the infant did not significantly change by introducing postpartum PTSD symptoms into the model. Birth satisfaction was considerably affected by obstetrical variables such as delivery method, Kristeller maneuver, labor induction, and amniotomy. Mode of delivery, episiotomy, Kristeller maneuver, and amniotomy all had a significant impact on PTSD symptoms, while the mother-infant bonding was affected only by the Kristeller maneuver.

Key words: birth satisfaction, birth experience, postpartal mental health, postpartal PTSP, mother-infant bonding

Sadržaj

Uvod	8
Povezivanje sa odojčedom i srodni koncepti i procesi	9
Prediktori kvaliteta proces vezivanja	16
Poteškoće i poremećaji u vezivanju	18
Porodajno iskustvo i zadovoljstvo porođajem	19
Odrednice zadovoljstva porođajem	20
Porodajno iskustvo i institucionalizacija porođaja	22
Postporodajni psihijatrijski poremećaji	27
Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	28
Postpartalni PTSP i vezivanje za odojčce	31
Problem, ciljevi i hipoteze istraživanja	32
Metod	33
Uzorak	34
Instrumenti	35
Postupak prikupljanja i obrada podataka	37
Rezultati	37
Akušerski podaci	37
Zadovoljstvo porođajem	39
Generalni simptomi i simptomi postpartalnog PTSP-a	41
Povezivanje sa odojčedom	44
Korelacija	45
Regresiona analiza	45
Diskusija	47
Zaključak	51
Literatura	53
Prilozi	63

Uvod

Postoji veliki broj teorija, faktora i uglova iz kojih se može posmatrati čovjek i objašnjavati njegov razvoj. Hronološki, može se reći da je od trenutka rođenja, jedan od najvažnijih prediktora kasnijeg emocionalnog, kognitivnog, socijalnog, pa i fizičkog razvoja, odnos koji se uspostavlja između majke i djeteta (Brockington, 2004; Brockington, Aucamp & Fraser, 2006). Ovaj odnos je dvosmjernan, pa je moguće govoriti o stvarima iz perspektive djeteta, odnosno diskutovati o afektivnoj vezanosti i radnim modelima sebe i drugih koje dijete usvaja putem interakcija sa roditeljima (Stefanović Stanojević, 2011). Paralelno sa afektivnim vezivanjem djeteta za majku, majka takođe formira emocionalnu vezu sa djetetom koja će oblikovati njeno njegujuće ponašanje. Dakle, da bi majka mogla biti sigurna baza, potrebno je da i ona formira emocionalnu vezu sa djetetom koja će obezbijediti njegove adekvatne reakcije i kasniji razvoj (Brockington, 1996). Imajući u vidu značaj najranijeg odnosa majke i djeteta, od velike je važnosti ispitati potencijalne faktore, situacije i stanja koja bi mogla narušiti taj odnos i istovremeno ugroziti kako adekvatan i optimalan razvoj djeteta, tako i majčino mentalno zdravlje. Kao neki od faktora koji su međusobno povezani i mogu predviđati nepovoljne uslove za emocionalno vezivanje majke za odojče, prepoznati su porođajno iskustvo i postpartalni posttraumatski stresni poremećaj (Kennell & McGrath, 2007; Seefeld, Weise, Kopp, Knappe & Garthus-Niegel, 2021; Smorti et al., 2020; Bell, Andersson, Goding & Vonderheid, 2018; Reisz, Jacobvitz & George, 2015; Davis-Floyd, 2001; Parfitt & Ayers, 2009; Andersen et al., 2012; Muzik, McGinnis, Bocknek, Morelen et al., 2016; Erickson, Julian & Muzik, 2019; Nakić Radoš et al., 2020; Suetsugu, Haruna & Kamibeppu, 2020; Kjerulff et al., 2021).

Porodaj predstavlja važan događaj i za ženu i za cijelu porodicu. Tokom samog porođaja, porodilje prolaze kroz velike fizičke, ali i psihičke napore i izazove. Porođajna iskustva mogu zavisi od toka i načina porođaja, eventualnih komplikacija sa porodiljinim ili djetetovim zdravljem, odnosa sa bolničkim osobljem, nivoa podrške, mehanizama prevladavanja, lokusa kontrole i različitih individualnih karakteristika (Larkin, Begley & Devane, 2009; O'Hare & Fallon, 2011). U skladu sa tim, porođajna iskustva mogu biti pozitivna i negativna, odnosno, zadovoljstvo porođajem je različito kod različitih porodilja. Neke od odrednica porođajnog iskustva su individualnost, kompleksnost, proces i njegova važnost kao životnog događaja (Larkin, Begley & Devane, 2009). Ono što u velikoj mjeri određuje

porođajno iskustvo su institucionalizacija i medikalizacija porođaja (Hrnčić, 2021, Stanković, 2014; Davis-Floyd, 2001). Porođaj je istovremeno i stresor koji sa sobom donosi velike promjene na fiziološkom, hemijskom, fizičkom i psihičkom planu. Kao takav, predstavlja i rizik za nastanak negativnih posljedica kada su u pitanju porođajno postpartalno mentalno zdravlje i proces vezivanja za novorođenče.

Postporođajne psihičke bolesti nisu rijetkost i one otežavaju postpartalni period mnogim ženama (Begić, 2016). Neki od poremećaja su postporođajna depresija, tuga, psihoza, anksiozni poremećaji i PTSP (Begić, 2016). Postporođajni PTSP predstavlja veliki izazov za normalno funkcionisanje žene, a takođe negativno utiče i na vezivanje za odojče. Kao prediktori postpartalnog PTSP-a prepoznati su istorija traumatičnih događaja i seksualnog zlostavljanja, negativno porođajno iskustvo, komplikacije prilikom porođaja, osjećaj odsustva kontrole, disocijacija, neplanirani način porođaja, loš odnos sa doktorima i babicama ili odsustvo adekvatne komunikacije. Imajući u vidu kliničku sliku PTSP-a, jasno je da takvo stanje interferira sa majčinim kapacitetima i mogućnostima za emocionalno vezivanje za novorođenčeta (Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade & Wijma, 2008; Grekin, O'Hara, 2014; Ayers, Wright & Thornton, 2018; Parfitt & Ayers, 2009; Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont & Joergensen, 2012).

Povezivanje sa odojčeta i srodni koncepti i procesi

Jedan od najvažnijih psiholoških procesa, kako za majku, tako i za novorođenče, u periodu puerperija i nadalje, jeste vezivanje porodilje za svoje odojče (Brockington, 2004; Brockington, Aucamp & Fraser, 2006). Bitno je definisati koncept vezivanja majke (roditelja) za odojče (engl. *mother-infant bonding*; *maternal bonding*; *maternal-infant bonding*, *parent-infant bond*) i druge, slične koncepte i termine, poput afektivnog vezivanja i vezanosti koji se u literaturi nerijetko koriste kao sinonimi. Vezivanje roditelja za odojče i roditelj-dijete veza (engl. *parent-infant bonding*) se odnose na osjećanja i misli koje roditelji imaju o odojčeta (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Parfitt & Ayers, 2009). Interesovanje za ovu temu i prepoznavanje njenog značaja počinje radovima Reve Rubin (*Reva Rubin*), jedne od prvih specijalista akušerstva (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Guy, Edgil & Douglas, 1988). Odnos koji majka formira sa svojim novorođenčeta je biološki i adaptivno važan jer obezbjeđuje adekvatnu brigu i njegu

djeteta, te njegovo preživljavanje. Zahvaljujući emocionalnoj responzivnosti, majka je u stanju da podnese žrtvu kako bi brinula o svom novorođenčetu (Brockington, 1996). Kako i Bolbi (*John Bowlby*) kaže: „Ljubav majke u djetinjstvu je važna za mentalno zdravlje, koliko i vitamini i proteini za fizičko“ (Bowlby, 1953, prema Brockington, 1996). Sa druge strane, Džon Bolbi, osnivač teorije afektivne vezanosti, određuje afektivnu vezanost kao primarnu djetetovu potrebu da formira emotivni odnos sa majkom, ili drugom starateljskom figurom koja će predstavljati sigurnu bazu (Bowlby, 1988, prema Stefanović Stanojević, 2011). Dakle, može se reći da razlika između afektivne vezanosti i vezivanja majke za odojče leži u smjeru odnosa i u tome da li je akcenat na majci ili djetetu, pa afektivna vezanost podrazumijeva odnos koji dijete formira sa majkom i način na koji se ponaša, a vezivanje majke za odojče se odnosi na majčina osjećanja i stavove prema njemu (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005). Oba ova procesa su podjednako važna za dobrostanje i bebe i majke. Na uspostavljanje afektivne vezanosti bebe za majku utiče i majčina vezanost za dijete, odnosno emocije i misli koje ona ima o njemu, a koji utiču na njeno ponašanje sa bebom. Značaj afektivnosti i emocionalne vezanosti se ogleda u sindromu hospitalizma koji je primijećen kod beba u sirotištima čije su fizičke potrebe bile zadovoljene, dakle bile su zbrinute, nahranjene i u toplom, ali uskraćene za emocionalni odnos, afektivnu pažnju i afektivno ponašanje. To je za posljedicu imalo usporeni fizički napredak i rast, umanjen apetit i gubitak u težini, a potom i gubitak svake vrste interesovanja za bilo kakvu interakciju (Spitz, 1945, prema Klaus, Kennell & Klaus, 1995).

Ono što je bitno za razumijevanje afektivne vezanosti jeste koncept unutrašnjeg radnog modela. Unutrašnji radni modeli su kognitivno-afektivne strukture koje nastaju kao posljedica bihevioralnih obrazaca i predstavljaju osnov za ponašanje u situacijama afektivnog vezivanja (Stefanović Stanojević, 2011). Pod uticajem svakodnevnih ponavljajućih iskustava koje dijete ima sa svojim roditeljima, ono formira predstave o njima i o sebi. Na osnovu shema koje sadrži radni model, dijete prilagođava svoje ponašanje i svoja očekivanja od značajnih drugih. Važna odlika unutrašnjeg radnog modela jeste da se on aktivira automatski, bez potrebe za prethodnom svjesnom procjenom situacije (Stefanović Stanojević, 2011). Dakle, vođeno iskustvom odnosa roditelja prema njemu, dijete formira skup očekivanja i vjerovanja o samom sebi (unutrašnji radni model) i vjerovanja i očekivanja u odnosu na druge ljude i svijet (unutrašnji radni model drugih). Naravno, oba ova modela mogu biti ili pozitivna ili negativna. Bolbijeve modele afektivnog vezivanja eksperimentalno dokazuje i proširuje Meri Ejnsvort, a potom i ostali istraživači, te su utvrđena četiri modela: sigurna afektivna vezanost (tip A),

nesigurna/izbjegavajuća afektivna vezanost (tip *B*), nesigurna/ambivalentna vezanost (tip *C*), nesigurno dezorganizovani obrazac vezivanja (tip *D*).

Dijete sa tipom *A* vezanosti, odnosno sa sigurnom afektivnom vezom doživljava majku kao sigurnu bazu, dostupnu, responzivnu i dosljednu u svom njegujućem ponašanju, a svijet kao sigurno i bezbjedno mjesto. Ovakva djeca su uspješna u interpersonalnim odnosima i osjećaju se prijatno tokom istraživanja svijeta (Stefanović Stanojević, 2011). Djeca sa tipom *B*, nesigurnom/izbjegavajućom afektivnom vezanošću formiraju sliku o sebi kao o nekom nedovoljno vrijednom, dok svijet doživljavaju kao izuzetno nesigurno mjesto, što za posljedicu ima distanciranost u međuljudskim odnosima, pretjerano odbrambeni stav i ravnodušnost. Majke ove djece ne odgovaraju adekvatno i dosljedno na njihove emocionalne potrebe (Stefanović Stanojević, 2011). Tip *C* ili nesigurna/ambivalentna vezanost se formira kod djece čije su majke nedosljedno dostupne i koje selektivno i na nepredvidljiv način reaguju na njihove signale i potrebe. U takvim uslovima, bebe su usmjerene na zadobijanje majčine pažnje, a vođene strahom od gubitka majke postaju i pretjerano emocionalno zavisne. Istovremeno, pretjerana usmjerenost na majku i zadobijanje njene ljubavi i pažnje odvrćaju interes za spoljašnju sredinu (Stefanović Stanojević, 2011). Četvrti tip vezanosti, tip *D* ili nesigurno dezorganizovani obrazac se javlja najčešće kod djece koja odrastaju uz roditelje koji pate od psihičkih poremećaja ili su fizički zlostavljani. U prisustvu roditelja, dijete s ovim modelom vezanosti se ponaša čudno i nepredvidljivo, ali je i ponašanje roditelja takvo uz često izazivanje straha kod djeteta. Kod ove djece se mogu smjenjivati ponašanja traženja bliskosti, prisnosti i pripadanja sa ponašanjima izbjegavanja roditelja (Stefanović Stanojević, 2011).

Tip afektivne vezanosti koju će dijete razviti, kao i unutrašnji model sebe zavise od brižnosti i ponašanja roditelja prema njemu, pa tako osjetljivost i responzivnost majke na potrebe svog djeteta tokom prve godine života rezultira sigurnim stilom afektivnog vezivanja djeteta u 13. mjesecu (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Može se reći da veza koju dijete uspostavlja sa svojim roditeljima predstavlja prototip svih budućih veza (Malekpour, 2007). Upravo zbog toga, važno je da roditelji uspiju da kod djeteta kreiraju osjećaj bazičnog povjerenja u svijet i pomognu mu u emocionalnoj regulaciji (Malekpour, 2007). Veza koju roditelji formiraju sa svojom bebom je od velikog značaja za formiranje stila afektivne vezanosti i djetetov kasniji razvoj (Brockington, 1996). Slabija vezanost majke za odojče dovodi do pretjeranog i produženog samoumirujućeg ponašanja kod djece, što za posljedicu može imati nesigurno-izbjegavajući stil afektivne vezanosti (Müller, Tronick, Zietlow, Nonnenmacher, Verschoor & Träuble, 2016). Adekvatna i nenarušena vezanost majke za dijete

je u vezi sa njegovim kasnijim umjerenijim i primjerenijim reakcijama na stres u odraslom dobu, u odnosu na djecu čije su majke imale poteškoća u formiranju adekvatne veze sa njima, a koja u odraslom dobu neadekvatno odgovaraju na stresne situacije (Dalsant, Truzzi, Setoh & Esposito, 2015, prema Müller i saradnici, 2016). Djeca sa sigurnom afektivnom vezom doživljavaju sebe dostojnim ljubavi i pažnje, a svijet smatraju sigurnim mjestom u koji mogu imati povjerenja. Roditelji djece sa sigurnim afektivnim vezama su dosljedni u svom ophođenju, dostupni i responzivni na dječije potrebe (Stefanović Stanojević, 2011). U skladu sa tim, model sigurne vezanosti kod djece predstavlja protektivni faktor za njihov kasniji socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj i adaptaciju (Balbernie, 2013). Na uzrastu od tri do pet godina, djeca sa sigurnom afektivnom vezom, u odnosu na djecu sa nesigurnim obrascima vezanosti, pokazuju veću radoznalost, bolju sliku o sebi, razvijenije kompetencije, samopouzdanje, rezilijentnost, sposobnost za empatiju i sklonija su stvaranju bliskih prijateljstava sa drugom djecom (Arend, Gove & Sroufe, 1979; Elicker, Englund & Sroufe, 1992; Jacobson & Wille, 1986; Youngblade & Belsky, 1992, prema Malekpour, 2007). Zbog plastičnosti mozga u prvim godinama života, važnost ranih interakcija majke i djeteta i formiranja sigurne vezanosti je još veća, budući da utiču na formiranje djetetovih neurobioloških struktura (Schoore, 2011). Od posebnog značaja su razvoj limbičkog sistema, desne hemisfere i autonomnog nervnog sistema koji su, između ostalog, odgovorni za adaptaciju na nepredvidljivo i stalno mijenjajuće okruženje, a u ovom procesu su veoma važni modeli vezanosti i afektivnog ponašanja i njihov uticaj na razvijanje djetetovih mehanizama prevladavanja i suočavanja sa stresom (Schoore, 2011). Sa druge strane, istorija ponašanja afektivnog vezivanja koja narušavaju sigurnu vezanost i dovode do nesigurnih obrazaca vezanosti, dovode se u vezu sa moždanim strukturama koje su neefikasne u regulisanju emocionalnih stanja i aktiviranju adaptivnih mehanizama prevladavanja, te stoga ugrožavaju mentalno zdravlje djeteta (Schoore, 2011).

Nesigurni obrasci afektivne vezanosti u periodu ranog djetinjstva povećavaju rizik od antisocijalnog ponašanja, emocionalnih problema i problema sa mentalnim zdravljem (Balbernie, 2013). Nesigurna vezanost sa sobom donosi i veću vjerovatnoću suočavanja sa poremećajima raspoložena u odraslom dobu, a dovodi se i u vezu sa anksioznošću (Malekpour, 2007). Modeli nesigurne vezanosti zapravo predstavljaju faktor rizika u situacijama kada se osoba suočava sa stresnim situacijama u životu i emocijama i stanjima koja mogu potencijalno dovesti do narušavanja mentalnog zdravlja (Balbernie, 2013). Rezultati istraživanja koje se, između ostalog, bavilo razlikama u razvoju između djece sa sigurnom afektivnom vezanošću i

djece sa nesigurnim obrascima vezanosti, pokazali su da djeca koja su na uzrastu od 15 mjeseci formirala sigurnu vezu čije su majke kasnije, na uzrastu od 24 mjeseca, adekvatno vodile brigu o njima, bile responzivne i senzitivne na dječije signale i potrebe, postigla značajno bolje rezultate kada je riječ o saradnji, bihevioralnim problemima, ekspresivnom i receptivnom jeziku i spremnosti za upis u školu u odnosu na djecu koja su bila nesigurno vezana za svoje majke koje su ostale dosljedne u svojoj neresponzivnosti na dječije potrebe i nesenzitivnoj njezi i brizi (Belsky & Fearon, 2002). Ovi rezultati, osim bihevioralnih problema, su ostali isti i kada su kontrolisane razlike u socio-ekonomskom statusu. Takođe, trogodišnjaci sa sigurnom afektivnom vezom čije su majke kontinuirano pokazivale adekvatno njegujuće ponašanje i responzivnost na dječije potrebe su u prosjeku postizali značajno bolje rezultate na svim domenima u odnosu na djecu koja su bila nesigurno vezana i čije su majke bile dosljedne u svom nesenzitivnom ponašanju (Belsky & Fearon, 2002). Istraživači su se zapitali šta se dešava sa postignućima trogodišnjaka koji su na uzrastu od 15 mjeseci bili sigurno vezani i čije su majke i na uzrastu od 24 mjeseca nastavili sa, kako to istraživači nazivaju, senzitivnim ponašanjem, i obrnuto – šta se dešava sa trogodišnjacima koji su bili nesigurno vezani i čije su majke nastavile sa nesenzitivnim ponašanjem. Rezultati su pokazali da je rana nesigurna povezanost, praćena kasnijim senzitivnim ponašanjem majke, povezana sa uspješnijim socio-emocionalnim, kognitivnim i lingvističkim razvojem djece na uzrastu od 3 godine, u odnosu na djecu koja su u ranom djetinjstvu formirala sigurnu vezanost, ali čije su se majke kasnije ponašala nesenzitivno (Belsky & Fearon, 2002). Dakle, kombinacija rane nesigurne vezanosti i kasnijeg senzitivnog ponašanja majke se čini kao bolja za emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj trogodišnjaka u odnosu na kombinaciju sigurne vezanosti na ranom uzrastu i kasnijeg nesenzitivnog ponašanja majke. Ovi rezultati ukazuju na značaj kontekstualnih faktora i važnost sredinskih uticaja. U porodicama u kojima je dijete bilo sigurno vezano na uzrastu od 15 mjeseci, ali su kasnije interakcije majke sa djetetom procijenjene nesenzitivnim, primjećen je i značajno veći nivo stresa, finansijskih poteškoća, depresivnost majke i manji stepen socijalne podrške u odnosu na porodice u kojima su djeca takođe bila sigurno vezana na uzrastu od 15 mjeseci, ali su majke i kasnije nastavile sa visoko senzitivnim ponašanjem (Belsky & Fearon, 2022). Kombinacija nesigurne vezanosti i kasnijeg senzitivnog ponašanja majke značila je i značajno manji nivo stresa kod majki, manje finansijskih poteškoća i simptoma depresije, i veći nivo socijalne podrške u odnosu na kombinaciju nesigurne vezanosti i kasnije nesenzitivnog ponašanja. Ova zapažanja ukazuju na značaj majčine vezanosti koje dovodi do ponašanja na način koji je najbolji za razvoj djeteta

Vezivanje majke za novorođenče ne počinje od samog trenutka rođenja. Trudnica stvara emocionalnu vezu i sa fetusom u toku same trudnoće (Radovanović & Mihić, 2018). Prenatalna vezanost se može shvatiti kao svojevrsni početak vezivanja majke za odojče, a važnost prenatalnog vezivanja se ogleda u pripremi trudnice za ulogu roditelja (Hanak, 2007, prema Radovanović & Mihić, 2018). Prenatalna vezanost predstavlja indikator ženine adaptacije na trudnoću, a utiče i na zdravstvenu brigu za plod tokom trudnoće koja se ogleda kroz redovne ginekološke preglede i zdrave životne stilove (Radovanović & Mihić, 2018). Kvantitet i kvalitet mentalnih reprezentacija bebe i sebe kao roditelja se mijenjaju tokom trudnoće, pa je i prenatalna vezanost izraženija u kasnijim fazama trudnoće kada trudnica može osjetiti pokrete fetusa i vidjeti ga putem ultrazvuka (Radovanović & Mihić, 2018). Majčinska prenatalna vezanost se odnosi na pozitivna osjećanja ljubavi, ponosa, privrženosti, ushićenja u odnosu na bebu i maštanja o susretu, kontaktu i upoznavanju sa bebom. Za formiranje prenatalne vezanosti su važni i diferencijacija i kontakt, odnosno mogućnosti majke da doživi bebu kao zasebno biće sa kojim već prenatalno može ostvariti kontakt. U osnovi prenatalne vezanosti se nalaze i odgovornost i brižnost koje se ogledaju kroz majčinu brigu za zdravlje i napredovanje fetusa, svijesti o odgovornosti za dobrobit bebe i spremnost da se posveti njegovanju (Hanak, 2009, prema Radovanović & Mihić, 2018). Jaka prenatalna vezanost značajno je povezana sa prisustvom manjeg broja PTSP simptoma prouzrokovanih iskustvom porođaja, što dovodi do bolje povezanosti majke i novorođenčeta (Smorti, Ponti, Ghinassi & Rapisardi, 2020). Takođe, pozitivna osjećanja, maštanja i osjećaj odgovornosti za nerođeno dijete su u vezi sa postnatalnom brigom i vezivanjem majke za novorođenče što se ogleda kroz responzivnost na djetetove potrebe i signale, želju za blizinom i prisnošću sa bebom i osjećaj kompetentnosti u roditeljskoj ulozi (Smorti, Ponti & Tani, 2019).

Izuzetan značaj vezivanja majke za odojče za njegov kasniji razvoj i dobrostanje nije odlika isključivo ljudskog roda. Na talasu istraživanja u životinjskom svijetu, među istraživačima se javlja interesovanje za ispitivanje senzitivnog i kritičkog perioda za formiranje vezanosti za bebu (Kennell, Trause & Klaus, 1975; Klaus, Kennell & Klaus, 1995; Myers, 1984). Pionirska istraživanja na ovu temu su rađena na američkom tlu gdje Kenel i Klaus zaključuju da neposredno nakon porođaja postoji period od velike važnosti za vezivanje majke za dijete i da je u tom procesu neophodan kontakt kožom (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Praksa u američkim porodilištima od tridesetih do osamdesetih godina 20. vijeka je podrazumijevala prvi kratak susret majke i bebe od šest do 12 sati nakon porođaja, a sljedeći susreti bi bili organizovani jednom u četiri sata i trajali bi dvadesetak minuta koliko bi trajalo

i dojenje, dok bi porodilja ostajala u bolnici pet ili više dana (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Prva istraživanja koja su bila usmjerena na ispitivanje da li će povećavanje mogućnosti da porodilja i novorođenče provedu više vremena u bliskom kontaktu tokom prvih minuta, sati i dana nakon porođaja uticati na kvalitet kasnijih interakcija između majke i bebe, pokazala su obećavajuće rezultate. Utvrđeno je da su majke u prvim danima i nedeljama nakon porođaja pokazivale značajno više afektivnog ponašanja kada im je omogućen rani i produženi kontakt sa bebama u bolnici (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Zanimljivo je istraživanje sa porodiljama iz društvenih grupa pod rizikom u kojem je formirana eksperimentalna grupa u kojoj su porodilje imale dodatnih 12 sati kontakta sa bebom tokom prva dva dana nakon porođaja, dok je kontrolna grupa imala ograničen kontakt sa svojim bebama koji je bio tipičan za tadašnju praksu. Rezultati su pokazali da je kod kontrolne grupe zabilježen statistički značajno veći broj slučajeva zanemarivanja, zlostavljanja i napuštanja beba tokom prvih 17 mjeseci života (O'Connor, Vietze, Sherrod, Sandler & Altemeier, 1980, prema Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Zaključak je bio da vezivanje mogu ugroziti dva glavna razloga – fizička odvojenost od odojčeta nakon porođaja i emocionalna distanciranost. Do fizičke separacije je dolazilo uglavnom zbog okolnosti u porođajnoj sali (carski rez, opšta anestezija, boravak na intenzivnoj njezi, postpartalni poremećaji kod majke ili djeteta), a do emocionalne uslijed intenzivnih traumatskih događaja ili problema sa mentalnim zdravljem koji interferiraju sa procesom emocionalnog vezivanja za odojče (Klaus, Kennell & Klaus, 1995).

Međutim, i pored mnogobrojnih istraživanja koja su govorila u prilog hipotezi o postojanju senzitivnog perioda za vezivanje majke za novorođenče, istovremeno su se pojavljivala i ona čiji su rezultati bili suprotni, a i sama teorija Klause i Kenela je bila kritikovana (Myers, 1984). Kritike su najčešće bile usmjerene na metodološka i teoretska ograničenja istraživanja koja su govorila u prilog postojanju kritičnog perioda, ali su istovremeno i ukazivale na njihov značajan doprinos razumijevanju roditeljstva. Generalno, vladajući stav nauke je bio da je ponašanje ljudi daleko kompleksnije i adaptivnije u odnosu na životinje (Myers, 1984). Barbara Majers (1984) primjećuje da je potenciranje važnosti tog ranog prvog kontakta doprinijelo prepoznavanju potrebe roditelja i porodica za humanijim pristupom i praksama u porodilištima, ali je imalo i neke od negativnih posljedica. Vezivanje je bio termin koji je popularizovan i pretjerano simplifikovan od strane medija, pa je to dovelo i do anksioznosti, pritiska i straha budućih roditelja da nakon porođaja ne propuste jedinstvenu priliku da ostvare emotivnu vezu sa svojim bebama (Myers, 1984). Imajući u vidu dotadašnje stanje u nauci kada je riječ o vezivanju za novorođenče, Klaus, Kenel i Klaus (1995) zaključuju

da se formiranje vezanosti u prvim trenucima susreta sa bebom ne dešava kod svih roditelja zbog mnogobrojnih okolinskih i razlika u samim roditeljima. Takođe, tvrde da ukoliko se roditeljima omogućí boravak nasamo sa bebom tokom prvog sata nakon porođaja i kasnije tokom bolničke njege, kao i podržavajuća njega, utoliko će doći do formiranja najpovoljnijih uslova za početak procesa vezivanja (Klaus, Kennell & Klaus, 1995).

Iako je kompleksno i od velikog značaja i za majku i za dijete, vezivanje je moguće opažati i mjeriti na više načina. Zbog svoje ekonomičnosti, brzine i sveobuhvatnosti, najčešće su korišćeni upitnici koje ispunjava majka, a nerijetko su praćeni i intervjuima (Brockington, 1996). Najčešće korišćeni upitnici se sastoje od stavki koje ispituju majčina osjećanja i stavove prema svojoj bebi (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Opservacija porodilje tokom boravka u bolnici takođe može donijeti mnoštvo korisnih podataka (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Medicinsko osoblje može posmatrati porodiljine kompetencije i vještine prilikom brige i njege bebe, afektivno ponašanje prema bebi, reakcije kada se rastaje od nje, te reakcije prilikom ponovnog susreta i slično (Brockington, 1996). Takođe je često i posmatranje majke i bebe u kućnim uslovima gdje se u obzir uzimaju tri velike grupe mjera, a to su ponašanje majke, ponašanje bebe i njihova interakcija (Brockington, 1996). Koncept vezivanja majke za odojče je relevantan i prepoznat u kliničkoj praksi i kao takav operacionalizovan za korišćenje i u istraživanjima i u praksi (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Misli i osjećanja koje nastaju kod majke pod uticajem pogleda, dodira, mirisa i sjećanja na novorođenče, a koji se nalazi u osnovi majka-dijete veze, izraženi su kroz afektivno ponašanje, opreznost i zaštitničku nastrojenost (Brockington, 1996). Međutim, kako Ian Brockington (1996) zaključuje, vidljiva ponašanja vezanosti za odojče poput dodirivanja, grljenja, maženja, ljubljenja, osmjehivanja i slično, nisu dovoljan dokaz o postojanju zdrave i normalne vezanosti. Razlog tome leži u činjenici da se mnoge majke, i pored toga što hrane i brinu o svojim bebama, susrijeću sa bolnim osjećanjima i mislima uslijed kojih kompenzatorno još pedantnije i posvećenije vode brigu o njima (Brockington, 1996).

Prediktori kvaliteta procesa vezivanja

Vezivanje za odojče nije instant događaj koji se odvija u vakuumu već proces pod uticajem brojnih faktora. Događaji koji su važni za formiranje vezanosti roditelja za novorođenče su planiranje, potvrđivanje i prihvatanje trudnoće, zatim uočavanje pokreta fetusa, doživljavanje

fetusa kao individue, doživljaj porođaja, sami porođaj, susret sa bebom, interakcija sa bebom, briga o njoj i prihvatanje bebe kao zasebnog člana porodice (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Neurobiološki, vezivanje za odojčce i njegujuće ponašanje se dovode u vezu sa oksitocinom za koji se smatra da pospješuje i utiče na emocionalno vezivanje (Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman & Feldman, 2010). Rast oksitocina je praćen i afektivnijim ponašanjem majki šest mjeseci nakon porođaja (obraćanje bebi specifičnim tonom i intonacijom, maženje, grljenje, ljubljenje) (Gordon et al., 2010). Nivo oksitocina je takođe i u korelaciji sa jačom vezanosti za fetus (Levine, Zagoory-Sharon, Feldman & Weller, 2007).

Ono što takođe može uticati na ponašanje i osjećanja majki su njena prethodna iskustva sa sopstvenom majkom, kulturološki kontekst i kvalitet partnerskog odnosa (Kennell, Trause & Klaus, 1975). U procesu vezivanja majke za odojčce, značajnu ulogu ima i sama beba koja svojim reportarom ponašanja stimuliše njegujuće ponašanje majke, ali u slučajevima kada je majka narušenog psihičkog zdravlja, može je i dovesti u stanje očaja, pa i do zanemarivanja i agresivnog ponašanja (Brockington, 1996). Majčina percepcija djetetovog temperamenta u prvim nedeljama nakon porođaja ima dugotrajan i pervazivan uticaj na vezivanje u prvoj godini (Takács, Smolík, Kaźmierczak & Putnam, 2020). Procjena bebine emocionalnosti kao negativne je statistički značajno povezana sa nižim kvalitetom majčine vezanosti za odojčce (Nolvi, Karlsson, Bridgett, Pajulo, Tolvanen & Karlsson, 2016). U jednom istraživanju su rezultati pokazali da su starost majki i nivo obrazovanja u negativnoj korelaciji sa problemima i poteškoćama u vezivanju (Bicking Kinsey, Baptiste-Roberts, Zhu & Kjerulff, 2014). Takođe, mjesečna primanja koja su blizu ili ispod granice siromaštva negativno utiču na vezivanje sa odojčcom (Bicking Kinsey et al., 2014).

Boravak sa bebom u istoj prostoriji u porodilištu se takođe pokazao kao značajan faktor. Najviše teškoća u vezivanju su imale majke čije su bebe nakon porođaja bile ili konstantno sa njima u istoj prostoriji ili nisu uopšte boravili zajedno u istim prostorijama, dok su značajno manje problema imale majke koje su u istoj prostoriji sa svojim bebama bile ili većinu vremena ili ponekad. Kako bi pospiješili i olakšali početak postpartalnog vezivanja, medicinskom osoblju u porodilištima se preporučuje omogućavanje fizičkog kontakta neposredno nakon porođaja na način što će postaviti bebu na majčine grudi ili abdomen, ukoliko naravno to dozvoljavaju zdravstveno stanje i bebe i majke (Giustardi, Stablum & De Martino, 2011). Takođe se preporučuje i boravak u istoj sobi kako bi se podstakli vizuelni, taktilni, olfaktorni i auditorni kontakt sa bebom. Ohrabruje se i maženje bebe koje se smatra korisnim za uspostavljanje ritmičnog disanja, kao i ostvarivanje kontakta oči u oči i obraćanje bebi ritmom

i tonom koji je jedinstven za porodicu i umirujuć za bebe. Omogućavanje svih ovih interakcija majki sa odojčecom se pokazalo važnim za vezivanje majki (Giustardi, Stablum & De Martino, 2011). U fokusu istraživača našli su se i stres i simptomi depresije čiji je rast praćen i značajnim padom u kvalitetu vezanosti. Takođe, podrška okoline i podrška u partnerskom odnosu su bili u statistički značajnoj korelaciji sa vezivanjem. Podrška nije važna samo u postporođajnom periodu. Podrška koju medicinsko osoblje, prije svega babice, može pružiti porodicama tokom samog porođaja takođe može biti značajna za uspješnije vezivanje (Altaweli & Roberts, 2010, prema Bicking Kinsey et al., 2014).

Poteškoće i poremećaji u vezivanju

Razvijanje emocionalne vezanosti za svoje odojce i adekvatna njega i briga o njemu nije nešto što se kod svih majki dešava apsolutno spontano i bez poteškoća (Brockington, 1996). U ekstremnim slučajevima, odbijanje svoje djece može imati dalekosežne posljedice po njih, ali prema Brockingtonu (1996), to se može predvidjeti još u ranom periodu puerperija, pa i tokom trudnoće. Poremećaji u odnosu između majke i bebe se odnose na različita klinička stanja i simptome poput anksioznosti, opsesija, agresivnih impulsa, netrpeljivosti, patoloških ideja, što sve može dovesti do odbacivanja, zanemarivanja, pa čak i zlostavljanja djeteta (Brockington, 1996). Ovi problemi mogu biti posljedice različitih psihičkih stanja i izazova kod majki. Tokom svoje kliničke prakse Brockington (1996) se susreo sa mnogobrojnim porodicama koje su se suočavale sa prazninom, umrtvljenošću i odsustvom očekivanih osjećanja prema odojčetu i odsustvom majčinskog instikta. Nasuprot ove grupe porodica koju je opisao kao onu sa odgođenim pozitivnim emocionalnim odgovorom, susrijetao se i sa grupom sa ozbiljnom kliničkom slikom koja podrazumijeva hostilnost i odbijanje novorođenčeta. Poremećaji u vezivanju majke za dijete mogu kompromitovati djetetov psihosocijalni razvoj i uticati na formiranje nesigurnog stila afektivne vezanosti (Brockington, Fraser & Wilson, 2006, prema Hill & Flanagan, 2019). Gledano sa neurološkog aspekta, način na koji dječiji mozak odgovara na deficit u stimulaciji i interakciji, zanemarivanje i zlostavljanje, oblikuje buduće pretjerane reakcije na stres, prijetnje, utiče na mentalno i fizičko zdravlje, kao i na sposobnost učenja (Twardosz & Lutzker, 2010). Nasuprot tome, djetetu su potrebna ponavljajuća, njegujuća, pozitivna i strukturisana iskustva u najosjetljivijem periodu neurološkog razvoja (Twardosz & Lutzker, 2010).

Problemi u vezivanju i narušena emocionalna vezanost majke za dijete mogu uticati i na javljanje psihosomatskih bolesti kod djeteta (Madrid, 2005). Zanimljivo je istraživanje u kojem je pokušano liječenje astme kod djece putem intervencija usmjerenih na poboljšanje vezanosti majke (Madrid, 2005). Promjena u vezanosti za dijete je praćena i poboljšanjem roditeljskih vještina bez posebnih tretmana i intervencija, što utiče i na stanje djeteta (Madrid, 2005).

Upravo zbog značaja ovog odnosa, važno je znati prepoznati poteškoće majki prilikom vezivanja za odojče i prevenirati iste. Istraživanja govore o efikasnosti različitih terapijskih tretmana i intervencija. Grupna kognitivno-bihevioralna terapija u ranom periodu majčinstva se pokazuje kao učinkovita u snižavanju depresivnih simptoma i poboljšanju majčinih interakcija sa bebom (Misri & Kendrick, 2008). Takođe, tromjesečne intervencije usmjerene na razvijanje raznih vještina sa ciljem povećanja responzivnosti i senzibilnosti kod majki, rezultirale su povećanom osjetljivošću i responzivnošću majki na potrebe njihovih beba, kao i njihovom stimulacijom i povećanoj usmjerenosti na bebe (Misri & Kendrick, 2008). Nakon intervencije, najveći broj djece je pokazao sigurni obrazac vezivanja u odnosu na kontrolnu grupu (Misri & Kendrick, 2008). Generalno, kada je riječ o efikasnosti intervencija usmjerenih na poboljšanje postpartalnog vezivanja roditelja, ona se mogu svrstati u edukacijske i bihevioralne intervencije koje imaju za cilj poboljšanje vještina i širenje znanja, psihosocijalne intervencije, programe koji nude instrukcije za sprovođenje specifičnih tehnika (masaže, pjevanje uspavanki) i intervencije bazirane na neurostimulativnim tehnikama (Mascheroni & Ionio, 2018).

Porodajno iskustvo i zadovoljstvo porođajem

Iako postoji saglasnost u pogledu toga da je porođaj važno iskustvo, različiti istraživači na različite načine određuju šta je to što definiše porođajno iskustvo (Larkin, Begley & Devane, 2009). Meta-analizom više desetina radova došlo se do četiri glavne odlike porođajnog

iskustva, a to su: individualnost, kompleksnost, proces i njegova važnost kao životnog događaja (Larkin, Begley & Devane, 2009). Iako je porođaj univerzalan čin, njegova individualnost se ogleda idiosinkrazijama porođajnog iskustva svake žene ponaosob. Određeni aspekti iskustva poput doživljaja kontrole, bola, odnosa sa medicinskim osobljem, podrške, prethodnog iskustva i ishoda porođaja, čine razlike između porođajnih iskustava. Kompleksnost porođajnog iskustva se ogleda u međusobnoj ispreplijetanosti određenih osjećanja i stanja i njihovih različitih značenja za različite porodilje. Recimo, za neke žene osjećaji kontrole i podrške se ogledaju u tome što su u rukama profesionalaca kojima dozvoljavaju da donose odluke bez potrebe da one učestvuju u tom procesu. Takođe, osjećanja i doživljaji tokom porođaja nisu statični, već se ponekad mogu javljati međusobno kontradiktorna prijatna i neprijatna osjećanja, a i osjećaji kontrole i gubitka kontrole se mogu međusobno smjenjivati (Larkin, Begley & Devane, 2009). Odlike porođaja kao procesa su dinamičnost i vremenska definisanost. Tokom procesa porođanja dolazi do velikih psihičkih i fizioloških fluktuacija, a tok i ishod ovog procesa utiče na samo zadovoljstvo porođajnim iskustvom (Larkin, Begley & Devane, 2009). Za porođaj se vezuje i osobina velikog životnog događaja, pa ga neke žene doživljavaju kao iskustvo koje je inspirativno i koje je imalo jake pozitivne uticaje, a neke žene, ipak, pamte ovaj događaj kao izuzetno stresan i razočaravajući, a ponekad je i asociran sa gubitkom identiteta nakon preovladavanja uloge majke (Larkin, Begley & Devane, 2009).

Kada je u pitanju kontrola, ona je skoro neizostavan dio ženskih narativa o porođajnom iskustvu, javlja se i u fenomenološkoj i feminističkoj perspektivi kao eksplanatorna varijabla cjelokupnog iskustva porođaja. Međutim, kao što je već i rečeno, kontrola ne znači isto za sve žene, pa se u literaturi govori o unutrašnjoj, spoljašnjoj i povjerenoj (eng. *relinquished*) kontroli (O'Hare & Fallon, 2011). Unutrašnja kontrola se odnosi na kontrolu sopstvenog ponašanja i mehanizme prevladavanja, pa se smatra da žene sa dobrom unutrašnjom kontrolom razumiju i prihvataju dimenziju nepredvidljivosti porođaja kao procesa i uspješnije se nose sa neizvjesnošću o kojoj je ranije bilo riječi (O'Hare & Fallon, 2011). Spoljašnja kontrola se odnosi na kontrolu okoline, donošenje odluka i postupaka drugih, u ovom slučaju medicinskog osoblja. Žene često imaju osjećaj da su doktori ti koji kontrolišu proces i odlučuju o toku i ishodu porođaja i eventualnim intervencijama što za posljedicu može imati objektivizaciju porodilje. Bitna odlika kod povjeravanja, predaje kontrole ljekarima jeste voljnost te odluke (O'Hare & Fallon, 2011). Za razumijevanje važnosti koji koncept kontrole porođaja ima za kvalitet porođajnog iskustva bitno je naglasiti balans između spoljašnje i unutrašnje kontrole kojem doprinosi povjerenje i saradnja između porodilje i medicinskog tima (O'Hare & Fallon,

2011). Bez obzira na tip i vrstu kontrole, postoje dokazi da je osjećaj kontrole u značajnoj negativnoj korelaciji sa osjećajem anksioznosti tokom porođaja (Cheung, Ip & Chan, 2007). Važna odrednica porođajnog iskustva je i podrška. Porodilje podršku vide u brizi, emotivnoj potpori, privatnosti, dostojanstvu, prisutnosti i ophođenju prema njima kao pojedincima uvažavajući sve njihove individualne karakteristike (Larkin, Begley & Devane, 2009). Na nivo percipirane podrške utiče i odnos sa medicinskim osobljem koje brine o porodilji. Osoblje koje uvažava ženine potrebe, blagovremeno i na adekvatan način dijeli informacije sa njom tokom porođaja i uključuje je u proces odlučivanja, doprinosi osjećaju uključenosti u sam proces porođanja i zadovoljstvu porođajem (Larkin, Begley & Devane, 2009). Važnost podrške tokom porođaja se ogleda u činjenici da ona može značajno potpomognuti i olakšati proces vezivanja za odojče (Kennell & McGrath, 2007). Bol je takođe važan i kompleksan fenomen za koji se smatra da iako utiče negativno na zadovoljstvo porođajem, istovremeno može dovesti do osjećaja ispunjenosti i uspjeha, a i sposobnost porodilje da upravlja bolom utiče na porođajno iskustvo (Larkin, Begley & Devane, 2009).

Odrednice zadovoljstva porođajem

Kada je riječ o psihološkim prediktorima subjektivnog porođajnog iskustva, pozitivna očekivanja i misli o porođaju, percepcija visoke samoeфикаsnosti i sigurni stil afektivne vezanosti dovode se u vezu sa pozitivnijim porođajnim iskustvom (Chabbert, Panagiotou & Wendland, 2020). Izraženiji osjećaj samoeфикаsnosti predviđa manji osjećaj bola tokom porođaja i smanjuje vjerovatnoću doživljaja porođaja kao stresnog. Takođe, samoeфикаsnost predviđa i veće zadovoljstvo porođajem (Berentson-Shaw, Scott & Jose, 2009). Nasuprot njima, strah od porođaja, iskustvo seksualnog uznemiravanja, nesigurni stil afektivne vezanosti i simptomi depresivnih i anksioznih poremećaja su prepoznati kao faktori koji mogu negativno uticati na porođajno iskustvo (Chabbert, Panagiotou & Wendland, 2020). Tokom samog porođaja, najčešći su strahovi od bolnog porođaja, hirurških intervencija, svoje smrti i smrti djeteta, kao i raznih komplikacija sa djetetovim zdravljem (Mrđenović, 1987). Nakon vođenja psihodinamskih intervjua sa trudnicama i porodiljama, Mrđenović (1987) zaključuje da su strahovi u odnosu na dijete i strahovi koji su vezani za sopstvenu ličnost zapravo izraz velikih promjena u dinamici razvoja selfa, majčinske uloge, te da se zahvaljući ego snagama ne razvija u pravcu veće patologije.

U kvalitativnoj studiji koja je ispitivala odrednice negativnog porođajnog iskustva i nezadovoljstva porođajem, utvrđene su četiri teme koje su se prožimale kroz porođajna iskustva: izazovi i poteškoće, posramljenost i nedostatak privatnost, neadekvatna i neprimjerena komunikacija i neadekvatna bolnička infrastruktura (Aktaş & Aydın, 2018). Za porođajno iskustvo i sjećanje na porođaj, kao važniji su se pokazali osjećaji prihvaćenosti, dostojanstvenosti i podrške od strane doktora i babica, koji su zasijenili i negativne efekte teških i komplikovanih porođaja (Bell et al., 2018). Dakle, medicinske intervencije i doživljeni bol često imaju manji uticaj na kvalitet porođajnog iskustva u odnosu na interpersonalni aspekt pružene njege u porodilištu (Stankovic, 2017).

Porođajno iskustvo i institucionalizacija porođaja

Za razumijevanje faktora koji utiču na porođajno iskustvo važno je podsjetiti se da se porođaj, kao ni bilo koja druga dešavanja u zdravstvenom sistemu, ne odvijaju u vakuumu, već se kroz njih ogledaju vladajuća medicinska paradigma i sistem vrijednosti jednog društva. Način na koji se odvija završetak trudnoće, odnosno porođaj, mada sasvim prirodan proces, sa sobom nosi brojne rizike za zdravlje porodilje i novorođenčeta. Ženska tjelesnost, reproduktivnost i sami porođaj su predmet istraživanja i rasprave u brojnoj antropološkoj i sociološkoj literaturi, a i u javnosti se sve više govori o akušerskom nasilju, postporođajnim mentalnim bolestima i uslovima u kojima se trudnice porođaju (Sekulić, 2016). Ova pitanja se obično stavljaju u kontekst patrijarhalnih vrijednosti, nasilju nad ženama, odnosu moći i jednakosti i razvoju medicinskih i tehnoloških nauka (Sekulić, 2016). Principi na kojima se temelji tehnokratski model se mogu pronaći u zapadnim zdravstvenim sistemima, a neki od njih su odvojenost tijela i uma, posmatranje tijela kao mašine, objektivizacija pacijenta, standardizacija brige o pacijentima, veći autoritet i odgovornost doktora nego pacijenata, neopravdane intervencije sa kratkoročnim rezultatima (Davis-Floyd, 2001). U porodilištima, tehnokratski model se ogleda kroz birokratizaciju porodilišta, patologizaciju porođaja, kontrolu medicinskog osoblja nad cijelim tokom porođaja putem različitih tehnoloških dostignuća medicine, oduzimanje uloge glavnog aktera od porodilje, objektivizaciju njenog porođajnog tijela i odvajanje ženine tjelesnosti od njenog doživljaja selfa (Pantović, 2021; Stanković, 2014).

Na psihološkom planu, ovakav model i tretman porodilja dovodi do osjećaja neizvjesnosti kao stanja karakterističnog za početak i tok trudnoće, ali i za sami porođaj

(Stanković, 2014). Neizvjesnost se kod trudnica javlja prilikom doživljavanja sopstvenog tijela kada trudnica nije sigurna da li da određene tjelesne promjene interpretira kao normalne ili kao pokazatelje nekog patološkog stanja, zatim prilikom razmatranja da li su određene aktivnosti bezbjedne za nju i bebu, da li se beba razvija na pravilan način, da li će se održati trudnoća, kakav će biti porođaj i slično. Tokom devetog mjeseca, među glavnim uzrocima neizvjesnosti i strepnje kod trudnica se nalazi pitanje da li će biti u stanju da prepoznaju početak trudnoće. Kod nekih porodilja stepen neizvjesnosti je znatno visok jer početak njihovog porođaja obilježen je nekompatibilnošću njihovih subjektivnih doživljaja, procjene doktora, određenih normi i medicinskih indikatora. Osim osjećaja neizvjesnosti, kod porodilja u porodilištima su prisutni i osjećaji izolovanosti i usamljenosti koji su pomognuti načinom rada bolnice kao institucije, odnosno činjenicom da porodilje često prilikom prijema ostavljaju svoje lične stvari i ostaju same sa medicinskim osobljem u porodilištu, bez prisustva partnera. Ovim osjećanjima se pridružuje i strah kao reakcija na nepoznato, neizvjesno i na moguće komplikacije i neželjene ishode. Nedostatak kontrole nad procesom porođaja i nad svojim tijelom, neinformisanost o medicinskim intervencijama, neizvjesnost, strah i osjećaj nezaštićenosti su često odrednice porođajnog iskustva kao rezultat tretmana porodilja od strane medicinskog osoblja (Pantović, 2021; Sekulić, 2016, Stanković, 2014). Kako Stanković (2014) zaključuje, na iskustvo porođaja utiču specifična kombinacija medicinske prakse, implicitne i eksplicitne norme, ustaljeni načini ophođenja i materijalne osobine okruženja koje je po prirodi i uređenju institucionalno.

Medikalizacija trudnoće i porođaja je sa sobom donijela brojne prednosti, poput smanjenja stope smrtnosti porodilja i novorođenčadi, ali je uveliko i izmijenila tok porođaja i doživljaj tog iskustva kod žena (Hrnčić, 2021, Stanković, 2014). Prelaz od porođaja kao intimnog iskustva svake porodilje, ali i njene porodice, do procesa koji je patologizovan i izmješten u tehnokratski milje, je nagao (Stanković, 2021; Davis-Floyd, 2001). Teško je reći da se u medicinskim ustanovama tehnokratskog tipa uređenja mogu stvoriti uslovi za ono što je smatrano normalnim porođajem, spontanost, mogućnost slobodnog kretanja, prisutvo značajnih drugih, neodvajanje od bebe nakon porođaja i slobodno dojenje (Zwelling, 2008, prema Hrnčić, 2021). U zemljama regiona je primijećena neopravdano velika i pretjerana učestalost medicinskih intervencija koje se u porođajnim salama sprovode rutinski i bespotrebno, dok istovremeno izostaju prakse koje bi omogućile stvaranje pozitivnih porođajnih iskustava kod porodilja (Stanković, 2021, Hrnčić, 2021). Ni Crna Gora nije izuzetak, o čemu govore i rezultati istraživanja sprovedenog kroz saradnju UNICEF-a,

Ministarstva zdravlja Crne Gore i Curatio međunarodne organizacije (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). U izvještaju su navedeni primjeri pozitivne prakse ali i negativne strane koje mogu istovremeno uticati i zadovoljstvo porođajem i porođajno iskustvo- Kao negativne strane na kojima je potrebno raditi navode se korišćenje nedjelotvornih procedura poput klistiranja i brijanja pubične zone kao obaveznih prije carskog reza. Procenat sprovođenja epiziotomije kod prvorotkinja je i dalje na veoma visokom nivou, iznad 70%. Kada je riječ o intimi i poštovanju privatnosti porodilja, individualne porođajne sale postoje samo u Kliničkom centru Crne Gore (KCCG), dok u ostalim ustanovama ne postoje uslovi koji bi mogli zadovoljiti prava porodilja na privatnost i povjerljivost (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). U izvještaju o procjeni se kao mana navodi i pretjerana upotreba kardiotokografije (CTG) i u slučaju vaginalnih porođaja koji su niskog rizika, što ženu ometa u aktivnoj kretnji i biranju položaja, pa se u skladu s tim i najveći broj porođaja odvija u ležećem položaju, što odstupa od preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). Što se tiče prvog kontakta majke sa bebom, tj. kontakta koža-na-kožu, ovo i dalje nije dovoljno učestala praksa, a i omogućava se najviše pola od preporučenog trajanja od sat vremena (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). U izvještaju se preporučuje stvaranje uslova za prisustvo partnera tokom porođaja, dopuštanje porodiljama da biraju položaj tokom porođaja i produžavanje trajanja prvog kontakta majke i bebe. Kada je riječ o carskom rezu, osim KCCG, sve ustanove su imale izrazito veliku učestalost sprovođenja carskog reza, dok istovremeno nisu aktivno radile na podsticanju i ohrabrivanju praksi koje mogu uticati na smanjenje potrebe za carskim rezom, poput prisustva podržavajućeg partnera tokom porođaja, slobode porodilje da se kreće tokom prve faze porođaja i biranja položaja u drugoj fazi (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). U procjeni se izdvaja sud o kvalitetu njege majke i novorođenčadi koji je „često ispod standarda u pogledu informisanja, komunikacije, savjetovanja, poštovanja dostojanstva, povjerljivosti i privatnosti pacijentkinja. Isto se odnosi i na izbjegavanje nepotrebnih ili bolnih procedura“ (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023, str. 21). Ove informacije su od velikog značaja, imajući na umu da intervencije tokom porođaja dovode do manjeg zadovoljstva porođajem, dok su nizak stepen medicinskih intervencija, jedan-na-jedan podrška i porođanje u nebolničkim uslovima prediktori većeg zadovoljstvom porođajem (Hoffmann, 2020). Način porođaja takođe može biti značajan za zadovoljstvo porođajnim iskustvom, o čemu govore i rezultati da planirani načini porođaja dovode do većeg zadovoljstva porođajem u odnosu na neplanirane načine porođaja (Handelzalts, Waldman, Peyser, Krissi, Levy, Wiznitzer & Peled, 2017). Porođaj neplaniram ili hitnim carskim rezom, za razliku od porođaja planiranim carskim

rezom, dovodi se u vezu sa narušenim postpartalnim mentalnim zdravljem porodilje i problemima u povezivanju sa odojčedom (Sockol, Battle, Howard & Davis, 2014; Zanardo, Soldera, Volpe, Giliberti, Parotto, Giustardi & Straface, 2016). Stoga, važno je prilagoditi medicinsku praksu u porodilištima preporukama vodećih institucija i stručnjaka u oblastima mentalnog zdravlja, akušerstva i ginekologije.

Ovakvo stanje u porodilištima, ovakve prakse i tretman utiču na zadovoljstvo porođajnim iskustvom, psihičko stanje tokom porođaja, kao i u postpartalnom periodu. I trudnoća i porođaj su stresni periodi koji sa sobom donose razvojne krize koje su predvidljive i normalne, međutim, porođaj može donijeti i dodatne izazove (Lipson & Tilden, 1980). Oporavak nakon opstetičkih intervencija i carskog reza može biti izazovan, pogotovo ako su mu prethodile naporne i bolne kontrakcije, a na psihološkom planu ovo može biti praćeno neefikasnošću mehanizama prevladavanja stresom (Lipson & Tilden, 1980). U odnosu na žene koje su se porodile vaginalnim putem, porođaj carskim rezom može dovesti do dužeg emocionalnog oporavka koji je često praćen ljutnjom, kajanjem i krivicom ukoliko su se žene pripremale za porođaj prirodnim putem. Ovakvo stanje je praćeno i manjim zadovoljstvom porođajnim iskustvom, sobom i odnosom sa djetetom (Lipson & Tilden, 1980; Reisz, Jacobvitz & George, 2015). Iskustvo carskog reza može zavisi od odnosa sa doktorom i medicinskim osobljem, razloga za carskim rezom, dužine trajanja porođaja, prisustva partnera, kontakta sa bebom i eventualnih medicinskih komplikacija (Lipson & Tilden, 1980). Integracija iskustva porođaja carskim rezom se dešava kroz nekoliko faza na čije odvijanje utiču značenje koje carski rez ima za ženu, ego snage, mehanizmi prevladavanja i sistem podrške. Generalno, integracija porođajnog iskustva je izazov za veliki broj žena, te su brojni izvještaji o tome da njihovim sjećanjima nedostaju djelovi određenih trenutaka i perioda iz porođajnog procesa (Callister, 2005; Stanković, 2014). Niže zadovoljstvo porođajem i problemi u integraciji porođajnog iskustva utiču na emocionalno stanje žena što može otežati proces vezivanja za novorođenče (Seefeld et al., 2021; Smorti et al., 2020; Bell, Andersson, Goding & Vonderheid, 2018; Reisz, Jacobvitz & George, 2015; Davis-Floyd, 2001). Negativnije porođajno iskustvo se pokazalo kao značajan prediktor slabije vezanosti majke za odojče na uzrastu od 8 nedelja i uzrastu od 14 mjeseci (Seefeld et al., 2021). Nezadovoljstvo porođajem može negativno uticati na ženin osjećaj samoeфикаsnosti i ugroziti emocionalnu dostupnost djetetu i njegovim potrebama (Seefeld et al, 2021).

Nasuprot tehnokratskom, stoji humanistički model (Davis-Floyd, 2001). Humanistički model podrazumijeva naglašavanje spojenosti i međusobnog uticaja uma i tijela, odnosno

psihickog i fizičkog. Značaj toga se ogleda u shvatanju da emocije i psihicko stanje porodilje mogu značajno da utiču na sami tok porođaja, pa samim tim i podrška na emocionalnom planu se može pokazati kao djelotvornija u odnosu na tehnološke intervencije kada su u pitanju eventualni problemi tokom porođaja (Davis-Floyd, 2001). Humanističkim modelom se naglašava i uvažavanje porodilje kao relacionog subjekta, što doprinosi shvatanju važnosti prisustva značajnih drugih tokom porođaja i pozitivnog uticaja koji to može imati na zadovoljstvo porođajnim iskustvom. U tom smislu, potencira se i značaj tretiranja porodilja u duhu humanizma, s poštovanjem, ljubaznošću i obzirnošću. Paradigma humanističkog modela se ogleda u aktivnostima dula. Dule su osobe nemedicinskog obrazovanja, ali koje su prošle kroz posebne obuke, čiji je zadatak da asistiraju trudnicama i porodiljama, kreiraju zdravu atmosferu i osiguraju da porodilja ima pozitivno porođajno iskustvo (Budak, 2018). Porođajne dule prate žene u trudnoći i prilikom porođaja i pomažu u stvaranju osjećaja sigurnosti i zadovoljstva. Dule su stručno obučene i na osnovu znanja i iskustva pružaju emocionalnu utjehu, fizičku podršku i pomažu porodiljama da na ravnopravan način učestvuju u komunikaciji sa doktorima i medicinskim osobljem, kako bi osigurali da porodilja ima dovoljno tačnih informacija za donošenje odluke. Takođe, nude informacije porodiljama i njihovim partnerima o procedurama koje ih očekuju u porodilištu, koja su prava porodilje kao pacijenta, kako ravnopravno učestvovati u porođaju i kako da se informišu o nužnosti eventualnih medicinskih intervencija. Dule zagovaraju i pomažu porodiljama da umjesto submisivnog položaja preuzmu odgovornost tokom porođaja i stvore za sebe poziciju ravnopravnosti iz koje mogu slobodno odlučivati o svom tijelu i odgovarati na svoje tjelesne potrebe. Neki od pozitivnih efekata angažmana doula su smanjena potreba za analgeticima, kao i umanjenje potrebe za indukcijom, porođajem vakuumom i carskim rezom. Zahvaljujući i emotivnoj podršci koju porodilja dobija od dula, dolazi do umanjenja anksioznosti porodilja, porasta samopouzdanja i postpartalnog mentalnog zdravlja porodilje (Budak, 2018). Podrška dula takođe može pozitivno uticati i na postpartalno povezivanje sa odojčecom (Davis-Floyd, 2001).

Pozitivno porođajno iskustvo doprinosi mentalnom zdravlju majke, olakšava fizički oporavak u postpartalnom periodu i olakšava brigu i percepciju novorođenčeta, kao i vezivanje (Bennington, 2010; Hoffmann, 2020; Smorti et al., 2020).

Postporođajni psihički poremećaji

Postporođajni period sa sobom donosi velike promjene na fizičkom, hemijskom, fiziološkom, kao i psihičkom planu (Begić, 2016). Tokom babinja, perioda koji traje oko šest sedmica, dolazi do snižavanja nivoa progesterona, estrogena, kortizola i ostalih hormona, a uslijed naglosti ovih procesa, dolazi i do promjena u psihičkom funkcionisanju (Begić, 2016). Sa pospartalnim psihičkim poremećajim se češće susrijeću prvorotkinje i porodilje čiji su porođaji bili naročito dugi i bolni, kao i porodilje koje su se suočavale sa porođajnim komplikacijama (Begić, 2016). Najčešće je riječ o postpartalnoj depresiji, psihozi, a nisu rijetki ni anksiozni poremećaji, akutni stresni poremećaj i PTSP (Begić, 2016). S obzirom na kliničku sliku, moguće je govoriti o „lakšim“ i „težim“ stanjima, pa bi tako postpartalna psihoza bila najteži oblik morbiditeta, dok bi nasuprot njoj stajala postporođajna tuga, koja se u literaturi najčešće naziva *baby blues*. Ova stanja su praćena klinički značajnim promjenama u načinu na koji porodilje percipiraju sebe i druge ljude, osjećanjima neadekvatnosti i nekompetentnosti, smanjenjom funkcionalnošću, a posebno otežavajuća okolnost je uticaj ovih promjena na majčinstvo, odnos sa novorođenčecom i emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj djeteta (Stojanov, Stanković, Žikić & Antonijević, 2019). Podaci govore da se do 85% porodilja susrijeće sa nekim od psihičkih tegoba (Begić, 2016). Najređi postpartalni poremećaj jeste psihotični, sa prevalencom od 0.1 do 0.2%, a u slučaju postojanja istorije poremećaja raspoloženja, ovaj procenat raste i do 2% (Stojanov, Stanković, Žikić & Antonijević, 2019). S obzirom na kliničku sliku i simptome ovog poremećaja, visok je rizik od čedomorstva (Begić, 2016). Kada je riječ o etiologiji postporođajnih poremećaja, ne mogu se jasno izolovati specifični uzročnici, ali u literaturi se najčešće govori o istoriji psihičkih bolesti prije trudnoće i porođaja, socio-ekonomskom statusu, hormonalnim i biohemijskim promjenama nakon porođaja, izloženosti stresnim događajima, načinu porođaja i dešavanjima u porođajnoj sali (Stojanov, Stanković, Žikić & Antonijević, 2019). Imajući ove podatke u vidu, važno je na vrijeme prepoznati sve negativne promjene u psihičkom funkcionisanju porodilje i njenoj interakciji sa novorođenčecom i na vrijeme započeti tretman (Brockington, 2004).

Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

PTSP je „jedan od rijetkih poremećaja za koji se zna što ga uzrokuje, a to je proživljeno ekstremno iskustvo. Ekstremni traumatski događaji su prijetnja tjelesnom integritetu, uključuju smrtni ishod ili ranjavanje, oni su razorni po svojoj prirodi i za čovjeka i za njegove bližnje, znače nasrtaje koji ostavljaju duboke tragove u psihičkom životu osobe. Oni će u svih (ili gotovo svih) sudionika izazvati strah, osjećaj užasa i bespomoćnosti“ (Begić, 2016, str. 307). Prema petom izdanju Dijagnostičko-statističkog priručnika za mentalne bolesti (DSM 5), postoji osam kriterijuma koji se moraju zadovoljiti prije uspostavljanja ove dijagnoze (Friedman, Schnurr & Keane, 2021; Center for Substance Abuse Treatment [US], 2014). Prema kriterijumu A, osoba mora biti izložena potencijalnom ili stvarnom smrtnom ishodu, ozbiljnom ranjavanju ili seksualnom zlostavljanju. Prema kriterijumu B, potrebno je imati barem jedan od sljedećih simptoma: ponavljajuće i neželjene misli i sjećanja na traumatski događaj, ponavljajući snovi koji su u vezi sa traumatskim događajima, disocijativne reakcije tj. ponovno proživljavanje događaja u budnom stanju, intenzivna uznemirenost i fiziološke reakcije pri izlaganju spoljašnjim ili unutrašnjim podražajima koji mogu podsjećati na traumatski događaj. Da bi se zadovoljio kriterijum C, neophodni su izbjegavanje ili pokušaji izbjegavanja uznemiravajućih sjećanja, misli, osjećanja koji su usko povezani sa traumatičnim iskustvom i/ili izbjegavanje svih spoljašnjih podsjetnika (ljudi, mjesta, razgovori, aktivnosti, objekti, situacije) koji mogu dovesti do uznemirujućih sjećanja, misli i osjećanja. Kriterijum C se odnosi na negativna razmišljanja i raspoloženja koja započinju i koja se pogoršavaju nakon traumatičnog događaja. Da bi se zadovoljio kriterijum C, potrebno je imati dva ili više iz sljedeće grupe simptoma: nemogućnost prisjećanja važnih aspekata traumatskog događaja, uporna i pretjerano negativna uvjerenja i očekivanja od sebe, drugih i svijeta, uporna i iskrivljena mišljenja o razlozima i posljedicama traumatičnog događaja koja dovode do toga da osoba krivi sebe, perzistentno negativno emocionalno stanje (strah, užas, ljutnja, bijes, krivica, sram), smanjeno interesovanje za učestvovanje u aktivnostima koje su ranije bile od značaja, osjećaj odvojenosti i otuđenosti od drugih ljudi, nesposobnost za doživljavanje pozitivnih emocija. Kriterijum E se odnosi na promjene u reaktivnosti i na pretjeranu pobuđenost i zahtijeva prisustvo barem dva od sljedećih simptoma: nesmotreno ili samouništavajuće ponašanje, teškoće u koncentraciji, poremećaji sna, pretjerana pobuđenost, pretjerane i prenapete reakcije na iznenadne podražaje. Potrebno je da navedeni simptomi traju duže od jednog mjeseca da bi se zadovoljio kriterijum E, dok kriterijum G zahtijeva klinički značajno velika oštećenja u domenima normalnog,

svakodnevnog funkcionisanja. I na kraju, nalazi se kriterijum *H* koji je eliminacionog karaktera i koji otklanja sumnju da su simptomi uzrokovani fiziološkim efektima supstanci poput droge i alkohola ili nekim drugim medicinskim stanjem. DSM 5 razlikuje PTSP sa i PTSP bez disocijativnih simptoma, kao i odgođeni PTSP ukoliko se simptomi javljaju šest mjeseci nakon doživljene traume (Friedman, Schnurr & Keane, 2021; Center for Substance Abuse Treatment [US], 2014).

Ono po čemu se porođaj može razlikovati od ostalih traumatskih događaja jeste činjenica da je porođaj predvidljiv događaj koji se dešava voljno i sa sobom donosi fiziološke i hormonalne promjene. Kao takav, od strane javnosti i društva percipiran je kao pozitivni događaj. Složenosti porođaja kao traumatskog događaja pridaju i uloge partnera i odojčeta, odnosno činjenici da je to događaj koji je važan ne samo za porodicu (Ayers et al., 2008). Prevalenca postpartalnog PTSP-a se kreće od 3%, pa i do 15.7% u populaciji pod rizikom (Grekin, O'Hara, 2014; Ayers, Wright & Thornton, 2018). Za psihijatrijske poremećaje uvijek je važno pitanje komorbiditeta, pa su tako simptomi postpartalnog PTSP-a često praćeni simptomima postporođajne depresije (Grekin & O'Hara, 2014; Nakić Radoš, Matijaš, Anđelinović, Čartolovni & Ayers, 2020; Zaers, Waschke & Ehlert, 2008; Erickson, Julian & Muzik, 2019).

Gledano iz ugla ginekologa i akušera, traumatična iskustva iz porođajne sale bi se mogla svesti na smrt majke i/ili odojčeta, krvarenje, teške i komplikovane porođaje i nepredvidljive komplikacije (Sheen, Goodfellow, Balling, Rymer, Weeks, Spiby & Slade, 2022). Sa druge strane, prediktori ženinih subjektivnih procjena porođaja kao traumatičnih su bol u prvoj fazi porođaja, osjećaj nemoći, medicinske intervencije i nezadovoljavajuća interakcija sa bolničkim osobljem (Soet, Brack & Dilorio, 2003). Posljedice takvih traumatičnih iskustava su noćne more, ljutnja, anksioznost, depresivnost, nezadovoljstvo ulogom majke, narušen odnos sa djetetom i značajnim drugima, dismorfija i brojni drugi problemi koji otežavaju svakodnevni život i normalno funkcionisanje (Taghizadeh, Irajpour & Arbabi, 2013; Beck, 2004).

Sistematskim pregledom više radova na ovu temu, koji su objavljeni između 2003. i 2010, utvrđeno je da se kod većine kvantitativnih istraživanja i u studijama slučaja zaključuje da negativno porođajno iskustvo korelira sa PTSP simptomima (Andersen et al., 2012). Kao mogući prediktori PTSP simptoma identifikovani su i osjećaj gubitka kontrole tokom porođaja, disocijacija, depersonalizacija i neadekvatni mehanizmi prevladavanja (Andersen et al., 2012).

Kada je riječ o medicinskim intervencijama tokom porođaja kao mogućim prediktorima PTSP-a, u literaturi se kao najznačajniji prediktori navode hitni i neplanirani carski rez, porođaj vakuumom i instrumentalni vaginalni porođaji (Creedy, Shochet & Horsfall, 2000; Adewuya & Ologun & Ibigbami, 2006; Andersen et al., 2012; Ayers, Jessop, Pike, Parfitt & Ford, 2014; Blažević, 2019; Nakić Radoš et al, 2020; Ertan, Hingray, Burlacu, Sterlé, El-Hage, 2021, Kjerulff, Attanasio, Sznajder & Brubaker, 2021; Kress, von Soest, Kopp, Wimberger & Garthus-Niegel, 2021). Postoje i dokazi da interpersonalni problemi sa bolničkim osobljem, tj. nedostatak podrške, ignorisanje, loša komunikacija i osjećaj napuštenosti, u većoj mjeri povećavaju rizik od javljanja simptoma PTSP-a, u odnosu na komplikacije sa odojčedom (Harris & Ayers, 2012). Step en podrške od strane partnera, kao i nedostatak informacija i podrške od bolničkog osoblja i odsustvo kontrole takođe značajno koreliraju sa simptomima PTSP-a (Creedy, Shochet & Horsfall, 2000; Andersen et al., 2012; Kjerulff et al., 2021). Unutrašnji lokus kontrole, anksioznost kao crta ličnosti i samoeфикаsnost su takođe prepoznati kao prediktori postpartalnog PTSP-a (Soet, Brack & Dilorio, 2003).

U meta-analizi radova objavljenih do 2016, faktori tokom trudnoće koji su najviše i najčešće bili povezani sa postpartalnim PTSP-om su depresija, strah od porođaja, loše zdravstveno stanje ili komplikacije tokom trudnoće i javljanje PTSP-a u prošlosti (Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016). Faktori rizika tokom porođaja koji su najviše korelirali i najbolje predviđali postpartalni PTSP su subjektivno porođajno iskustvo (negativne emocije tokom porođaja i nedostatak kontrole), operativni (asistirani) vaginalni porođaj, nedostatak podrške od bolničkog osoblja i disocijacija (Ayers et al., 2016). Iskustvo ljetnje, krivice i srama, takođe predviđaju postpartalni PTSP (O'Donovan, Alcorn, Patrick, Creedy, Dawe & Devilly, 2014). Disocijacija tokom porođaja kao odgovor na traumatičan događaj je takođe značajan prediktor većeg broja PTSP simptoma (O'Donovan et al., 2014; Olde, van der Hart, Kleber; van Son, Wijnen & Pop, 2005). Istraživanje koje je sprovedeno na Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu i GAK-u „Narodni front“ pokazuje da se PTSP javlja i slučaju vaginalnog porođaja, sa tendencijom povlačenja simptoma tri mjeseca nakon porođaja (Milosavljevic, Lecic Tosevski, Soldatovic, Vukovic, Miljevic, Peljto, Kostic & Olf, 2016). Kao protektivni faktori koji se dovode u vezu sa manjim brojem PTSP simptoma, naročito ukoliko je riječ o porođaju sa mnogo medicinskih intervencija ili ukoliko postoji istorija traumatskih događaja, prepoznati su podrška od strane doktora i medicinskog osoblja, osjećaj kontrole, multiparitet, način porođaja u skladu sa porođajnim željama i očekivanjima i koža-na-kožu kontakt sa novorođenčedom (Ayers et al., 2014; Ayers et al., 2016; Furuta, Sandall, Cooper & Brick, 2016;

El Founti Khsim, Martinez Rodriguez, Riquelme Gallego, Caparros-Gonzales & Amezcua-Prieto, 2022). Naravno, anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja prije i u toku trudnoće, kao i istorija seksualnog nasilja ili drugih traumatičnih događaja se takođe moraju uzeti u obzir kao važni faktori rizika za pojavu simptoma postpartalnog PTSP-a (El Founti Khsim et al., 2022; Andersen et al., 2012; Zaers, Waschke, Ehlert, 2008; Ayers et al., 2008). Generalno, zadovoljstvo porođajnim iskustvom i negativno porođajno iskustvo se najčešće izdvajaju kao prediktori postpartalnog PTSP-a (Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen & Eberhard-Gran, 2014; Dekel, Stuebe & Dishy, 2017; Kjerulff et al., 2021; Kress et al., 2021). U literaturi postoje dokazi da varijable koje su u vezi sa porođajem, poput straha za život i peritraumatskih emocija, objašnjavaju više varijansi u odnosu na prepartalne varijable kada je riječ o postporođajnom PTSP-u (Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld & Ehring, 2014).

Postpartalni PTSP i vezivanje za odojčce

Postpartalni PTSP utiče negativno na odnos majke sa novorođenčecom (Parfitt & Ayers, 2009; Andersen et al., 2012; Muzik, McGinnis, Bocknek, Morelen et al., 2016; Erickson, Julian & Muzik, 2019; Radoš et al., 2020; Suetsugu, Haruna & Kamibeppu, 2020, Kjerulff et al., 2021). Žene sa simptomima PTSP-a nakon jednog, šest i 12 mjeseci od porođaja pokazuju slabiju emocionalnu vezanost u odnosu na žene koje nisu razvile simptome. Ovi rezultati ostaju isti i nakon kontrolisanja depresije, stresa i okolinske podrške kao konfundirajućih varijabli (Kjerulff et al., 2021). Pretjerana pobuđenost, negativna razmišljanja i raspoloženja, razdražljivost, problemi sa koncentracijom i izbjegavajuće ponašanje dovode do teškoća u vezivanju za odojčce. Kao posebno važan simptom se izdvaja osjećaj odvojenosti koji može značajno narušiti emocionalno vezivanje i brigu o odojčetu (Radoš et al., 2020). Žene sa PTSP-om, osam nedelja nakon porođaja, češće karakterišu svoje dijete „kao teškog temperamenta“ (Garthus-Niegel, Ayers, Martini, von Soest & Eberhard-Gran, 2016). Simptom disocijacije tokom porođaja predstavlja poseban rizik za probleme u vezivanju (Seng, Sperlich, Low, Ronis, Muzik & Liberzon, 2013). Postpartalni PTSP takođe ima uticaj i na buduće odluke koje se tiču reprodukcije, na fizički oporavak nakon porođaja i partnerski odnos (Nicholls & Ayers, 2007; Ayers, et al., 2008; Parfitt & Ayers, 2009). Kada je riječ o uticaju PTSP-a na razvoj djeteta, rezultati pokazuju da PTSP značajno korelira sa problemima u socijalnom,

emocionalnom i razvoju fine motorike djeteta uzrasta od dvije godine (Garthus-Niegel et al., 2016). Hitni i neplanirani carski rez, koji takođe utiču i na simptome postpartalnog PTSP-a, imaju negativan uticaj na vezivanje za odojčce (Sokol, Battle, Howard & Davis, 2016; Zanardo et al., 2016). Istovremeno, postoje i rezultati koji ukazuju da način porođaja nema efekte na vezivanje za odojčce, što implicira da način porođaja sam po sebi nema direktan uticaj na vezivanje, već je stvar mnogo kompleksnija i vjerovatno je najvažnije ono što određeni načini porođaja znače za svaku porodilju ponaosob (Bicking Kinsey et al., 2014).

Problemi, ciljevi i hipoteze istraživanja

Predmet ovog istraživanja su odnosi između porođajnog zadovoljstva, postpartalnog PTSP-a i simptoma teškoća prilikom povezivanja sa odojčcom. Analiziraće se tip odnosa između varijabli zadovoljstvo porođajem, postpartalni PTSP i povezivanje sa odojčcom. Takođe, biće ispitano i u kakvom odnosu ove varijable stoje sa različitim kategorijama akušerskih i demografskih karakteristika. Ciljevi ovog istraživanja su utvrđivanje učestalosti postpartalnog PTSP-a među porodiljama u Crnoj Gori, ispitivanje korelacije između zadovoljstva porođajem i postpartalnog PTSP-a, kao i da li porođajno zadovoljstvo može biti prediktor simptoma PTSP-a. Utvrđivanje prirode odnosa između porođajnog zadovoljstva i simptoma teškoća prilikom povezivanja sa odojčcom takođe predstavlja cilj ovog istraživanja, kao i prediktivna moć zadovoljstva porođajem. Na kraju, cilj je utvrditi i prirodu odnosa između generalnih simptoma i simptoma postporođajnog PTSP-a sa simptomima teškoća u povezivanju sa odojčcom kao i prediktivna vrijednost PTSP simptoma kada su u pitanju simptomi teškoća u vezivanju.

U skladu sa ciljevima istraživanja, hipoteze u ovom istraživanju su sljedeće:

H₁: očekuje se da će 3% ili više ispitanica zadovoljiti kriterijume za dijagnostikovanje postporođajnog PTSP-a (Ayers et al., 2016; Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2018; Grekin & O'Hara, 2014). Prevalenca postpartalnog PTSP-a je od 3% pa i do 15.7%, a u Hrvatskoj se ovaj procenat kreće od 9.1% do 11.8% (Nakić Radoš et al., 2020).

H_{2a}: očekuje se negativna korelacija između zadovoljstva porođajem i simptoma postpartalnog PTSP-a (Blažević, 2019; Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen & Eberhard-Gran, 2014; Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld & Ehring, 2014). Niži nivoi doživljenog

stresa tokom porođaja, pozitivnije lične atribucije i veće zadovoljstvo kvalitetom pruženih usluga protektivni su faktori razvoja PTSP simptoma.

H_{2b}: očekuje se da će manje zadovoljstvo porođajem biti značajan prediktor PTSP simptoma (Blažević, 2019; Soet, Brack & DiIorio, 2003; Kress, von Soest, Kopp, Wimberger & Garthus-Niegel, 2021; Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld & Ehrling, 2014). Negativna porođajna iskustva najčešće čine osjećaji ugroženosti, odsustva kontrole, strahovanje za svoj i život bebe, bespomoćnost i neizvjesnost, što je indikativno za pojavu PTSP simptoma.

H_{3a}: očekuje se negativna korelacija između zadovoljstva porođajem i simptoma teškoća u povezivanju sa odojčecom (Bennington, 2010; Blažević, 2019; Reisz, Jacobvitz & George, 2015). U skladu sa istraživanjima, manje zadovoljstvo porođajem je uzrokovano ranije prikazanim faktorima koji takođe mogu ugroziti mentalno zdravlje porodilje, uticati na percepciju majčinskih sposobnosti i djeteta, što dovodi do znakova otežanog emocionalnog povezivanja sa odojčecom.

H_{3b}: očekuje se da će veće zadovoljstvo porođajem biti prediktor manjeg broja simptoma teškoća vezivanja sa odojčecom (Bennington, 2010; Blažević, 2019; Reisz, Jacobvitz & George, 2015). Veće zadovoljstvo porođajem znači i niži nivo doživljenog stresa, veće zadovoljstvo kvalitetom pružene usluge i pozitivnije lične atribucije, a to znači i očuvanje mentalno zdravlje i emocionalni kapaciteti kojim se može objasniti lakše vezivanje za odojče.

H_{4a}: očekuje se pozitivna korelacija između simptoma PTSP-a i simptoma teškoća u povezivanju sa odojčecom (Parfitt & Ayers, 2009; Radoš et al., 2020).

H_{4b}: očekuje se da će se na osnovu PTSP simptoma moći predviđati simptomi teškoća u povezivanju sa odojčecom (Parfitt & Ayers, 2009; Radoš et al., 2020). S obzirom na kliničku sliku PTSP-a i smanjenu responzivnost na djetetove potrebe, očekivano je da se na osnovu rasta PTSP simptoma mogu predviđati i teškoće u povezivanju sa odojčecom.

Metod

U narednom dijelu biće prikazani uzorak u istraživanju, korišteni instrumenti i postupak prikupljanja i obrade podataka.

Uzorak

U istraživanju je učestvovalo 190 žena. Raspon starosti ispitanica je od 20 do 44 godine, a prosječna starost uzorka je 30.98 godina. Najveći broj ispitanica, njih 165 (86.8%) je u braku, 23 (12.1%) ispitanice žive u vanbračnoj zajednici i njih 2 (1.1%) su samohrane majke. Kada je riječ o obrazovanju, 69 (36.3%) ispitanica su završile srednju školu, 35 osnovne studije, 62 (32.6%) specijalističke studije, a master i doktorske studije su završile 23 (12.1%) odnosno jedna (0.5%) ispitanica. Najveći broj porođaja je bio u Kliničkom centru Crne Gore (144), a u uzorku nije bilo ispitanica koje su se porodile u kućnim uslovima. Ukupno 11 ispitanica (5.8%) je imalo novorođenče staro jedan mjesec, 18 ispitanica (9.5%) je imalo novorođenče starosti dva mjeseca, 14 ispitanica (7.4%) novorođenče staro tri mjeseca, a po 17 (8.9%) ispitanica su imale novorođenčad starosti od četiri, odnosno pet mjeseci. U uzorku je 12 ispitanica (6.3%) imalo novorođenče uzrasta od šest mjeseci, a isto toliko uzrasta od sedam mjeseci. Njih 10 (5.3%) je imalo novorođenče staro osam mjeseci, osam ispitanica (4.2%) je imalo novorođenče staro devet mjeseci, 12 ispitanica (6.3%) novorođenče od 10 mjeseci, devet ispitanica (4.7%) novorođenče od 11 mjeseci i njih 50 (26.3%) je imalo novorođenče uzrasta od 12 mjeseci. Najveći broj ispitanica, njih 83 (43.7%) je imalo jedan porođaj, dok je njih 79 (41.6%) imalo dva porođaja. Ukupno 21 ispitanica (11.1%) je imala tri porođaja, dok je najmanje ispitanica, njih sedam (3.7%) imalo četiri porođaja. Najmanji broj ispitanica, njih četiri (2.1%) su u partnerskom odnosu manje od godinu dana. Dvadesetdvije ispitanice (11.6%) su u partnerskom odnosu bile od godinu do dvije, njih 32 (16.8%) su navele da su u odnosu već 3-4 godine, 43 ispitanice (22.6%) su u trenutku ispitivanja bile u partnerskom odnosu 5-6 godina. Dalje, 41 (21.6%) ispitanica je u odnosu 7-8 godina, partnerski odnosi 15 ispitanica (7.9%) traje 9-10 godina, i 33 ispitanice (17.4%) su u odnosu koji traje duže od 10 godina. Kada je riječ o ekonomskom stanju, rezultati pokazuju da su 33 ispitanice (17.4%) bez primanja, 27 ispitanica (14.2%) ima mjesečna primanja do 450 eura, 62 ispitanice (32.6%) su navele da imaju mjesečna primanja u iznosu od 450 do 750 eura, a njih ukupno 68 (35.8%) ima više od 750 eura mjesečnih primanja.

Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja korištena su tri psihološka instrumenta i upitnik koji je sastavljen za potrebe ovog istraživanja, sa ciljem prikupljanja akušerskih i socio-ekonomskih podataka. Za mjerenje zadovoljstva porođajem korištena je Skala zadovoljstva porođajem (*BSS-R*) (Hollins Martin & Martin, 2014; Nakić Radoš, Matijaš, Brekalo, Hollins Martin & Martin, 2021). Za ispitavanje simptoma postporođajnog PTSP-a korištena je City BiTS skala (*eng. City Birth Trauma Scale*) (Ayers, Wright & Thornton, 2018; Nakić Radoš et al., 2020). Simptomi teškoća u povezivanju sa odojčetom su ispitivani Skalom postporođajnog povezivanja (*PBQ*) (Brockington, Oates, George, Turner, Vostanis, Sullivan, Loh & Murdoch, 2001; Anđelinović, Nakić Radoš & Matijaš, 2019). Dozvole za korištenje pomenutih instrumenata su dobijene od autora originalnih skala. U istraživanju su korišteni hrvatski prevodi čiji su autori takođe dali saglasnost za njihovu upotrebu u ovom istraživanju.

Skala zadovoljstva porođajem se sastoji od 10 stavki na koje se odgovara Likertovom petostepenom skalom (u potpunosti se slažem, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, u potpunosti se ne slažem). Mogući raspon rezultata je 0-40, a veći rezultat znači i veće zadovoljstvo porođajnim iskustvom (Prilog A). Autori skale navode zadovoljavajuću pouzdanost skale, $\alpha = .79$. *BSS-R* skala se sastoji od tri subskale: Doživljen stres tokom porođaja ($\alpha = .71$), Lične osobine ispitanice ($\alpha = .64$) i Kvalitet pružene njege ($\alpha = .74$). Skala se može koristiti i računanjem ukupnog rezultata. U ovom istraživanju pouzdanost skale je zadovoljavajuća, $\alpha = .82$. Pouzdanosti subskala Doživljeni stres tokom porođaja, Lične osobine ispitanice i Kvalitet pružene njege su redom $\alpha = .66$, $\alpha = .72$, $\alpha = .73$. U daljim analizama je uziman u obzir rezultat na cjelokupnoj skali.

Skalu porođajne traume (*City BiTS*) (Prilog B) sačinjavaju 29 stavke koje mjere simptome PTSP-a prouzrokovane porođajnim iskustvom u skladu sa kriterijumima navedenim u DSM 5: stresor (A), simptomi ponovnog proživljavanja (B), izbjegavanje (C), negativne misli i raspoloženje (D), pretjerana razdražljivost (E), trajanje simptoma (F) i eliminacioni kriterijum (H). Autori navode visoku pouzdanost skale ($\alpha = .92$) i subskala za simptome Ponovno proživljavanje ($\alpha = .88$), Negativne misli i raspoloženje ($\alpha = .83$) i Pretjerana razdražljivost ($\alpha = .86$). U ovom istraživanju pouzdanost skale je takođe visoka ($\alpha = .92$), kao i pouzdanost za subskale simptoma Ponovno proživljavanje, Negativne misli i raspoloženje, Pretjerana razdražljivost i Izbjegavanje, redom, $\alpha = .85$, $\alpha = .83$, $\alpha = .83$, $\alpha = .90$. Eksploratornom

faktorskom analizom autori su izdvojili dva faktora – simptomi povezani sa porođajem i generalni simptomi. Simptomi povezani sa porođajem se odnose na ponavljajuće, intruzivne misli, izbjegavanje i negativne misli i osjećanja u vezi sa porođajem. Generalni simptomi PTSP-a se odnose na pretjeranu razdražljivost i negativne promjene u mislima i raspoloženjima. U ovom istraživanju akcenat je bio na ovim dvjema subskalama, a subskala Simptomi povezani sa porođajem ($\alpha = .91$), kao i subskala Generalni simptomi imaju zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha = .90$). *City BiTS* skala ima i dvije stavke koje ispituju simptome disocijacije.

Skala postporođajnog povezivanja sa odojčedom (*PBQ*) se sastoji od 25 stavki koje ispituju majčine emocije, misli i reakcije prema svom djetetu, a za koje ispitanice izražavaju stepen saglasnosti i na koje je moguće odgovoriti sa: uvijek, veoma često, prilično često, ponekad, rijetko i nikad. Mogući raspon rezultata je 0-125, a veći rezultat znači i veće teškoće prilikom povezivanja (Prilog C). Autori skale navode postojanje 4 faktora: generalni faktor, odbacivanje i ljutnja, anksioznost povodom njege i rizik od zlostavljanja. U ovom istraživanju pouzdanost ovih subskala nije bila na zadovoljavajućem nivou ($\alpha = .64$, $\alpha = .63$, $\alpha = .42$, $\alpha = .24$), dok je pouzdanost same skale bila visoka, $\alpha = .81$.

U Tabeli 1 se može vidjeti da je raspored podataka pozitivno asimetričan i više izdužen u odnosu na normalni raspored za varijable Povezivanje sa odojčedom i Postporođajni PTSP.

Tabela 1: Deskriptivni podaci za glavne varijable

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Sd</i>	Asimetričnost	Spljoštenost
Zadovoljstvo porođajem	190	3	40	25.25	7.02	-.53	.26
Povezivanje sa odojčedom	190	0	37	8.49	.52	1.60	3.10
Generalni PTSP	190	0	30	7.62	.56	1.01	.14
Postpartalni PTSP	190	0	27	4.02	.45	2.01	3.80

Ispitana je i normalnost raspodjele podataka za date varijable i kao što i Tabela 2 pokazuje, nije utvrđena normalna distribucija. U SPSS-u je pokušana transformacija varijabli različitim funkcijama, međutim nije postignuta normalna distribucija.

Tabela 2: Normalnost distribucije vrijednosti varijabli

	Kolmogorov-Smirnov statistik	<i>p</i>
Zadovoljstvo porođajem	.08	.007*
Povezivanje sa odojčedom	.16	<.001*
Generalni PTSP	.16	<.001*
Postporođajni PTSP	.26	<.001*

*Napomena: *Liliefors korekcija značajnosti.*

Postupak prikupljanja i obrade podataka

Podaci su prikupljeni *online* putem *Google* upitnika. Podaci su obrađivani u IBM SPSS softveru (v.28).

Rezultati

U narednom dijelu će biti detaljno prikazani akušerski podaci, rezultati na svim skalama i razlike u rezultatima kod različitih kategorija na socio-ekonomskim i akušerskim varijablama.

Akušerski podaci

Podaci u Tabeli 3 pokazuju da je najčešći način porođaja u uzorku bio vaginalni porođaj, Otprilike petina ispitanica se porodila planiranim carskim rezomi, dok je njih 15 (7.9%) imalo porođaj neplaniranim carskim rezom. Epiziotomija je rađena kod 45 (23.7%) ispitanica, dok njih 16 (8.4%) ne znaju da li im je rađena epiziotomija. Kada je riječ o Kristelerovom zahvatu,

on je rađen kod 31 (16.3%) ispitanice, dok njih 30 (15.8%) ne znaju da li im je ovaj zahvat rađen ili ne. Ostale ispitanice izvještavaju da im ovaj manevar nije rađen. Bez indukcije su se porodile 142 (74.7%) ispitanice, 27 (14.2%) ispitanica je imalo indukovan porođaj uz njihove saglasnosti, dok je 21 (11.1%) ispitanica imala indukovan porođaj, ali bez traženja njihove saglasnosti. Kod 109 (57.4%) ispitanica nije probušen vodenjak, kod 41 (21.6%) jeste, ali bez njihove saglasnosti, i kod skoro isto toliko, 40 (21.1%) ispitanica, vodenjak je probušen uz njihovu prethodnu saglasnost. Što se tiče pratnje, većina ispitanica, njih 142 (74.7%) nisu imale pratnju tokom porođaja, dok njih 48 (25.3%) jeste.

Tabela 3: Podaci o akušerskim intervencijama i zahvatima

		<i>N</i>	%
Način porođaja	Vaginalno	133	70%
	Planiranim carskim rezom	40	21.1%
	Neplaniranim carskim rezom	15	7.9%
Epiziotomija	Ne	129	67.9%
	Da	45	23.7%
	Ne znam	16	8.4%
Kristelero zahvat	Ne	129	67.9%
	Da	31	16.3%
	Ne znam	30	15.8%
Indukcija	Ne	142	74.7%
	Da, uz moju saglasnost	27	14.2%
	Da, bez traženja moje saglasnosti	21	11.1%
Probušen vodenjak	Ne	109	57.4%
	Da, bez traženja moje saglasnosti	41	21.6%
	Da, uz moju saglasnost	40	21.1%
Pratnja	Ne	142	74.7%
	Da	48	25.3%

Zadovoljstvo porođajem

Mogući rang rezultata na skali Zadovoljstvo porođajem je 0-40. U ovom istraživanju minimalni rezultat je $Min = 3$, a maksimalni $Max = 40$, sa srednjom vrijednošću $M = 25.25$ (Tabela 1). Veći rezultat znači i veće zadovoljstvo porođajem. Kruskal-Volisovim H neparametrijskim testom ispitano je da li postoje razlike u zadovoljstvu porođajem između ispitanica koje pripadaju različitim kategorijama socio-ekonomskih i akušerskih varijabli (Tabela 4).

Tabela 4: Poređenje rezultata na skali Zadovoljstvo porođaja

	χ^2	df	p
Način porođaja	8.97	3	.03*
Epiziotomija	11.89	2	.003**
Kristeleroz zahvat	12.45	2	.002**
Indukcija	11.24	2	.004**
Vodenjak	10.70	2	.005**
Bračni status	5.98	2	.05
Dužina trajanja odnosa	4.34	6	.63
Obrazovanje	10.11	4	.04*
Lična primanja	6.35	3	.10
Broj porođaja	2.78	3	.43
Mjesto porođaja	11.11	8	.20
Pratnja	3.32	1	.07

Napomena: * $p < .05$. ** $p < .01$.

Kruskal-Volisovim H testom utvrđeno je da je zadovoljstvo porođajem u značajnoj mjeri pod dejstvom načina porođaja, $\chi^2_{(3)} = 8.97$, $p < .05$ (Tabela 4). Takođe, otkrivene su i statistički značajne razlike u zadovoljstvu porođajem kod ispitanica kojima jeste i kod ispitanica kojima nije rađena epiziotomija, $\chi^2_{(2)} = 11.89$, $p < .05$. Kruskal-Volisovim H testom utvrđeno je i da je zadovoljstvo porođajem u statistički značajnoj mjeri pod dejstvom indukcije, $\chi^2_{(2)} = 11.24$, $p < .05$ i bušenja vodenjaka, $\chi^2_{(2)} = 10.70$, $p < .05$. Rezultati pokazuju da i obrazovanje ima statistički značajan efekat na zadovoljstvo porođajem $\chi^2_{(4)} = 10.11$, $p < .05$. Nije utvrđeno statistički značajno dejstvo bračnog statusa, dužine trajanja odnosa, prosječnih

ličnih primanja, broja i mjesta porođaja, ni prisustva pratnje tokom porođaja na zadovoljstvo porođajem.

Naknadnim testovima ispitano je koje se grupe međusobno statistički značajno razlikuju, a u Tabeli 5 se mogu vidjeti srednje vrijednosti ranga i medijane vrijednosti Zadovoljstva porođajem za sve grupe.

Tabela 5: Srednji rangovi i medijane za skalu Zadovoljstvo porođajem

		<i>N</i>	<i>MR</i>	<i>Mdn</i>
Način porođaja	Vaginalno	133	100.20	27
	Planiranim carskim rezom	40	94.16	25.50
	Neplaniranim carskim rezom	15	68.03	21
	Vaginalno vakuumom	2	15.75	11.50
Epiziotomija	Ne	129	104.38	27
	Ne znam	16	90.50	25.50
	Da	45	71.81	23
Kristelerov zahvat	Ne	129	104.83	27
	Ne znam	30	82.33	25.50
	Da	31	69.40	23
Indukcija	Da, uz moju saglasnost	27	100.93	27
	Ne	142	100.07	26.50
	Da, bez traženja moje saglasnosti	21	57.62	20
Vodenjak	Da, uz moju saglasnost	40	113.59	28
	Ne	109	96.94	26
	Da, bez traženja moje saglasnosti	41	74.01	23
Obrazovanje	Doktorske studije	1	180	36
	Master studije	23	116.20	28
	Srednja škola	69	101.97	27
	Osnovne studije	35	86.71	25
	Specijalističke studije	62	84.22	25

Danovim *post hoc* testom utvrđeno je da su ispitanice kojima nije rađena epiziotomija značajno zadovoljnije porođajem u odnosu na ispitanice kojima jeste rađena epiziotomija, $z = -3.43$, $p_{Bonf} < .05$. Takođe, ispitanice kojima nije rađen Kristeleroov zahvat (fundalni pritisak) su u statistički značajno većoj mjeri zadovoljnije porođajem nego žene koje su izvjestile da im je vršen Kristeleroov zahvat, $z = -3.23$, $p_{Bonf} < .05$. Kada je riječ o indukciji, analize su pokazale da su ispitanice koje nisu imale indukovan porođaj značajno zadovoljnije porođajem u odnosu na ispitanice čiji je porođaj bio indukovan, ali bez traženja njihove saglasnosti, $z = -3.31$, $p_{Bonf} < .01$. Istovremeno, ispitanice čiji su porođaji bili indukovani uz njihovu saglasnost su značajno zadovoljnije porođajem nego ispitanice od kojih nije tražena saglasnost, $z = -2.71$, $p_{Bonf} < .05$. Ne postoje razlike u zadovoljstvu porođajem između ispitanica koje nisu imali indukovan porođaj i ispitanica čiji su porođaji bili indukovani uz njihovu saglasnost, $z = .07$, $p_{Bonf} > .05$. Što se tiče probijanja vodenjaka (amniotomija), Danov *post hoc* test je pokazao da su ispitanice čiji su vodenjaci probijeni bez njihove saglasnosti značajno manje zadovoljne porođajem u odnosu na ispitanice čiji su vodenjaci probijeni uz njihove saglasnosti, $z = -3.24$, $p_{Bonf} < .01$. Kada je riječ o obrazovanju, korišten je Man-Vitnjev U test za poređenje dva para i rezultati su pokazali da su ispitanice koje su završile master studije u statistički značajnoj većoj mjeri zadovoljnije porođajem nego ispitanice koje su završile specijalističke studije ($z = -2.41$, $p < .05$), kao i u odnosu na ispitanice koje su završile osnovne studije ($z = -2.03$, $p < .05$). Takođe, naknadnim Man-Vitnjevom U testom je utvrđeno da su ispitanice koje su se porodile vaginalno značajno zadovoljnije porođajem u odnosu na ispitanice koje su se porodile neplaniranim carskim rezom ($z = -2.15$, $p < .05$), kao i odnosu na ispitanice koje su se porodile vaginalno vakuumom ($z = -2.09$, $p < .05$).

Generalni simptomi i simptomi postporođajnog PTSP-a

Na subskali Generalni PTSP rang rezultata je 0-30, prosječni rezultat je $M = 7.62$, dok je na subskali Postporođajni PTSP rang rezultata 0-27, a prosječni rezultat je $M = 4.02$ (Tabela 1). Prednost City BiTS skale je što omogućava korišćenje ovog instrumenta kao dijagnostičkog sredstva poštujući kriterijume DSM-5. Kako bi se pružio odgovor na H_1 , ispitano je koliko učesnica zadovoljava sve kriterijume za dijagnostikovanje PTSP-a. Od ukupnog uzorka 37

ispitanica je mislilo da će one ili njihove bebe biti ozbiljno povrijeđeni i/ili su mislile da bi one ili njihove bebe mogle umrijeti. Drugim riječima, 37 ispitanica je zadovoljilo kriterijum A (stresor kriterijum) za dijagnostikovanje PTSP-a. Kriterijum B (ponovno proživljavanje simptoma) je zadovoljilo 109 ispitanica. Kriterijume C (izbjegavanje) i D (negativne misli i raspoloženje) je zadovoljilo 36, odnosno 95 ispitanica. Kriterijume E (pretjerana razdražljivost) i F (dužina trajanja) su zadovoljile 122, odnosno 65 ispitanica. Kriterijum G (distres i oštećenje) je zadovoljila 81 ispitanica.

Dalje, Kruskal-Volisovim H testom ispitano je da li postoji značajan efekat različitih kategorija više nezavisnih varijabli na broj generalnih simptoma i simptoma postporođajnog PTSP-a (Tabela 6).

Tabela 6: Poređenje rezultata na City Bits skali

	Generalni PTSP			Postporođajni PTSP		
	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Način porođaja	10.61	3	.014*	3.18	3	.37
Epiziotomija	.94	2	.63	10.94	2	.004**
Kristeleroz zahvat	.88	2	.64	8.95	2	.011*
Indukcija	.72	2	.70	5.12	2	.077
Vodenjak	2.11	2	.348	7.92	2	.019*
Bračni status	3.82	2	.148	3.96	2	.138
Dužina odnosa	10.15	6	.118	5.08	6	.533
Obrazovanje	1.91	4	.752	3.32	4	.506
Lična primanja	.58	3	.901	3.87	3	.275
Broj porođaja	3.01	3	.39	3.39	3	.335
Mjesto porođaja	5.78	8	.671	13.47	8	.097
Pratnja	1.54	1	.215	.52	1	.472

Napomena: * $p < .05$. ** $p < .01$.

U Tabeli 6 se može vidjeti da postoji statistički značajan efekat načina porođaja na generalni PTSP ($\chi^2_{(3)} = 10.61$, $p < .05$), ali ne i na postporođajni PTSP ($\chi^2_{(3)} = 3.18$, $p > .05$). Epiziotomija je imala značajan efekat samo na postpartalni PTSP ($\chi^2_{(2)} = 10.94$, $p < .01$), kao i Kristeleroz zahvat ($\chi^2_{(2)} = 8.95$, $p < .05$). Rezultati pokazuju da je postpartalni PTSP pod značajnim dejstvom i probijanja vodenjaka, $\chi^2_{(2)} = 7.92$, $p < .05$.

Naknadnim testovima ispitano je koje se grupe međusobno razlikuju u vrijednostima zavisnih varijabli. U Tabeli 7 se mogu vidjeti srednji rangovi i medijane svih grupa. Man-Vitnijevim U testom utvrđen je značajno veći broj simptoma generalnog PTSP-a kod ispitanica koje su se porodile neplaniranim carskim rezom u odnosu na ispitanice koje su se porodile planiranim carskim rezom ($z = -2.53, p < .05$), kao i u odnosu na ispitanice koje su se porodile vaginalno ($z = -.3.05, p < .01$). Danovim *post hoc* testom utvrđeno je da su ispitanice kojima su rađeni epiziotomija i Kristelerov zahvat imale značajno veći broj simptoma na subskali Postporođajni PTSP u odnosu na ispitanice kojima nisu rađeni ovi zahvati, $z = 3.19, p_{Bonf} < .01$; $z = 2.88, p_{Bonf} < .05$. Kada je riječ o probijanju vodenjaka, Danov test pokazuje statistički značajno veći broj simptoma na subskali Postporođajni PTSP kod ispitanica kojima je vodenjak probijen bez njihove saglasnosti nego kod ispitanica kojima je vodenjak probijen uz njihovu saglasnost, $z = 2.81, p_{Bonf} < .05$.

Tabela 7: Srednji rangovi i medijane za City BiTS skalu

		Generalni PTSP			Postporođajni PTSP	
		<i>N</i>	<i>MR</i>	<i>Mdn</i>	<i>MR</i>	<i>Mdn</i>
Način porođaja	Vaginalno vakuumom	2	131.75	12.50	136.50	13.50
	Neplanirani carski rez	15	136.30	15	111.83	5
	Planirani carski rez	40	96.51	6	98.15	1.50
Epiziotomija	Vaginalno	133	90.05	5	92.94	1
	Ne znam	16	104.91	6	106.53	2
	Da	45	99.16	5	116.34	4
	Ne	129	93.06	5	86.86	1
Kristelerov	Ne znam	30	102.23	6	102.62	2
	Da	31	99.37	5	118.98	3
	Ne	129	93	5	88.20	1
Vodenjak	Da, bez traženja saglasnosti	41	105.51	7	110.95	2
	Ne	109	94.35	5	96.23	2
	Da, uz saglasnost	40	88.38	3.50	77.68	.00

Povezivanje sa odojčedom

U ovom istraživanju minimalni rezultat na PBQ skali je $Min = 0$, maksimalni $Max = 37$ i srednja vrijednost $M = 8.49$ (Tabela 1). Kruskal-Volisonim H testom utvrđeno je postojanje efekta Kristeleroovog zahvata, $\chi^2_{(2)} = 6.10$, $p < .05$ (Tabela 8). Razlika je otkrivena između ispitanica koje ne znaju da li im je rađen Kristeleroov zahvat ($MR = 116.63$, $Mdn = 9.5$) i ispitanica kojima nije rađen zahvat ($MR = 89.63$, $Mdn = 6$). Ispitanice koje ne znaju da li im je rađen zahvat su imale značajno više teškoća u povezivanju sa odojčedom u odnosu na žene kojima nije rađen Kristeleroov zahvat, $z = -2.43$, $p_{Bonf} < .05$.

Tabela 8: Poređenje rezultata na skali Povezivanje sa odojčedom

	χ^2	df	p
Način porođaja	3.51	3	.32
Epiziotomija	3.23	2	.197
Kristeleroov zahvat	6.10	2	.048*
Indukcija	.23	2	.891
Vodenjak	.54	2	.762
Bračni status	.53	2	.765
Dužina trajanja odnosa	3.28	6	.773
Obrazovanje	4.42	4	.352
Lična primanja	6.45	3	.092
Broj porođaja	1.98	3	.577
Mjesto porođaja	5.41	8	.713
Pratnja	2.88	1	.09

Napomena: * $p < .05$.

Korelacija

U Tabeli 9 se mogu vidjeti rezultati analize korelacija zavisnih varijabli u istraživanju. Spirmanov ro koeficijent korelacije pokazuje značajno postojanje negativne korelacije srednje jačine između zadovoljstva porođajem i generalnog PTSP-a, $r_s = -.39$, $p < .01$. Dakle, što je zadovoljstvo porođajem manje, to je veći broj simptoma generalnog PTSP-a, i obrnuto. Takođe, utvrđeno je postojanje snažne negativne korelacije zadovoljstva porođajem sa postporođajnim PTSP-om ($r_s = -.59$, $p < .01$) i negativne korelacije sa teškoćama u povezivanje sa odojčedom ($r = -.31$, $p < .05$). Generalni PTSP je u pozitivnoj korelaciji umjerene jačine sa postpartalnim PTSP-om ($r_s = .45$, $p < .01$), kao i sa povezivanjem sa odojčedom ($r = .37$, $p < .01$). Pirsonovim koeficijentom korelacije utvrđena je i značajna pozitivna korelacija slabog efekta između postporođajnog PTSP-a i teškoća u povezivanju sa odojčedom, $r = .20$, $p < .01$.

Tabela 9: Korelacija varijabli Zadovoljstvo porođajem, Generalni PTSP, Postporođajni PTSP i Povezivanje sa odojčedom

Varijabla	1	2	3	4
1. Zadovoljstvo porođajem	1			
2. Generalni PTSP	-.39 ^{b**}	1		
3. Postporođajni PTSP	-.59 ^{b**}	.45 ^{b**}	1	
4. Povezivanje sa odojčedom	-.31 ^{a*}	.37 ^{a**}	.20 ^{a**}	1

Napomena: * $p < .05$. ** $p < .01$. a = Pirsonov koeficijent; b = Spirmanov ro koeficijent.

Regresiona analiza

Prosta regresija je pokazala da zadovoljstvo porođajem može u statistički značajnoj mjeri da predvidi simptome PTSP-a povezane sa porođajem ($F_{(1,188)} = 130.18$, $p < .001$), kao i generalne simptome ($F_{(1,188)} = 36.10$, $p < .001$). Kako i Tabela 10 pokazuje, zadovoljstvo porođajem je

odgovorno za 41% ukupne varijanse u simptomima povezanim sa porođajem i za 16% varijanse u generalnim simptomima PTSP-a. Što su vrijednosti na Skali zadovoljstva porođajem bile veće, to su vrijednosti na subskalama Postporođajni PTSP i Generalni PTSP bile manje. Veće zadovoljstvo porođajem je značajan prediktor simptoma PTSP-a povezanih sa porođajem ($B = -.56$, $t = -11.41$, $p < .001$) i generalnih PTSP simptoma, $B = -.44$, $t = -6.01$, $p < .001$).

Tabela 10: Predviđanje generalnih simptoma i simptoma postporođajnog PTSP-a na osnovu zadovoljstva porođajem

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	R^2	<i>p</i>
PP PTSP	-.56	.05	-.64	.41	<.001
Generalni PTSP	-.44	.07	-.40	.16	<.001

Hijerarhijskom višestrukom regresijom ispitano je da li se može predviđati broj simptoma u povezivanju sa odojčedom na osnovu zadovoljstva porođajem, generalnog PTSP-a i postpartalnog PTSP-a (Tabela 11). U prvom koraku je uveden generalni PTSP kao prediktor, što je objasnilo 14% varijanse simptoma teškoća prilikom povezivanja sa odojčedom. Nakon uvođenja zadovoljstva porođajem u drugom koraku, modelom kao cjelinom je objašnjeno 17% ukupne varijanse, $F_{(2, 187)} = 19.02$, $p < .001$. Zadovoljstvo porođajem je objasnilo dodatnih 3% varijanse u simptomima problema povezivanja sa odojčedom nakon što je uklonjen uticaj simptoma generalnog PTSP-a, R^2 se promijenilo za $=.03$, F se promijenilo za $(1, 187) = 6.78$, $p < .05$. Trećim korakom su u konačni model uvedeni simptomi postporođajnog PTSP-a. Ova varijabla nije značajno doprinijela modelu, $F_{(1, 186)} = 1.84$, $p > .05$. U konačnom modelu simptomi postporođajnog PTSP-a nisu statistički značajni prediktori simptoma teškoća prilikom povezivanja sa odojčedom, $B = -.14$, $t = -1.33$, $p > .05$. Kao statistički značajni prediktori su se pokazali generalni PTSP ($B = .31$, $t = 4.3$, $p < .001$) i zadovoljstvo porođajem, $B = -.26$, $t = -2.91$, $p < .05$.

Tabela 11: Hijerarhijska regresiona analiza

	Prediktor	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
1. korak	Generalni PTSP	.35***	.14	.14	30.35***
2. korak	Generalni PTSP	.28***	.17	.03	6.78*
	Zadovoljstvo porođajem	-.19*			
3. korak	Generalni PTSP	.31***	.18	.008	1.78
	Zadovoljstvo porođajem	-.26**			
	Pospartalni PTSP	-.14			

Napomena: **p*<.05. ***p*<.01. ****p*<.001.

Diskusija

Srednja vrijednost rezultata na Skali zadovoljstva porođajem $M = 25.25$ ukazuje na umjereno zadovoljstvo porođajnim iskustvom kod porodilja u Crnoj Gori. Analize podataka su pokazale da je zadovoljstvo porođajem u statistički značajnoj mjeri pod dejstvom načina porođaja, epiziotomije, Kristeleroovog zahvata, indukcije, probijanja vodenjaka i obrazovanja. Ispitanice kojima nije rađena epiziotomija su značajno zadovoljnije porođajem u odnosu na ispitanice kojima jeste. Jedno od objašnjenja ovog rezultata može ležati u činjenici da je epiziotomija intervencija koja se često radi na način i pristup koji izuzima porodilju kao glavnog aktera porođaja, oduzima osjećaj kontrole nad porođajnim procesom i dovodi do težeg oporavka nakon porođaja, nesamostalnosti i osjećaja nekompetentnosti (Stanković, 2014). Skala zadovoljstva porođajem je osjetljiva na upravo ove dimenzije – osjećaj ugroženosti tokom porođaja, stepen kontrole i zadovoljstvo tretmanom osoblja. Kristeleroov zahvat struka danas svrstava među zastarjele, nedjelotvorne pa čak i opasne prakse, što može biti objašnjenje manjeg zadovoljstva porođajem ispitanice koje su prošle kroz taj zahvat u odnosu na ispitanice koje nisu (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). Kada je riječ o indukciji, rezultati pokazuju da ispitanice čiji su porođaji indukovani uz traženje njihove saglasnosti postižu značajno veće rezultate na Skali zadovoljstva porođajem u odnosu na ispitanice čiji su porođaji indukovani, ali bez traženja njihove saglasnosti. Ovo ukazuje na značaj porodiljinog osjećaja kontrole nad tokom porođaja (Hollins Martin & Martin, 2014). Stanković (2014) primjećuje

da, osim što indukovani porođaj dovodi do značajno bolnijih kontrakcija u odnosu na prirodne, indukovane kontrakcije onemogućavaju njihovo predviđanje, pa samim tim i pripremu i suočavanje sa bolom, što dodatno narušava osjećaj kontrole nad svojim tijelom. Baš kao i za indukovani porođaj, rezultati pokazuju da su ispitanice čiji su vodenjaci probušeni bez traženja njihove saglasnosti postigle značajno manje rezultate na Skali zadovoljstva porođajem u odnosu na ispitanice čiji su vodenjaci takođe probijeni, ali uz traženje njihove saglasnosti. Kada je riječ o načinu porođaja, najveće zadovoljstvo porođajem je utvrđeno kod ispitanica koje su se porodile vaginalno, neinstrumentalno, a razlika u zadovoljstvu porođajem između vaginalnog porođaja sa jedne strane, i neplaniranog carskog reza i vaginalnog porođaja vakuumom sa druge strane, statistički je značajna. Ovi rezultati su konzistentni sa rezultatima drugih istraživanja na ovu ili slične teme (Chabbert, Panagiotou, & Wendland, 2020; Handelzalts, Waldman Peyser, Krissi, Levy, Wiznitzer & Peled, 2017; Hollins Martin & Martin, 2014; Nakić Radoš et al., 2021). Rezultati koji nisu očekivani, mada su i ranije primijećeni su oni koji ukazuju na značajno veće zadovoljstvo porođajem kod ispitanica koje su završile master nivo studija u odnosu na ispitanice sa diplomama osnovnih i specijalističkih studija (Konieczka, Tomczyk, Wilczak & Chmaj-Wierzchowska, 2024). Jedno od ponuđenih objašnjenja ovih rezultata uzrok nalazi u boljem informisanju i znanju o porođajnom procesu i postporođajnom oporavku kod porodilja sa višim stepenom formalnog obrazovanja, mada ovi rezultati i dalje ostaju nedovoljno jasni (Konieczka, Tomczyk, Wilczak & Chmaj-Wierzchowska, 2024).

Rezultati na City BiTS skali pokazuju da 3.68% uzorka zadovoljava sve kriterijume, prema DSM-5, za dijagnostikovanje postporođajnog PTSP-a, pa je time i potvrđena H_1 ovog istraživanja. Kruskal-Volissovim H testom utvrđeno je postojanje značajnog efekta načina porođaja na generalne simptome PTSP-a, odnosno na simptome pretjerane pobuđenosti i simptome negativnih razmišljanja i raspoloženja. *Post hoc* testom utvrđeno je statistički značajno veći ovih simptoma kod ispitanica koje su se porodile neplaniranim carskim rezom u odnosu na ispitanice koje su se porodile planiranim carskim rezom. Imajući u vidu prirodu neplaniranog carskog reza kao načina porođaja i neizvjesnost, odsustvo kontrole i strah za svoj i život bebe koji kod porodilje može uzrokovati, jasno je da je ovaj način porođaja jak stresor. Ovaj dobijeni efekat je u skladu i sa prethodnim istraživanjima (Grekin & O'Hara, 2014; Vossbeck-Elsebusch, Fresifeld & Ehring, 2014). Takođe su utvrđeni i efekti epiziotomije, Kristelerovog zahvata i probijanja vodenjaka na simptome povezane sa porođajem (negativna razmišljanja i raspoloženja u vezi sa porođajem, ponavljajuće, intruzivne misli i izbjegavanje

svoga što podsjeća na porođaj). Ispitanice kojima je rađen Kristelero zahvat su imale značajno veći broj simptoma povezanih sa porođajem, što je i u skladu sa nalazima prethodnih istraživanja (Grekin & O'Hara, 2014; Creedy, Shochet & Horsfall, 2000). Ovaj manevar u medicinskom miljeu se danas smatra štetnim i zastarjelim, i u izvještaju o Procjeni kvaliteta njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori kao jedna od preporuka se upravo navodi izbjegavanje ove intrapartalne tehnike (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). Ovaj zahvat može za porodilju predstavljati traumatičan događaj koji ugrožava njen osjećaj bezbjednosti i sigurnosti za sebe i svoje dijete i postaje prijetnja fizičkom integritetu. Kao i Kristelero zahvat, i epiziotomija se široko sprovodi i njena primjena je u većini crnogorskih porodilišta liberalna i neopravdana, a smatra se štetnom i bolnom, dok je u jednoj ustanovi epiziotomija rađena kod 70% prvorođanke (Hodorogea, Kazakbaeva & Maciulevicius, 2023). Imajući u vidu prirodu ovog zahvata, razumljiv je rezultat ovog istraživanja o značajno većem broju simptoma negativnih razmišljanja i raspoloženja u vezi sa porođajem, intruzivnih misli i izbjegavanja svega što podsjeća na porođaj, u odnosu na ispitanice kojima nije rađena epiziotomija. Kristelero zahvatu i epiziotomiji se pridružuje i probijanje vodenjaka kada je riječ o značajnim efektima na simptome PTSP-a. Kod ispitanica kojima je vodenjak probušen bez njihove saglasnosti prisutan je značajno veći broj simptoma u odnosu na ispitanice kod kojih je vodenjak probušen sa njihovom saglasnošću. Neinformisanost žene o tekućim intervencijama na njenom tijelu može dovesti do izraženijeg doživljaja porođaja kao traumatičnog iskustva. Zanimljiv podatak je da 8.4%, odnosno 15.8% ispitanice nije znalo da li su im rađeni epiziotomija i Kristelero zahvat. Odsustvo informacija o toku porođaja i intervencijama dovodi do otežane integracije porođajnog iskustva i javljanja disocijativnog efekta (Stanković, 2014). Svih sedam ispitanica koje su zadovoljile sve kriterijume za dijagnostikovanje PTSP-a su takođe odgovorile pozitivno na barem jednu stavku iz *City BiTS* skale koja provjerava simptome disocijacije (Osjećaj odvojenosti ili kao da si u snu; Osjećaj da su stvari iskrivljene ili nerealne). Čin porođaja sam po sebi, a i udružen sa medicinskim intervencijama nad kojima ispitanica često nema kontrolu, i koji su često za nju nejasni, predstavljaju izazov za njenu otjelovljenu subjektivnost (Stanković, 2014).

Rezultati o negativnim i statistički značajnim korelacijama porođajnog zadovoljstva sa PTSP simptomima povezanim sa porođajem i generalnim PTSP simptomima potvrđuju H_{2a}. Manje doživljenog stresa tokom porođaja, bolji kvalitet njege i brige medicinskog osoblja u porodilištu, izraženiji osjećaj kontrole tokom porođanja i manje izražen osjećaj tjeskobe su protektivni faktori za nastanak postpartalnog PTSP-a. U skladu sa tim, regresiona analiza je

pokazala da zadovoljstvo porođajem može biti značajan prediktor simptoma PTSP-a, to jest, da manje porođajno zadovoljstvo predviđa i veći broj PTSP simptoma, čime je dokazana i H_{2b}. Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja na ovu temu (Blažević, 2019; Kress et al., 2021; Soet, Brack & DiIorio, 2003; Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld & Ehring, 2014). Dobijena značajna negativna korelacija između zadovoljstva porođajem i simptoma teškoća u povezivanju sa odojčetom potvrđuje H_{3a}. Manje zadovoljstvo porođajnim iskustvom može ugroziti mentalno zdravlje porodilja, način na koji percipiraju svoje novorođenče i roditeljske sposobnosti i kapacitete, što je u vezi sa otežanim povezivanjem sa djetetom (Michels, Kruske & Thompson, 2013; Bennington, 2010; Blažević, 2019; Reisz et al., 2015). Ovi rezultati su saglasni i konzistentni sa informacijama koje je pružila hijerarhijska regresiona analiza o značajnosti uvođenja u model zadovoljstva porođajem u drugom koraku i mogućnošću značajnog predviđanja simptoma otežanog povezivanja sa odojčetom na osnovu zadovoljstva porođajem, čime je potvrđena i H_{3b}. Dalje, pozitivna i značajna korelacija generalnih simptoma PTSP-a i simptoma PTSP-a povezanih sa porođajem sa simptomima otežanog povezivanja sa odojčetom potvrdile su H_{4a}. Veći broj simptoma ponavljajućih i intruzivnih misli, izbjegavanja svega što podsjeća na porođaj, negativnih misli i raspoloženja, zatim simptoma pretjerane pobuđenosti, praćeni su i većim brojem simptoma koji ukazuju na teškoće u povezivanju sa novorođenčetom, što je u skladu sa rezultatima ranijih istraživanja (Kjerulff, Attanasio, Sznajder & Brubaker, 2021; Parfitt & Ayers, 2009; Radoš et al., 2020). S obzirom na kliničku sliku PTSP-a, potvrđena je i hipoteza H_{4b} o prediktivnoj snazi PTSP simptoma kada je riječ o otežanom povezivanju. Međutim, pokazalo se da su samo generalni simptomi PTSP-a značajni prediktori, ali ne i simptomi povezani sa porođajem. U generalne simptome PTSP-a, između ostalih, svrstani su pretjerana pobuđenost, napetost, problemi sa koncentracijom i osjećaj odvojenosti od drugih ljudi, pa je moguće da upravo osjećaj udaljenosti i odvojenosti od drugih ljudi utiče na vezivanje za odojče (Nakić Radoš, Matijaš, Brekalo, Čartolovni i Ayers, 2020). Generalni simptomi poput pobuđenosti i reaktivnosti su često praćeni ljutnjom i impulsivnošću koji takođe mogu biti prepreke uspješnom i neotežanom vezivanju (Nakić Radoš et al., 2020). Rezultat da simptomi PTSP-a povezani sa porođajem ne mogu predviđati simptome problema prilikom vezivanja su u skladu sa ranijim istraživanjima u kojima su takođe potvrđeni efekti samo generalnih simptoma na teškoće u vezivanju. (Handelzalts, Hairston, Muzik, Matatyahu Tahar & Levy, 2022; Nakić Radoš et al., 2019).

Kada je riječ o psihijatrijskim poremećajima, izuzetno je važno pitanje komorbiditeta. Simptomi PTSP-a se često javljaju sa poremećajima raspoloženja (Begić, 2016). Istraživanja

koja su se bavila odnosom PTSP-a, depresije i otežanim vezivanjem ukazuju na značaj medijatorne uloge simptoma depresije, pa bi bilo značajno budućim istraživanjima dodatno osvijetliti odnose ovih varijabli (Blažević, 2019; Parfitt & Ayers, 2009; Radoš et al., 2020). Imajući u vidu značaj emocionalne veze koju majka uspostavlja sa svojim odojčedom u prvoj godini života, bilo bi od koristi ispitati odnos vezivanja i drugih varijabli, poput crta ličnosti, prenatalnog vezivanja, temperamenta djeteta i obrazaca afektivne vezanosti (Chrzan-Dętkoś & Łockiewicz, 2015; Handelzalts et al., 2020; Takács, Smolík, Kaźmierczak & Putnam, 2020; Smorti, Ponti, Ghinassi, & Rapisardi, 2020). Što se tiče ograničenja ovog istraživanja, važno je imati u vidu period javljanja simptoma traumatskog događaja. Simptomi se uglavnom javljaju ubrzo nakon samog traumatskog događaja, mada je moguće da se jave i nakon nekoliko mjeseci, rjeđe i godina (Begić, 2016). Zbog prirode City BiTS skale, u ovom istraživanju su učestvovalе ispitanice koje su se porodile najviše 12 mjeseci prije trenutka pristupanja istraživanju, pa je moguće da se kod nekih ispitanica još uvijek nisu javili simptomi. Takođe, iako su svi korišteni psihološki instrumenti zadovoljili psihometrijske karakteristike, ograničenje ovog istraživanja leži i u odsustvu kliničkog intervjua. U izvjesnoj mjeri mana leži i u nejednakim veličinama kategorija različitih varijabli (način porođaja, epiziotomija, Kristeleroov zahvat, indukcija, probijanje vodenjaka, pratnja).

Zaključak

Glavni cilj ovog istraživanja je bilo ispitivanje da li postoji korelacija između zadovoljstva porođajem, postpartalnog PTSP-a i teškoća u povezivanju sa odojčedom, i utvrđivanje značajnih prediktora simptoma otežanog vezivanja. Ostali ciljevi su se ticali utvrđivanja učestalosti PTSP-simptoma kod porođilja u Crnoj Gori i broja porođilja koje zadovoljavaju sve kriterijume za dijagnostikovanje PTSP-a, zatim ispitivanja efekta različitih kategorija akušerskih i demografskih varijabli na zadovoljstvo porođajnim iskustvom, simptome PTSP-a i simptome otežanog vezivanja. Analizama je utvrđeno da je zadovoljstvo porođajem pod značajnim dejstvom načina porođaja, epiziotomije, Kristeleroovog zahvata, indukcije, probijanja vodenjaka i obrazovanja. Rezultati analiza pokazuju da se kod 3.68% ispitanica može dijagnostikovati postpartalni PTSP Na generalne simptome PTSP-a je imao efekat samo način porođaja, dok su epiziotomija, Kristeleroov zahvat i probijanje vodenjaka imali efekte na PTSP simptome povezane sa porođajem. Na broj simptoma otežanog vezivanja zanačajan

efekat je imao samo Kristeleroov zahvat. Analiza korelacija između varijabli je pokazala da su sve korelacije statistički značajne. Negativne korelacije su utvrđene između rezultata na skali Zadovoljstvo porođajem i subskali Generalni PTSP simptomi, kao i subskali Postporođajni PTSP simptomi. Zadovoljstvo porođajem takođe negativno korelira sa simptomima otežanog vezivanja. Sa rezultatima na skali Povezivanje sa odojčecom pozitivno koreliraju obje subskale *City BiTS* skale (Generalni i Pospartalni simptomi). Regresiona analiza je pokazala da zadovoljstvo porođajnim iskustvom može značajno predviđati simptome postporođajnog PTSP-a. Kada je riječ o simptomima otežanog vezivanja, hijerarhijskom regresionom analizom utvrđeno je da su generalni simptomi PTSP-a i zadovoljstvo porođajem značajni prediktori simptoma otežanog vezivanja, dok se simptomi PTSP-a vezanih za porođaj nisu pokazali kao značajan prediktor.

Uspješno vezivanje majke za svoje novorođenče je višestruko značajno. Formiranje adekvatnog emocionalnog odnosa je važno za stvaranje afektivne vezanosti, emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj djeteta. Zbog toga je neophodno ispitivati i razumjeti faktore koji mogu uticati na teškoće prilikom vezivanja. Na neke od njih je teže ili nemoguće uticati, ili vremenski zahtjevno, međutim, neki su neposredne i direktne posljedice ljudskog faktora. Na zadovoljstvo porođajem u velikoj mjeri utiču okolnosti koje je relativno lako i ekonomično (vremenski, finansijski) unaprijediti i urediti na način da porodilje budu što zadovoljnije porođajnim iskustvom, poput obezbjeđivanja adekvatnih infrastrukturnih i higijenskih uslova u porodilištima, edukacije medicinskog osoblja na polju poštovanja prava porodilja, usklađivanje medicinskih tehnika i procedura u skladu sa preporukama nauke i vodećih institucija. Na ovaj način se značajno smanjuju mogućnosti za traumatično porođajno iskustvo, očuvavaju kapaciteti porodilje i njeno mentalno zdravlje za izazovne periode kakvi su puerperij i prvih 12 mjeseci života novorođenčeta tokom kojim ona formira emocionalnu vezu sa njim. Od posebne važnosti je prevencija teškoća postpartalnog vezivanja. Zadovoljstvo porođajnim iskustvom i simptome PTSP-a, kao neke od prediktora otežanog postpartalnog vezivanja, prilično je lako ispitivati i mogu se uvesti kao dio standardne i rutinske procedure u tretmanu porodilja. Na taj način bi se mogle identifikovati porodilje kod kojih bi se eventualno mogli javiti simptomi otežanog vezivanja, te im se pružiti adekvatna stručna podrška i pomoć u trenucima koji su izazovni kako za porodilju, tako i za porodicu.

Literatura

- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(3), 284–288.
- Aktaş, S., & Aydın, R. (2018). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–17.
- Altaweli, R., & Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: a concept analysis. *British Journal of Midwifery*, 18(9), 552–559.
- Andelinović, M., Nakić Radoš, S. & Matijaš, M. (2019). Validation of postpartum bonding questionnaire in a sample of Croatian mothers and fathers. In: Pačić-Turk L, Knežević M, editors. 2nd International Scientific Conference Brain Mind: Promoting Individual Community Well-Being. Book of Abstract. Zagreb: Catholic University of Croatia p. 153. Available online at: <https://www.bib.irb.hr/1039400>
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272.
- Arend, R., Gove, F. & Sroufe, L.A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, 950- 959.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine* 46, 1121–1134.
- Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: *A prospective study. Journal of Affective Disorders*, 155, 295–298.
- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 240–250.

- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 409, 1-8.
- Balbernie, R. (2013). The importance of secure attachment for infant mental health. *Journal of Health Visiting*, 1(4), 210–217.
- Beck C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing research*, 53(4), 216–224.
- Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Medicinska naklada, Zagreb.
- Bell, F., Andersson, E., Goding, K., Vonderheid, S. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 67–77.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, 4(3), 361–387.
- Bennington, L. (2010). The relationship among maternal infant bonding, spirituality, and maternal perception of childbirth experience. Virginia Commonwealth University.
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357–373.
- Bicking Kinsey, C., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320.
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal–infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30(5), 188–194.
- Blažević, M. (2019). *Doživljaj porođaja i simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja nakon porođaja kao odrednice povezivanja majke i dojenčeta* (Master's thesis). Zagreb: Catholic University of Croatia. Retrieved from <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:224:751316>
- Bowlby, J. (1953). *Child Care and the Growth of Love*. London: Pelican.
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford University Press.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303–310.

- Brockington, I. F., Aucamp, H. M., & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother–infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 243–251.
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 233-242.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health* 3: 133-140 (432).
- Budak, A. (2018). Ljudska prava u porodu. *Udruga za ljudska prava i građansku participaciju PaRiter Rijeka*, 38-49.
- Callister, L. C. (2005). Making Meaning: Women's Birth Narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4), 508–518.
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2020). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–24.
- Cheung, W., Ip, W.-Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123–130.
- Chrzan-Dętkoś, M., & Łockiewicz, M. (2015). Maternal romantic attachment, and antenatal and postnatal mother–infant attachment in a sample of Polish women. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(4), 429–442.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27(2), 104–111.
- Dalsant, A., Truzzi, A., Setoh, P., & Esposito, G. (2015). Maternal bonding in childhood moderates autonomic responses to distress stimuli in adult males. *Behavioural brain research*, 292, 428–431.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5–23.

- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front. Psychol.* 8:560.
- El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R.A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics*. 12(11):2598
- Elicker, J., Englund, M. & Sroufe, L.A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. Park and G. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp77-106). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum
- Erickson, N., Julian, M., & Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, 1–19. doi:10.1080/09540261.2018.1563529
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21, 155.
- Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2021). *Handbook of PTSD: science and practice*. New York: The Guilford Press.
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Brick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Archives of Womens Mental Health* 19, 987–999.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2016). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(01), 161–170.
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth*, 41(1), 108–115.
- Gay, J. T., Edgil, A. E., & Douglas, A. B. (1988). Reva Rubin Revisited. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 17(6), 394–399.
- Giustardi, A., Stablum, M., & De Martino, A. (2011). Mother infant relationship and bonding myths and facts. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24, 59–60.

Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biological Psychiatry*, 68(4), 377–382.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta analysis. *Clinical psychology review*, 34 (5), 389-401.

Hanak, N. (2007). Prenatalna vezanost kao aspekt pripreme za roditeljstvo. U N. Hanak i A. Dimitrijević (Ur.), *Afektivno vezivanje: teorija, istraživanja, psihoterapija* (str. 149–166). Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.

Hanak, N. (2009). Procena materinske prenatalne veazanosti. U M. Zotović, J. Petrović i I. Mihić (Ur.), *Psihološka procena porodice: Mogućnosti i ograničenja* (str. 8–21). Novi Sad: Filozofski fakultet.

Handelzalts, J. E., Hairston, I. S., Muzik, M., Matatyahu Tahar, A., & Levy, S. (2022). A paradoxical role of childbirth-related posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in the association between personality factors and mother–infant bonding: A cross-sectional study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(6), 1066–1072.

Handelzalts, J. E., Waldman Peyser, A., Krissi, H., Levy, S., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2017). Indications for Emergency Intervention, Mode of Delivery, and the Childbirth Experience. *PLOS ONE*, 12(1).

Handelzalts, J.E., Hairston, I.S., & Matatyahu, A. (2018). Construct Validity and Psychometric Properties of the Hebrew Version of the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychology*, 9, 1726.

Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum “hotspots.” *Psychology & Health*, 27(10), 1166–1177.

Hill, R., & Flanagan, J. (2019). The Maternal-Infant Bond: Clarifying the Concept. *International Journal of Nursing Knowledge*.

Hodorogea, S., Kazakbaeva, C., i Maciulevicius, A. (2023). *Procjena kvaliteta njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori*. UNICEF u Crnoj Gori, Ministarstvo zdravlja Crne Gore i Međunarodna fondacija CURATIO.

Hoffmann, L. (2020). *On the Psychology of Birth*. Dissertation, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

Hollins-Martin, C.J. & Martin, C.R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale Revised (BSS-R). *Midwifery*, 30: 610-619.

Hrnčić, Z. (2021). Nasilje nad trudnicama u Bosni i Hercegovini: porodica, zdravstveni sistem i radni odnosi. *TPO Fondacija*, Sarajevo.

Jacobson, J.L. & Wille, D.E. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. *Child Development*, 57, 338-347.

Kennell, J. & McGrath, S. (2007). Starting the process of mother–infant bonding. *Acta Pædiatrica*, 94: 775-777.

Kennell, J. H., Trause, M. A., & Klaus, M. H. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. *Ciba Foundation symposium*, (33), 87–101.

Klaus, M. H, Kennell J. H. & Klaus, P.H. (1995). *Bonding: buliding the foundations of secure attachment and independence*. Adisson-Wesley Publisching Company.f Reading, Massachusetts.

Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Sznajder, K. K., & Brubaker, L. H. (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 144, 110424.

Konieczka, J., Tomczyk, K., Wilczak, M., Chmaj-Wierzchowska, K. (2024). Factors Affecting Women’s Assessment and Satisfaction with Their Childbirth. *Medicina*, 60(1):86.

Kress, V., von Soest, T., Kopp, M., Wimberger, P., & Garthus-Niegel, S. (2021). Differential predictors of birth-related posttraumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers – A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 292, 121–130.

Larkin, P., Begley, C, M., Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 25, 49-59.

Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R., & Weller, A. (2007). Oxytocin during pregnancy and early postpartum: Individual patterns and maternal–fetal attachment. *Peptides*, 28(6), 1162–1169.

Lipson, J. G., & Tilden, V. P. (1980). Psychological integration of the cesarean birth experience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), 598–609.

- Madrid, A. (2005). Helping Children with Asthma by Repairing Maternal-infant Bonding Problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 199–211.
- Malekpour, M. (2007). Effects of Attachment on Early and Later Development. *The British Journal of Development Disabilities*, 53(105), 81–95.
- Mascheroni, E., & Ionio, C. (2018). The efficacy of interventions aimed at improving postpartum bonding: A review of interventions addressing parent-infant bonding in healthy and at risk populations. *Journal of Neonatal Nursing*.
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31:2, 172-182.
- Milosavljevic, M., Lecic Tosevski, D., Soldatovic, I., Vukovic, O., Miljevic, C., Peljto, A., Kostic, M., & Olff, M. (2016). Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women. *Scientific Reports*, 6(1).
- Misri, S., & Kendrick, K. (2008). Perinatal Depression, Fetal Bonding, and Mother-Child Attachment: A Review of the Literature. *Current Pediatric Reviews*, 4(2), 66–70.
- Mrđenović, S. (1987). Emocionalne reakcije straha prvorotkinja za vrijeme trudnoće i nakon porođaja. *Medicinski vjesnik*, 19, 3, 83-85.
- Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A., Nonnenmacher, N., Verschoor, S., Träuble, B. (2016). Effects of Maternal Anxiety Disorders on Infant Self-Comforting Behaviors: The Role of Maternal Bonding, Infant Gender and Age. *Psychopathology*; 49 (4): 295–304.
- Muzik, M., McGinnis, E.W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K.L., Liberzon, I., Seng, J. and Abelson, J.L. (2016). PTSD Symptoms Across Pregnancy and Early Postpartum Among Women with Lifetime PTSD Diagnosis. *Depression and Anxiety*, 33: 584-591.
- Myers, B.J. (1984). Mother—infant bonding: The status of this critical-period hypothesis. *Developmental Review*, 4, 240-274.
- Nakić Radoš, S., Matijaš, M., Anđelinović, M., Čartolovni, A., & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, 268, 134-140.

- Nakić Radoš, S., Matijaš, M., Brekalo, M., Hollins Martin, C.J., & Martin, C.R. (2021). Further validation of the Birth Satisfaction Scale-Revised: factor structure, validity, and reliability. *Current Psychology*.
- Nakić Radoš, S., Matijaš, M., Kuhar, L., Anđelinović, M., & Ayers, S. (2020). Measuring and Conceptualizing PTSD Following Childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychological Trauma*, 12(2): 147-155.
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *British journal of health psychology*, 12(Pt 4), 491–509.
- Nolvi, S., Karlsson, L., Bridgett, D. J., Pajulo, M., Tolvanen, M., & Karlsson, H. (2016). Maternal postnatal psychiatric symptoms and infant temperament affect early mother-infant bonding. *Infant Behavior and Development*, 43, 13–23.
- O'Connor, S., Vietze, P.M., Sherrod, K. B., Sandler, H.M. & Altemeier, W.A. (1980). Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming-in. *Pediatrics*, 66 (2): 176–182.
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). *Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth*. *Midwifery*, 30(8), 935–941.
- O'Hare, J., & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 19(3), 164–169.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J. M., Wijnen, H. A. A., & Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 125–142.
- Pantović, L. (2021). Нечија или „општенародна“ пацијенткиња: значај друштвеног положаја и неформалних односа приликом порођаја у Србији. *Гласник Етнографског института САНУ*, 69(1), 205-225.
- Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127–142.
- Radovanović, M. & Mihić, I. (2018). Razvoj prenatalne vezanosti u kontekstu iskustva iz porodice porekla. *Primenjena psihologija*, 11, 53-67.

Reisz, S., Jacobvitz, D., & George, C. (2015). Birth and motherhood: childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant mental health journal*, 36(2), 167–178.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7–66.

Seefeld, L., Weise, V., Kopp, M., Knappe, S., and Garthus-Niegel, S. (2022). Birth Experience Mediates the Association Between Fear of Childbirth and Mother-Child-Bonding Up to 14 Months Postpartum: Findings From the Prospective Cohort Study DREAM. *Front. Psychiatry* 12:776922.

Sekulić, N. (2016). O kulturi rađanja – istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja. *Sociologija*, 2016, 58, 259-286.

Seng, J. S., Sperlich, M., Low, L. K., Ronis, D. L., Muzik, M. and Liberzon, I. (2013). Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58: 57-68.as

Sheen, K., Goodfellow, L., Balling, K., Rymer, J., Weeks, A., Spiby, H., & Slade, P. (2022). Which events are experienced as traumatic by obstetricians and gynaecologists, and why? A qualitative analysis from a cross-sectional survey and in-depth interviews. *BMJ open*, 12(11), e061505.

Smorti, M., Ponti, L., & Tani, F. (2019). Maternal depressive symptomatology during pregnancy is a risk factor affecting newborn's health: a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–9.

Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 104956.

Sockol, L. E., Battle, C. L., Howard, M., & Davis, T. (2014). Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 465–469.

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46.

Spitz R. A. (1945). Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic study of the child*, 1, 53–74.

Stankovic, B. (2017). Women's Experiences of Childbirth in Serbian Public Healthcare Institutions: a Qualitative Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 803–814.

Stanković, B. (2014). *Distribuirana subjektivnost u trudnoći: self, telo i medicinska tehnologija*. Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Stefanović Stanojević, T. (2011). *Afektivna vezanost; razvoj, modaliteti i procena*. Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.

Stojanov, J., Stanković, M., Žikić, O., & Antonijević, J. (2019). Postpartum Psychiatric Disorders: Review of the Research History, Classification, Epidemiological Data, Etiological Factors and Clinical Presentations. *Acta facultatis medicae Naissensis* 2019; 36(3):167-176.

Suetsugu, Y., Haruna, M. & Kamibeppu, K. (2020). A longitudinal study of bonding failure related to aspects of posttraumatic stress symptoms after childbirth among Japanese mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20, 434.

Taghizadeh, Z., Irajpour, A., & Arbabi, M. (2013). Mothers' response to psychological birth trauma: a qualitative study. *Iranian Red Crescent medical journal*, 15(10), e10572.

Takács, L., Smolík, F., Kaźmierczak, M., & Putnam, S. P. (2020). Early infant temperament shapes the nature of mother-infant bonding in the first postpartum year. *Infant Behavior and Development*, 58, 101428.

Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of women's mental health*, 8(1), 45–51.

Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 59–68.

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, 14(1).

Youngblade, L.M., & Belsky, J. (1992). Parent child antecedents of 5- year-olds' close friendships: A longitudinal analysis. *Developmental Psychology*, 28, 700-713

Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29 (1), 61-71.

Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*, 99, 17–20.

Zwelling, E. (2008). The Emergence of High-Tech Birthing in *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 85-93.

Prilozi

Prilog A

Skala zadovoljstva porođajem (BSS-R)

Pred Vama je lista tvrdnji na koje Vas molimo da iskreno odgovorite. Nema tačnih i netačnih odgovora te Vas stoga molimo da pažljivo pročitate svaku od tvrdnji te procijenite koliko se s njom slažete.

Molimo Vas da odredite stepen slaganja sa svakom od navedenih tvrdnji:

1. Prošla sam kroz porođaj zapravo neozlijeđena.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

2. Mislila sam kako su moji trudovi trajali predugo.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

3. Osoblje u porodilištu me podsticalo da donosim odluke o toku mog porođaja.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

4. Osjećala sam se jako tjeskobno tokom trudova i porođaja.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

5. Osjećala sam da me medicinsko osoblje dobro podržavalo tokom trudova i porođaja.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

6. Osoblje je dobro komuniciralo sa mnom tokom trudova.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

7. Smatram da je porođaj uznemirujuće iskustvo.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

8. Osjećala sam se izvan kontrole tokom porođaja.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

9. Nisam uopšte bila uznemirena tokom trudova.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

10. Porođajna sala je bila čista i higijenska.

Uopšte se ne slažem.	Ne slažem se.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Slažem se.	Veoma se slažem.
----------------------	---------------	------------------------------------	------------	------------------

Prilog B

Skala porođajne traume (City BiTS skala)

Ovim se upitnikom ispituje Vaše iskustvo tokom Vašeg zadnjeg porođaja. Ispituje potencijalno traumatične događaje tokom (ili neposredno nakon) trudova i porođaja te jeste li doživjeli simptome koje su neke žene navodile nakon porođaja. Molimo Vas da označite odgovore koji su najbliži Vašem iskustvu.

1. Za vrijeme trudova, porođaja i neposredno nakon, jeste li mislili kako ćete Vi ili Vaše dijete biti ozbiljno povrijeđeni?

Da	Ne
----	----

2. Za vrijeme trudova, porođaja i neposredno nakon, jeste li mislili da biste Vi ili Vaše dijete mogli umrijeti?

Da	Ne
----	----

Sljedeća se pitanja tiču simptoma koje ste možda doživjeli. Molimo Vas da odredite koliko ste često doživjeli navedene simptome u proteklih nedelju dana:

Simptomi povezani s porođajem*:	NE UOPŠTE	JEDANPUT	2 - 4 PUTA	5 ILI VIŠE PUTA
3. Ponavljajuća neželjena sjećanja na porođaj (ili djelove porođaja) koja se pojavljuju bez kontrole				
4. Ružni snovi ili noćne more o porođaju (ili povezane s porođajem)				
5. Iznenadna i jasna sjećanja o porođaju (eng. <i>flashbacks</i>) i/ili ponovno proživljavanje iskustva				
6. Uzrujanost pri podsjećanju na porođaj				
7. Osjećaj napetosti ili tjeskobe pri podsjećanju na porođaj				
8. Pokušaj izbjegavanja razmišljanja o porođaju				
9. Pokušaj izbjegavanja stvari koje me podsjećaju na porođaj (npr. ljudi, mjesta, televizijski programi)				
10. Nemogućnost prisjećanja detalja porođaja				
11. Osjećaj krivice prema sebi ili drugima za ono što se dogodilo tokom porođaja				
12. Snažni negativni osjećaji u vezi porođaja (npr. strah, ljutnja, sram)				

* Iako se ova pitanja odnose na porođaj, mnoge žene imaju navedene simptome povezane s događajima koji su se dogodili prije ili nakon porođaja. Ukoliko se navedeni simptomi odnose na Vas te su događaji bili povezani s trudnoćom, porođajem ili bebom, molimo Vas da odgovarate za te događaje.

Simptomi koji su započeli ili se pogoršali od porođaja:

	NE UOPŠTE	JEDANPUT	2 - 4 PUTA	5 ILI VIŠE PUTA
13. Negativni osjećaji o sebi ili razmišljanje kako će se nešto strašno dogoditi				
14. Gubitak interesa za aktivnosti koje su mi bile važne				
15. Osjećaj otuđenosti od drugih ljudi				
16. Nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija (npr. sreća, uzbuđenost)				
17. Osjećaj razdražljivosti ili agresivnosti				
18. Nesmotreno ili samouništavajuće ponašanje				
19. Osjećaj napetosti i kao da sam "na ivici"				
20. Pretjerana reakcija na iznenadni podražaj ili plašljivost				
21. Problemi s koncentracijom				
22. Smetnje spavanja zbog razloga nepovezanih s bebinim navikama spavanja				
23. Osjećaj odvojenosti ili „kao da si u snu“				
24. Osjećaj da su stvari iskrivljene ili nerealne				

25. Ako imate neki od navedenih simptoma, kada su navedeni simptomi započeli?

Prije porođaja	Prvih 6 mjeseci nakon porođaja	Više od 6 mjeseci nakon porođaja	Ništa od navedenog (nemam simptome)
----------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--

26. Ako imate neki od navedenih simptoma, koliko dugo simptomi traju?

Kraće od jednog mjeseca	Od 1 do 3 mjeseca	3 mjeseca ili više	Ništa od navedenog (nemam simptome)
----------------------------	-------------------	--------------------	--

27. Stvaraju li Vam ovi simptomi veliku uznemirenost?

Da	Ne	Ponekad
----	----	---------

28. Sprječavaju li Vas u onome što uobičajeno radite (npr. druženje, dnevne aktivnosti)?

Da	Ne	Ponekad
----	----	---------

29. Može li neki od Vaših simptoma biti posljedica lijekova, alkohola, droga, ili fizičkih bolesti?

Da	Ne	Možda
----	----	-------

Prilog C

Skala postporođajnog vezivanja (PBQ)

Navedite koliko su sljedeće tvrdnje istinite za Vas. Nema tačnih i netačnih odgovora. Izaberite odgovor koji Vam se čini tačnim s obzirom na Vaše nedavno iskustvo.

	Uvijek	Vrlo često	Prilično često	Ponekad	Rijetko	Nikad
1. Osjećam se blisko sa svojom bebom.	0	1	2	3	4	5
2. Željela bih da se vrate stari dani kada nisam imala bebu.	0	1	2	3	4	5
3. Osjećam se udaljeno od svoje bebe.	0	1	2	3	4	5
4. Volim maziti svoju bebu.	0	1	2	3	4	5
5. Želim što imam ovu bebu.	0	1	2	3	4	5
6. Čini se kao da beba nije moja.	0	1	2	3	4	5
7. Moja beba me čini napetom.	0	1	2	3	4	5
8. Volim svoju bebu beskonačno.	0	1	2	3	4	5
9. Osjećam se sretno kad se moja beba nasmiješi ili smije.	0	1	2	3	4	5
10. Moja beba me iritira.	0	1	2	3	4	5
11. Uživam igrajući se sa svojom bebom.	0	1	2	3	4	5
12. Moja beba previše plače.	0	1	2	3	4	5
13. Osjećam se zarobljeno kao majka.	0	1	2	3	4	5
14. Osjećam se ljuto na svoju bebu.	0	1	2	3	4	5

15. Zlovoljna sam prema svojoj bebi.	0	1	2	3	4	5
16. Moja beba je najljepša beba na svijetu.	0	1	2	3	4	5
17. Željela bih da moja beba nekako nestane.	0	1	2	3	4	5
18. Radila sam štetne stvari svojoj bebi.	0	1	2	3	4	5
19. Moja beba me čini tjeskobnom.	0	1	2	3	4	5
20. Bojim se svoje bebe.	0	1	2	3	4	5
21. Moja beba mi dodijava.	0	1	2	3	4	5
22. Osjećam se samouvjereno kad se brinem za svoju bebu.	0	1	2	3	4	5
23. Osjećam da je jedino rješenje da netko drugi brine o mojoj bebi.	0	1	2	3	4	5
24. Dođe mi da povrijedim svoju bebu.	0	1	2	3	4	5
25. Moja beba se lako utješi.	0	1	2	3	4	5

