

# **PRIPREMA ZA RODITELJSKU ULOGU-OBLICI PODRŠKE**

## **TRUDNICAMA**

*Mila Radovanović*

Filozofski fakultet, Novi Sad

Tranzicija ka roditeljstvu pretstavlja u razvojnem smislu krizu, koja od individue, ali i para i porodice u širem smislu zahteva prilagođavanje na nove uloge i životne okolnosti. Veliki životni događaji i tranzicija u nove životne cikluse unutar porodice donose nove izazove za postojeće porodične resurse, donose nove zadatke, pojačavaju postojeće ranjivosti i slabe tačke porodičnog sistema, te u isto vreme predstavljaju izvestan rizik za funkcionalnost porodice ukoliko ona nije adekvatno uspostavljena.

Uprkos činjenici da roditeljstvo postoji jednako dugo koliko i ljudska vrsta, u naučnim i stručnim krugovima interesovanje za ovu temu relativno je skorijeg datuma. Tako je nalaz da „83% novih roditelja doživljava umerenu ili ozbiljnu krizu u svom bračnom i porodičnom životu u prvoj godini nakon rođenja deteta", koji je 1957. godine izneo sociolog Le Masters zapravo označio početak interesovanja za ovu temu među stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja (Cowan & Cowan, 1995). Novo polje interesovanja donelo je brojna istaživanja, koja su 1980-tih proširena i na istraživanje mentalnog zdravlja porodica u toku perioda trudnoće odnosno, gledano iz ugla roditeljstva, u periodu tranzicije ka roditeljskoj ulozi.

Promene koje nova uloga roditelja donosi možemo sagledati iz različitih perspektiva. Tako možemo uočiti promene koje se odvijaju na ličnom planu budućeg roditelja (intrapersonalne) ili u njegovom odnosu sa drugim ljudima (interpersonalne). Sa druge strane, promene možemo podeliti u odnosu na domen u kojem se ispoljavaju na biološke, psihološke i socijalne.

Na ličnom planu razvija se ideja o sebi kao roditelju, dok se u odnosu sa drugim ljudima uspostavljaju nove relacije: par razvija ideje o koroditeljstvu, članovi šire porodice pripremaju se za nove uloge i relacije sa novim članom porodice.

Istovremeno na fizičkom nivou kod žena dolazi do promena u izgledu tela i hormonskom statusu, dok na socijalnom planu budući roditelji organizuju nove oblike

druženja i obavljanja profesionalne uloge, a sve ove procese integriše psihološki aspekt ličnosti.

Veliki broj ljudi u određenom periodu svog života odluči da postane roditelj. Istorijski gledano uloga roditelja postoji jednako dugo koliko i sam čovek. Time, roditeljstvo postaje fenomen koji je u velikom procentu zastupljen u populaciji, kao i fenomen koji pored psihološke u sebi sadržava i biološku i socijalnu komponentu. Imajući to u vidu, možemo razumeti shvatanja o roditeljstvu prisutna kod velikog broja ljudi, a koja najjednostavnije rečeno podrazumevju da samim rođenjem deteta roditelj postaje opremljen setom veština i znanja potrebnim za roditeljsku ulogu. Kao da sama biološka tranzicija ka roditeljstvu podrazumeva i tranziciju u ostalim aspektima ove uloge. Međutim, da li je to zaista tako?

Istraživanja ukazuju na činjenicu da neuspeh u adaptaciji na roditeljsku ulogu ne izaziva probleme samo u funkcionisanju roditelja, nego i deteta. Tako je stres kod roditelja u toku prvih godina formiranja porodice povezan sa negativnim razvojnim ishodima kod dece u toku predškolskog i osnovnoškolskog perioda (Cowan & Cowan, 1995). Ovaj primer nam ukazuje na to da kod izvesnog broja roditelja izostaju veštine i znanja potrebna za adekvatno ispunjavanje zadataka koje ova uloga podrazumeva, dok se posledice neadekvatnog obavljanja ove odgovorne uloge odražavaju na sve članove porodičnog sistema.

Osim nalaza koji nas potsećaju na značaj uloge roditelja za razvoj deteta, rezultati istraživanja nas takođe upoznaju i sa faktorima koji su važni za predikciju budućeg funkcionisanja porodice. To su kvalitet bračne ( partnerske ) relacije, prenatalna vezanost majke za fetus, očekivanja od koroditeljske uloge partnera i kapacitet da se razgovara o budućoj porodici kao o celini (Bürgin & von Klitzing, 1995; Katz & Gottman, 1996; Lewis, 1988; prema Cairo et al, 2012 ; McHale, 2007; McHale et al, 2004; Muller, 1996 ). Navedeni nalazi omogućavaju nam da sagledamo činioce od kojih možemo krenuti ako nam je cilj uspešno roditeljstvo.

Kao što vidimo uloga roditelja je zapravo vrlo složena, sačinjena od više komponenata. Roditeljstvo je predmet proučavanja različitih nauka u kojima kontinuirana istraživanja daju svoj doprinos korpusu znanja iz ove oblasti. I dok je u našem društvu prepoznata potreba za edukovanjem roditelja u fazi pripreme za roditeljstvo u domenu zdravstvene nege trudnica, pripreme za porođaj i nege novorođenčeta, stiče se utisak da psihološku komponentu roditeljstva društvo u celini zanemaruje. U tekstu koji sledi nastojaćemo da predstavimo šta to podrazumeva priprema za roditeljstvo iz psihološkog ugla i kakva je njena uloga u razvoju funkcionalne porodice i zdravog potomstva.

## Tranzicija ka roditeljstvu iz ugla teorije afektivne vezanosti

Kao što smo u došadasnjem tekstu naveli, roditeljstvo pa tako i priprema za njega je složen fenomen. Međutim, ako želimo da razmotrimo intrapsihičke procese koji se odnose na razvoj identiteta roditelja kao osobe koja organizuje i pruža brigu za dete, tada uviđamo da je teorija afektivne vezanosti ta koja nam u ovom polju daje okvir koji je najčešće korišćen i empirijski potkrepljen kod istraživača iz ove oblasti. Ova teorija nam pruža model razvoja sistema brige, daje nam uvid u činioce koji su važni za razvoj i održanje ovog sistema, zatim objašnjava komplementaran odnos koji se stvara između pružaoca i primaoca brige, te efekte koje sistem brižnog ponašanja ima kod osobe koja tu brigu prima.

Teorija afektivne vezanosti ističe ulogu dva relevantna i komplementarna sistema ponašanja: afektivne vezanosti deteta i pružanje brige od strane roditelja. Afektivna vezanost deteta odnosi se na motivacioni sistem deteta da traži i primi brigu, dok se pružanje brige odnosi na motivacioni sistem roditelja da pruži brigu i zaštitu (Bowlby, 1969 prema Mayseless, 2006).

Sistem ponašanja organizovan afektivnom vezanošću je uzajaman i oblikuju ga karakteristike pružaoca brige (roditelja) i primaoca brige (deteta), kao i kvalitet odnosa koji se u ovoj dijadi razvija. Kvalitet brige u određenoj meri će odrediti kvalitet veze kroz efekte koje će imati na razvoj poverenja deteta u dostupnost roditelja, dok će veza između roditelja i deteta ostvarena na ovaj način imati uticaja na sposobnost individue da svalada uzrasno-specifične razvojne zadatke u domenu socio-emocionalnog i kognitivnog razvoja, od prvih dana života, pa sve do odraslog doba. Sa druge strane, neusklađenost u sistemu afektivne vezanosti često je povezana sa rizicima za mentalno zdravlje dece i odraslih (George & Solomon, 2008)

Međutim, na ovom mestu nastojimo da razumemo kako se formira roditeljski identitet, te ćemo stoga razmotriti odgovore na sledeća pitanja: Šta je to što određuje kvalitet brige? I da li se motivacija za pružanje brige i zaštite javlja sa rođenjem deteta ili ranije?

Kvalitet brige roditelja uključuje tri komponente: kognitivnu, emocionalnu i bihevioralnu. Kognitivna komponenta sadržana je u „mentalnoj predstavi o detetu” i njen sadržaj čine uverenja roditelja o sebi, detetu i tome kakav bi trebao da bude njihov odnos. Emotivna komponenta se odnosi na emocije koje roditelj doživljava u odnosu sa detetom, dok se bihevioralna komponenta odnosi na ponašanje koje se kao ispoljava u kontekstu brige za dete, a podrazumeva obezbeđivanje prisutnosti roditelja uz dete, što dalje omogućava roditelju da svojim ponašanjem odgovori na iskazane potrebe deteta.

Razvoj sistema brige počinje još u detinjstvu, u toku koga deca ugledanjem na roditeljski model kroz igru oponašaju pružanje brige onako kako su je oni dobili i doživeli. To se najčešće dešava u simboličkoj igri gde dete preuzima ulogu majke „bebi lutki” ili mlađem detetu. Ovakav sistem brige koji vidamo u ranom detinjstvu smatra se nezrelim jer dete u svom oponašanju reprodukuje samo neke elemente ponašanja roditelja, dok u isto vreme pažnja deteta lako može odlutati sa objekta o kojem se brine, time ne pružajući kompletnu i zadovoljavajuću brigu.

Razvoj se, dalje, nastavlja tokom perioda adolescencije kada sistem brige započinje svoju transformaciju od nezrelog ka zrelom sistemu ponašanja. On je u skladu sa razvojnom perspektivom adolescencije koja se sagledava kao period u toku koga mnoge od dečijih karakteristika sazrevaju u formu karakterističnu za odrasle. Pretpostavka je da se transformacija sistema brige koja se odvija u adolescenciji delom zasniva na biološkim promenama povezanim sa pubertetom, odnosno da hormoni koji utiču na razvoj sekundarnih polnih karakteristika imaju udela u pokretanju razmišljanja o potomstvu. Osim bioloških pokretača, razvoj uslovljava i iskustvo i kulturne norme u odnosu na koje osoba sazreva. Međutim, bez obzira na faktore poput iskustava ili kulture mnoge devojke u periodu od 17-19 godina često razmišljaju o tome hoće li biti dobre majke i uopšteno kako igleda biti majka i brinuti o bebi (George & Solomon, 2008).

Sistem brige svoj najveći razvoj doživljava tokom tranzicije ka roditeljstvu, odnosno u toku trudnoće. I tada razvoj teče postepeno, uporedo sa razvojem fetusa. Najpre se razvija kognitivna komponenta, odnosno svest o izvesnosti nove uloge. Dalje se sa razvojem ideje o sebi kao pružaocu brige aktivira emocionalna komponenta u odnosu na fetus, koja rezultuje u brižnom ponašanju koje ima za cilj uspešnu realizaciju trudnoće. Kasnije, rođenjem deteta sistem brige koji je razvijen na temelju imaginarne predstave bebe, u potpunosti će biti aktualizovan u uzajamnom odnosu sa detetom. Prema teoriji afektivne vezanosti sistem pružanja brige organizovan je unutrašnjim radnim modelom pružanja brige, koji je sačinjen od roditeljskih mentalnih predstava. Drugim rečima, smatra se da će bihevioralne manifestacije brige o detetu biti pokrenute unutrašnjim radnim modelom.

Unutrašnji radni model pružanja brige ima sledeće karakteristike: a) baziran je na iskustvu vezanom za pružanje brige; b) svrha mu je da reguliše, interpretira i predviđi ponašanja, misli i emocije pružaoca brige; c) reflektuje realnost, ali je i kreira i reguliše; d) do određene mere je fleksibilan i može biti upotpunjen i izmenjen novim iskustvima i samoreflesivnošću; e) uključuje više različitih memorijskih sistema: proceduralnu, semantičku i epizodičku memoriju, sa različitim nivoima svesnosti i afektivne uključenosti; f) omogućava

različite zaštitne procese koji služe da zaštite pružaoca brige od anksioznosti i psihološke patnje (Mayseless, 2006).

Unutrašnji radni model pružaoca brige nastaje na osnovu iskustva osobe. Ovo iskustvo osoba počinje da stiče još u sopstvenom detinjstvu, u odnosu sa svojim roditeljem (pružaocem brige). Međutim, s obzirom na prirodu iskustva, deca ne mogu u potpunosti da spoznaju karakteristike unutrašnjeg radnog modela svog roditelja koji uključuje njihove kognicije, planove, emocije. Ono što se ovim iskustvom stiče je sopstvena teorija bazirana na zaključcima koje dete na osnovu ponašanja roditelja izvodi. Ova sopstvena teorija biće osnov koji će dete poneti kao iskustvo o tome šta znači pružanje brige i koje će kasnije činiti njegov radni model kada on bude u ulozi pružaoca brige. Dodatno, sopstvena osećanja i interpretacije deteta (primaoca brige) mogu kasnije poslužiti osobi kao način da razumeju šta iz ugla deteta znači kada se neko o njemu brine.

Roditeljske mentalne predstave delom su bazirane i na njegovim iskustvima sa drugim osobama koje su u životu o njemu brinule. One mogu poticati i iz situacija u kojima je dete u toku detinjstva preuzimalo ulogu pružaoca brige ( npr. negujući mlađeg siblinga ili kućnog ljubimca). Dalje, predstave se stiču i putem vikarijskog učenja i internalizacije drugih modela kako stvarnih ( npr. majka najboljeg prijatelja, drugi roditelji), tako i fiktivnih (npr. junak iz filma ili knjige) (Mayseless, 2006).

Kao što smo videli, ideje o aspektu identiteta roditelja koje se odnose na način brige o detetu razvijaju se znatno pre nego što osoba zaista postane roditelj, a najznačajni period razvoja predstavlja upravo trudnoća. Ova činjenica poslužila je istraživačima kao ideja da razviju metodologiju ispitivanja roditeljskih mentalnih predstava u toku trudnoće, imajući u vidu da bi prevencija potencijalnih maladaptivnih oblika brige o detetu mogla biti najefikasnija upravo u periodu kada se ove predstave aktiviraju.

### **Mogućnosti procene mentalnih reprezentacija roditelja i rezultati dobijeni u istraživanjima**

Mentalne reprezentacije roditelja ili unutrašnji radni model pružaoca brige, kako smo u dosadašnjem tekstu naveli ima veliku ulogu u određenju načina i kvaliteta roditeljske brige u odnosu na dete, dok će dete kroz iskustvo sa modelom brige koje mu roditelj pruža razviti određeni kvalitet afektivne veze u odnosu na roditelja, što je uvrđeno istraživanjima koje ćemo u nastavku teksta predstaviti.

Instrumenti za procenu mentalnih reprezentacija roditelja osmišljeni su u formi strukturiranih intervjua. Neki od najpoznatijih intervjua su: *Parent Development Interview* (PDI - Aber, Slade, Berger, Bresgi & Kaplan, 1985), *Parent Attachment Interview* (PAI - Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989), *Caregiving Interview* (George & Solomon, 1988) i *Working Model of the Child Interview* (WMCI - Zeanah, Benoit, Hirschberg & Barton, 1993).

Pitanja u navedenim intervjuima podstiču roditelja da opiše svoje emocionalne reakcije tokom trudnoće, ličnost deteta i njegov razvoj, karakteristike veze sa detetom, opažene i anticipirane teškoće u vezi sa karakteristikama deteta, reakcije na ponašanje deteta u različitim kontekstima i anticipirane teškoće u kasnijem razvoju. Kao primer navešćemo nekoliko pitanja iz WMCI: „1-Kako biste opisali vaš odnos sa bebom, sada dok ste trudni? ; 2- Šta vam se najviše dopada u vezi vašeg odnosa sa bebom u toku trudnoće? ; 3 - Da li ima nešto što biste želili da promenite u vezi vašeg odnosa sa bebom? ; 4- Da li se vaš odnos sa bebom menjao tokom trudnoće?" (Theran, Levendosky, Bogat & Huth-Bocks, 2005).

Intervju se može zadavati pre rođenja deteta, kada roditelj umesto realnog deteta i veze sa njim opisuje svoju ideju o tome, kao i nakon rođenja kada se opisuje realno dete. Vreme potrebno za zadavanje kreće se uglavnom u rasponu od 60 do 90 minuta. Odgovori ispitanika se snimaju, da bi se kasnije na osnovu transkripta vršilo kodiranje, dok krajnji rezultat predstavlja klasifikacija odgovora ispitanika u jednu od kategorija kvaliteta pružanja brige. Ove kategorije kreirane su tako da korespondiraju obrascima afektivne vezanosti deteta merene Testom strane situacije.

Kao primer izdvojićemo kategorije dobijene na WMCI i ekvivalentne dobijene na Testu strane situacije: balansirani tip roditeljskih reprezentacija najčešće korelira sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti deteta, odbacujući sa izbegavajućem, dok je ambivalentnost u roditeljskim reprezentacijama povezana sa ambivalentnim obrascem vezanosti deteta.

Reprezentacije majki merene pomoću WMCI prenatalno pokazale su visoku stabilnost i očekivanu vezu sa 1- klasifikacijom afektivne vezanosti deteta merenom Testom strane situacije; 2- pozitivnim i negativnim afektivitetom majki u interakciji sa bebom; 3- emocionalnom regulacijom bebe; 4- majčinim doživljajem afektivne veze sa detetom i 5- kliničkim statusom, odnosno faktorima rizika (Mayseless, 2006).

Studije koje su se bavile vezom između reprezentacija afektivne vezanosti majki u odnosu na sopstvene roditelje merenim u toku trudnoće i kasnijim kvalitetom veze majke i deteta u prvoj godini detetovog života, pokazuju značajnu povezanost između kategorija

afektivne vezanosti majki (autonomne, odbacujuće, preokupirane i nerazrešene) dobijenih na Adult Attachment Interview-u (AAI, George, Kaplan & Main, 1985) i kategorija afektivne vezanosti dece dobijenih na Testu strane situacije (sigurni, izbegavajući, ambivalentni i dezorganizovani), koja se kreće od 49% do 81%, sa najvećim slaganjem autonomno-sigurnih parova (Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Steel & Steel 1991; Raval et al, 2001; Huth-Bocks, Levendosky, Bogat & Von Eye, 2004).

Ipak, postoje nalazi koji pokazuju nekonzistentnost između stila afektivne vezanosti majki i kasnije veze majke sa detetom. Fonagy i saradnici su u svom istraživanju dobili podatak da su deca majki koje su na AAI bile klasifikovane kao autonomne, na Testu strane situacije pokazala nesiguran obrazac afektivne vezanosti kod 24% ispitanih parova majki i dece. Detaljnijom analizom pokazano je da je do navedenog neslaganja došlo usled nepovoljnih životnih događaja koji su se odigrali u životima majki od perioda trudnoće (kada je radjen AAI), do prve godine deteta (kada je radjen TSS). Ovi životni događaji odnose se na gubitak bliskih osoba, svađe u braku i slično (Fonagy, et al 1991). Ovaj rezultat nam ukazuje na važnost situacionih faktora, koji mogu uticati na afektivnu vezu majke i deteta.

Hath – Boks i saradnici (Huth- Bocks et. al, 2004) su utvrdili da i faktori kao što su siromaštvo i samohrano roditeljstvo mogu imati uticaja na razvoj nebalansiranih predstava o detetu. Slični nalazi dobijeni su i u istraživanjima koja su se bavila afektivnom vezom roditelja i dece. Oni su pokazali da su nizak socio-ekonomski status, samohrano roditeljstvo i nizak nivo obrazovanja majki povezani sa nesigurnim obrascem afektivne vezanosti deteta (Aber, Jones & Cohen, 2000 prema Huth- Bocks, Theran & Bogat, 2011 ; NICHD Early Child Care Research Network 2001; Tarabulsky et al., 2005).

Efekat navedenih faktora rizika uočeni su i istraživanju koje se bavilo ispitivanjem veze između prenatalnih reprezentacija majki (merenih pomoću WMCI) sa stilom afektivne vezanosti deteta (merenih pomoću TSS). Rezultati istraživanja pokazuju da su majke koje su se našle u kategorijama nebalansiranih majke- nesigurna deca imale manje resursa kod kuće nakon rođenja deteta: niska primanja, odsustvo drugog roditelja, prisustvo nasilja u kući, manje prenatalne socijalne podrške, češće prisustvo postpartalne depresije i manje adaptibilne bebe (Huth- Bocks et al., 2011).

Značajna povezanost postoji između reprezentacija majki u odnosu na dete u toku trudnoće (mereno WMCI) i rezultata na Testu strane situacije i ona iznosi 74%. Još jedna važna karakteristika reprezentacija majki je i njihova stabilnost, odnosno postojanost. Tako je stabilnost reprezentacija majki u odnosu na dete merna u toku trudnoće i godinu dana nakon rođenja iznosila 89 % kod majki klasifikovanih kao balansirane, 85% kod odbacujućih, dok

stabilnost reprezentacija kod majki klasifikovanih kao ambivalentne u trudnoći nije bila velika - samo jedna od osam majki je nakon godinu dana ostala u istoj kategoriji (Benoit, Parker & Zeanah, 1997). Do promena u mentalnim reprezentacijama majki u toku trudnoće i nakon nje, mogu dovesti faktori poput depresije majke, podrške partnera, porodičnih primanja i nasija u porodici (Theran et al, 2005).

Istraživanje u kojem je za procenu stila afektivne vezanosti korišćen AAI (Adult Attachment Interview) pokazalo je da stil afektivne vezanosti ostaje u velikoj meri stabilan od perioda trudnoće, do perioda nakon rođenja deteta (90 % ispitanica), što govori da su mentalne reprezentacije u odnosu na afektivnu vezanost relativno stabilne u odraslom dobu. U istom istraživanju posmatran je i transgeneracijski prenos ovih obrazaca i utvrđeno je da slaganje između stila afektivne vezanosti bake- majke- unuka/e iznosi 65%. (Benoit & Parker, 1994)

Saznanja o važnosti roditeljskih reprezentacija za organizaciju ponašanja pružanja brige, zajedno sa instrumentima za njihovu procenu mogu nam poslužiti kao važna alatka u identifikovanju faktora rizika i osmišljavanju preventivnih intervencija već u toku trudnoće.

### **Socijalni kontekst i priprema za roditeljstvo**

U dosadašnjem tekstu predstavili smo značaj unutrašnjeg radnog modela pružaoca brige za razvoj roditeljske uloge. Naveli smo da se on formira još u detinjstvu počevši od odnosa sa sopstvenim roditeljima, preko drugih značajnih figura i uzora. Videli smo i da se on reaktivira u periodu trudnoće, kada u psihološkom smislu osoba počinje da se priprema za novu ulogu. Rezultati istraživanja nam ukazuju na to je razvijeni obrazac brige relativno stabilan i dalje služi kao model za narednu generaciju. Međutim, iako je tendencija stabilnosti obrasca brige i afektivne vezanosti uglavnom ono što se odnosi na najveći broj ljudi, neka odstupanja se ipak zapažaju.

Tragajući za uzrocima koji dovode do promene u unutrašnjem radnom modelu istraživači su došli na teren socijalnog okruženja trudnice. Uslovi u kojima trudnica živi i karakteristike njenog socijalnog okruženja mogu biti povezani sa kvalitativnom promenom očekivanog obrasca brige kod trudnica. Tako, nalazi govore da faktori poput socijalne podrške trudnici, nivoa stresa kojem je izložena kao i promene do kojih dolazi u njenom odnosu sa drugim ljudima mogu uticati na promenu njenog načina brige za dete (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005 prema Feldman 2007).



U studiji rađenoj sa adolescentnim trudnicama pokazano je da pružanje podrške, samopouzdanje i dostupnost prijatelja u okruženju pospešuju razvoj prenatalne vezanosti. Takođe, ističe se važnost da trudnica - adolescent pronađe osobu koja će joj pružati podršku onda kad joj je potrebna, kao i da se ta osoba uključi u aktivnosti poput odlazaka na lekarske preglede sa trudnicom i u školu za trudnice. (Feldman, 2007).

Dalje, u studijama o socijalnom okruženju kao riziko faktoru za razvoj sigurnog obrasca brige navode se niska primanja i samohrano roditeljstvo (Huth- Bocks et al, 2004), odnosno nizak socio-ekonomski status i obrazovanje majki (Aber, Jones & Cohen, 2000 prema Huth-Bocks et al 2011; NICHD Early Child Care Research Network, 2001; Tarabulsy et al, 2005), zatim postojanje nasilja u porodici (Huth-Bocks et al, 2004) i nedostatak socijalne podrške trudnici (Huth-Bocks et al, 2004, Tarabulsy et al, 2005; Huth-Bocks et al 2011).

Vажnost socijalne podrške ističe se i u istraživanjima koja ukazuju da majke treba da kreiraju i održavaju mrežu podrške da bi uspešno ostvarile ciljeve majčinstva (Crittenden, 1985; Crockenberg, 1981; Huth-Bocks et al, 2004).

### **Prenatalna vezanost**

Pojam prenatalna vezanost majke za fetus (*prenatal attachment, motheral-fetal attachment*) koristi se da opiše specifičnu vezu majke i fetusa u toku trudnoće. Iako to nije jasno istaknuto, ovaj pojam se u istraživanjima najčešće dovodi u vezu sa elementima sistema brižnog ponašanja koji objašnjava teorija afektivne vezanosti. U tom kontekstu, prenatalna vezanost mogla bi se shvatiti kao manifestacija sadržaja unutrašnjeg radnog modela pružaoca brige prenatalno.

Krenlijeva (Cranley) daje islustraciju procesa koji se u toku trudnoće odvijaju: „Pet meseci ili duže majka je svesna fizičke prisutnosti i pokreta bebe, a čak i duže od toga ona ima intelektualnu spoznaju svog deteta”. Ova autorka prenatalnu vezanost objašnjava kao multidimenzioni koncept, identifikujući komponente koje opisuju ponašanja i interakciju sa nerođenim detetom. Komponente koje navodi su: kognitivna (diferencijacija selfa u odnosu na fetus, atribucija karakteristika i namera fetusa); emotivna (emocionalno investiranje u fetus); i bihevioralna (interakcija sa fetusom) (Doan & Zimerman, 2008).

Doan i Cimerman (Doan & Zimerman, 2008) daju viđenje prenatalne vezanosti kao koncepta koji podrazumeva interakciju između kognitivnih, emocionalnih i situacionih

faktora. Prema njihovom gledištu, sposobnost konceptualizacije apstraktnog iskustva trudnoće u terminima fetusa kao zasebne osobe je prekursor razvoja prenatalne vezanosti.

Smatra se da je mentalna veza majke sa fetusom razvojni zadatak trudnoće, a ujedno i indikator adaptacije na trudnoću (Lindgren, 2001). Ona je takođe važna „alatka” za uspešnu adaptaciju majke i bebe nakon rođenja (Brayan, 2000; Fuller, 1990; Muller, 1996; Rubin, 1984 prema Gau & Lee, 2003). Drugim rečima, trudnoća predstavlja razvojni stadijum u kognitivnom procesu buduće majke tokom koga se fokus pomera od viđenja sebe kao primaoca brige do sagledavanja sebe kao pružaoca brige (George & Solomon, 1996). Kao ilustraciju Dajton i saradnici (Dayton, Levendosky, Davidson & Bogat, 2010) citiraju Aber, Belsky, Slade & Crnic (1999) „...kao što motivacija za traženjem brige vodi dete ka razvoju reprezentacija njihove veze sa pružaocem brige (roditeljem), tako će motivacija za pružanjem brige voditi roditelja da razvije reprezentacije svoje veze sa detetom.”

Značenje termina prenatalna vezanost Kondon (Condon, 1993 prema Laxton- Kane & Slade, 2002) objašnjava preko modela afektivne vezanosti odraslih za koji je pretpostavio da može biti primenjiv i na relaciju majka-fetus u kojoj majka traži: da zna, da bude sa njim, da izbegava separaciju ili gubitak, da zaštititi i da identifikuje i zadovolji potrebe fetusa.

Rabin (Rabin, 1975 prema Laxton- Kane & Slade, 2002) objašnjava termin prenatalne vezanosti kroz zadatke majke u trudnoći: traženje bezbednog puta za sebe i svoje dete; osiguravanje da je dete prihvaćeno od značajnih drugih; povezivanje sa fetusom; i davanje sebe.

Ilustraciju koncepta prenatalne vezanosti ponudićemo i kroz prikaz instrumenata koji su konstruisani za njeno merenje i prikaz značajnih nalaza koji su ovim istraživanjima dobijeni.

Za procenu prenatalne vezanosti uglavnom se koriste upitnici. Prvi takav upitnik sačinjen je 1981. godine, a od tada do danas razvijena je još nekolicina sličnih instrumenata koji su korišćeni u istraživanjima tokom proteklih 30-ak godina. Prenatalna vezanost uglavnom je konceptualizovana u terminima inteziteta (u odnosu na preokupiranost majke fetusom) i kvaliteta (koji se opisuje kroz koncepte bliskost/distanca, nežnost/iritacija i pozitivna/negativan emocionalnost u odnosu na fetus).

Sadržaj stavki ovih upitnika uglavnom se odnosi na misli, emocije i ponašanja majki vezane za trudnoću i fetus, dok se odgovori na tvrdnje označavaju na skali Likertovog tipa, dok se kao mere afektivne vezanosti uzimaju ili ukupan skor ili skorovi na subskalama u zavisnosti od instrumenta koji je korišćen.

Upitnici koji su razvijeni u cilju procene prenatalne vezanosti su sledeći: Maternal Foetal Attachment Scale (MFAS, Cranley, 1981); Prenatal Attachment Inventory (PAI, Muller, 1993); Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS, Condon, 1993) i Skala za procenu materinske prenatalne vezanosti (SPMPV, Hanak, 2004).

Skala za merenje vezanosti majke za fetus (MFAS) procenjuje u kojoj meri se žena angažuje u održavanju povezanosti i interakciji sa fetusom. Sadržaj stavki skale odnosi se na misli i aktivnosti vezane za trudnoću i fetus. MFAS sadrži 24 stavke raspoređene u pet subskala (preuzimanje uloge, diferencijacija selfa od fetusa, davanje sebe fetusu, pripisivanje karakteristika i namera fetusu, te interakcija sa fetusom).

Inventar za ispitivanje prenatalne vezanosti (PAI) razvijen je 1993. godine od strane Mulerove (Müller) sa idejom da instrument bude zasnovan na pretpostavkama teorije afektivnog vezivanja. PAI sačinjava 21 stavka, koja meri odnos privrženosti između majke i fetusa. Autorka instrumenta smatra da se radi o jednodimenzionalnoj strukturi budući da prva komponenta objasnjava 50% varijanse.

Skala za ispitivanje majčinske antenatalne vezanosti (MAAS) koncipirana je tako da ispituje kvalitet i kvantitet vezanosti. Kvantitet se procenjuje preko vremenske odrednice, odnosno učestalosti misli, osećanja i ponašanja koja ukazuju na prenatalnu vezanost. Ova skala ima 19 stavki.

Skala za procenu materinske prenatalne vezanosti (SPMPV) ima 33 stavke, kojima je obuhvaćena trofaktorska struktura instrumenta (pozitivna osećanja, proces diferencijacije i briga za zdravlje i napredovanje fetusa). Ova skala nastala je kao rezultat istraživanja autorke N. Hanak i njenog nastojanja da pronađe najoptimalniju skalu za merenje prenatalne vezanosti. Prvobitna verzija ove skale nastala je kao rezultat spajanja PAI i MFAS i imala je 52 stavke, da bi se nakon istraživanja na domaćem uzorku i statističke obrade njen krajnji format sveo na pomenute 33 stavke (Hanak, 2009).

Istraživanja koja su se bavila temom prenatalne vezanosti došla su do rezultata koji nam pomažu da bolje razumemo što je to prenatalna vezanost i koji faktori na nju mogu uticati. Doan i Cimerman (Doan & Cimerman, 2008) daju sledeći pregled rezultata istraživanja:

- a) prenatalna vezanost može početi da se razvija već oko 10 nedelje trudnoće, (Caccia et al 1991 prema Laxton- Kane & Slade, 2002), dok sa protokom trudnoće njen intezitet raste (Bloom, 1995; Koniak Griffin, 1988, Koniak-Griffin, Lominska & Brecht, 1993; Phipps & Zinn, 1986; Wayland & Tate, 1993)

b) Lejfer (Leifer, 1977) je opisao progresivan porast inteziteta prenatalne veze, tokom trajanja trudnoće. U prvom trimestru se opaža relativno nizak nivo vezanosti, koji počinje da raste sa opaženim pokretima bebe i razvija se tokom drugog i trećeg trimestra. Prema ovom autoru, ponašanja poput pričanja o fetusu, davanja nadimaka i sl. kao i ponašanje nazvano „priprema gnezda” odnosno priprema doma za doček bebe, govore u prilog tome da se intezitet veze majke sa fetusom razvija.

c) postoje individualne razlike u kvalitetu i intenzitetu prenatalne vezanosti koje se kreću na kontinuumu od intenzivne vezanosti koja počinje u ranoj trudnoći, do slabe ili odsustva vezanosti tokom celog perioda trajanja trudnoće (Doan & Howell, 1998; Mikulincer & Florian, 1999)

d) tip afektivne vezanosti majke povezan je sa intezitetom prenatalne vezanosti. Žene koje su razvile siguran obrazac afektivne vezanosti sa sopstvenim roditeljima, imaju viši nivo vezanosti sa fetusom u toku trudnoće, koji se uz to i ranije razvija. (Mikulincer & Florian, 1999; Priel & Besser, 2000)

e) nema razlike u intezitetu prenatalne veze između žena sa visokorizičnim trudnoćama i žena sa trudnoćom urednog toka (Kemp & Page, 1987; Mercer, Ferkeitich, May, DeJoseph & Sollid, 1988; Zimmerman, 2003), kao ni razlika u odnosu na trudnice koje su začele prirodno u odnosu na one koje su začele vantelesnom oplodnjom (Bernstein, Lewis i Seibel, 1994; Hjelmstedt, Windstrom & Collins, 2006)

Još neke varijable ispitivane su u odnosu na prenatalnu vezanost, ali istraživanja nisu pokazala konzistentne rezultate u odnosu na sledeće:

a) *Godine majke*. U nekim istraživanjima pokazalo se da mlađe majke imaju jači intenzitet prenatalne vezanosti, u odnosu na trudnice preko 35 godina starosti. Ipak, u drugim studijama ova razlika nije potvrđena. (Laxton-Kane & Slade, 2002)

b) *Paritet*. Neki autori nisu pronašli vezu između broja trudnoća i intenziteta vezanosti (Müller, 1993 prema Bielawska – Batrowicz & Siddiqui, 2008), dok su drugi došli do rezultata da je nivo vezanosti niži u drugoj i narednim trudnoćama (Condon & Cokindale, 1997; Jacques, 1995 prema Bielawska – Batrowicz & Siddiqui, 2008).

### **Medicinski potpognuto začeće i priprema za roditeljstvo**

Prema izveštajima Svetske zdravstvene organizacije, neplodnost se javlja u jednom na svaka četiri braka ljudi u reproduktivnim godinama u razvijenim zemljama.

Neplodnost se definiše kao nemogućnost para da ostvari željenu trudnoću nakon godinu dana (i više) upražnjavanja seksualnih odnosa bez upotrebe kontracepcije. (SZO, 1992). Prema procenama kod 40 % parova uzrok steriliteta je muškarac, 40 % žena, dok je kod 20 % uzrok kod oba partnera (Valentine, 1986 prema Cassidy & Sintrovani, 2008). Uporedo sa tim, broj medicinski asistiranih začeća je u porastu.

Jedna od najpoznatijih metoda medicinski asistiranog začeća je vantelesna oplodnja (VTO). Prva beba začeta na ovaj način rođena je 1978. godine u Engleskoj, dok su procene da je sada 1 % od ukupnog broja prvorodene dece začeto uz pomoć VTO (Langdridge, Connolly & Sheeran, 2000 prema Cassidy & Sintrovani, 2008)

Parovi koji prolaze kroz procedure medicinski asistiranog začeća ulažu značajno vreme i finansijska sredstva u ovaj proces, uz to oni ulažu dodatni emocionalni napor da prevaziđu gubitak intimnosti u procesu stvaranja potomstva, kao i u prevladavanje svih uspona i padova – nadanjima i razočarenjima koji su sastavni deo asistiranog začeća (Baram, Tourtelot, Muechler & Huang, 1988; Boivin, Sanders & Schmidt, 2006; Read, 2004 prema Cairo et al, 2012).

Ukoliko medicinska procedura ima pozitivan ishod, parovi se tada nađu u paradoksalnoj situaciji- gotovo u isto vreme oni su i osobe koje se bore sa sterilitetom i osobe koje će biti budući roditelji. Tako ovi parovi pored tipičnih zadataka koje tranzicija ka roditeljstvu donosi imaju i dodatni zadatak da preveziđu sve ono što tranzicija od neplodnosoti ka medicinski asistiranoj plodnosti donosi.

Dalje, istraživanja pokazuju da trudnoće koje su započete uz pomoć medicinske asistencije nose veći rizik za medicinske komplikacije koje prate samu trudnoću (Jackson, Gibson, Wu & Croughan, 2004 prema Cairo et al, 2012). Ovaj nalaz je delom posledica i toga što je veliki broj asisitiranih trudnoća višeplođan, što je samo po sebi faktor rizika za komplikacije koje se mogu javiti u toku trudnoće. Kao posledica toga, ovi parovi pokazuju veći stepen anksioznosti u toku trudnoće, a naročito po pitanju tema kao što su pobačaj, zdravlje i preživljavanje fetusa (Gamiero, Maura- Ramos, Canavarro & Soares, 2010; Hjelmstedt, Widstrom, Wramsby & Collins, 2003; McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant & Saunders, 1997 prema Cairo et al, 2012). Po pitanju prenatalne vezanosti istraživanja pokazuju da nema razlike u njenom kvalitetu i intezitetu kod trudnica koje su trudnoću započele uz pomoć VTO u odnosu na trudnice koje su do začeća došle prirodnim putem. (Hjelmstedt, Widström & Collins, 2006; Bernstein, Lewis i Seibel, 1994).

Sagledavajući psihološke aspekte koji prate parove od momenta suočavanja sa činjenicom o sopstvenoj neplodnosti, preko pregleda i intervencija koje obuhvata medicinski

asistirana reprodukcija, do realizacije trudnoće, svih potencijalnih rizika koje ona nosi do konačnog rođenja deteta, možemo uvideti da ovi parovi imaju pred sobom veliki izazov pre svega u ličnoj adaptaciji na sve teškoće, a zatim i u oblikvanju zajedničkog života i tranzicije kao roditeljstvu u svim aspektima koje smo do sada naveli.

### **Priprema za roditeljstvo – rad sa trudnicama**

U dosadašnjem tekstu nastojali smo da prikazemo šta termin „tranzicija ka roditeljstvu” obuhvata. Videli smo da je roditeljstvo složena i odgovorna uloga, te da se sastoji iz različitih aspekata koji se odnose na promene kako kod pojedinca, tako i u okviru para i šireg društvenog konteksta. Prikazali smo rezultate najznačajnijih istraživanja koja se bave pojedinim aspektima formiranja roditeljskog identiteta, kao i njihovim relacijama sa mentalnim zdravljem porodice u nastanku.

Imajući u vidu da je roditeljstvo osnova dobrog funkcionisanja porodice i mentalnog zdravlja njenih članova, može se uvideti potreba za sistematski planiranom i organizovanom podrškom porodicama u periodu pripreme za roditeljstvo. Koliko je ona, međutim, u našem društvu prisutna?

Prema dostupnim podacima jedini vid sistemski organizovane podrške trudnicama pružaju ustanove primarne zdravstvene zaštite odnosno Domovi zdravlja. On se sastoji od škole za trudnice, koja podrazumeva psihofizičku pripremu za porođaj i službe patronaže. Škola za trudnice svoju delatnost bazira na edukativnim sadržajima koji upoznaju trudnice sa fiziologijom trudnoće i porođaja, te negom deteta u prvim mesecima nakon rođenja. Učešće trudnica u ovakvom vidu pripreme za porođaj je dobrovoljno i podrazumeva ličnu inicijativu trudnice da se uključi u rad škole. Služba patronaže obuhvata jednu posetu patronažne sestre trudnici u poslednjem tromesečju trudnoće prilikom koje trudnica dobija savete za pripremu za dolazak bebe. Poseta patronaže realizuje se i nakon porođaja, kada u nekoliko poseta majka dobija praktičnu pomoć u vidu saveta za negu i ishranu odnosno dojenje novorođenčeta. Navedeni programi brige za trudnice su od značaja za razvoj zdravog potomstva, međutim stiče se utisak da ovom vrstom podrške nisu obuhvaćeni svi aspekti pripreme za ulogu roditelja, a to se prvenstveno odnosi na zanemarivanje psihološke pripreme za roditeljstvo.

Psihološka priprema za roditeljstvo sastoji se iz preventivnih programa namenjenih paru ili grupi parova koji se pripremaju za ulogu roditelja i obuhvata teme koje

su od značaja za razvoj funkcionalne porodice. Ona se može realizovati individualno ili u grupi, pri čemu je grupni oblik rada češće zastupljen.

Preventivni programi mogu biti posebno kreirani tako da budu namenjeni trudnicama ili parovima koji su u takvoj životnoj situaciji da se procenjuje da imaju određene faktore rizika za mentalno zdravlje kako trudnice, tako i deteta. To se pre svega odnosi na adolescentne trudnice, samohrane trudnice, trudnice iz marginalizovanih socijalnih grupa i sve one kod kojih se procenjuje da postoji rizik od nedostatka socijalne podrške u okruženju.

Zadaci programa psihološke pripreme odnose se na rad sa parovima na adaptaciji na roditeljsku ulogu koja obuhvata: pomeranje fokusa sa „ja kao primalac brige” na „ja kao pružaoc brige”; uspostavljanje novih odnosa: dosadašnji partneri- budući partneri i koroditelji; moja i partnerova porodica u novim ulogama: definisanje pravila i očekivanja oko uređenja porodičnih odnosa; definisanje mreže socijalne podrške – šta i koliko mogu da očekujem u toku trudnoće i nakon rođenja deteta i dr.

Sistematsko organizovanje preventivnih psiholoških programa za parove koji očekuju prinove, a naročito onih koji imaju neki od riziko faktora predstavlja važnu kariku u sistemu brige za porodicu koji trenutno u našem društvu nedostaje. Dostupni podaci ukazuju na to da neki vid ovakve pripreme postoji u okviru zdravstvene zaštite trudnica na teritoriji grada Beograda, međutim detaljniji uvid u sadržaj programa, kao ni evaluacije istih nisu dostupni.

Postojala je inicijativa 2010. godine da se program psihološke pripreme za roditeljstvo pridruži programu škole za trudnice pri Domu zdravlja Novi Sad. Tom prilikom bio je osmišljen set predavanja na temu psihološke pripreme za roditeljstvo. Autorke programa Ž. Erdeljan i D. Radojković su kroz teme stereotipi roditeljstva; povezujuće roditeljstvo; put ka sticanju povrenja; komunikacija i partnersko roditeljstvo otvorile put novim oblicima priprema trudnica. Nažalost, ovako nešto nije zaživelo kao redovna praksa iako je evaluacija pokazala veliko interesovanje trudnica za ove teme.

U razvijenim zemljama decenijama u nazad postoje i razvijaju se preventivni programi za edukaciju i podršku budućim roditeljima. Navešćemo primere nekih od njih: Program pripreme za prvu bebu („The first baby project”, Clulow, 1982 ); Program pripreme parova za proširenje porodice („Becoming a family project”, Cowan & Cowan, 1992); Minnesota Early Learning Design Program (Jungle & Elwood, 1986).

*The First baby project* razvijen je u Londonu. Namenjen je parovima koj očekuju prvu bebu, a realizovan pri ginekološko-akušerskim klinikama u toku poslednjeg tromesečja trudnoće i prva tri meseca nakon rođenja bebe. Fokus programa bio je na

procesima unutar (bračnog) para u toku priprema za roditeljstvo sa idejom da se pruži podrška budućim roditeljima kao individuama i kao paru u funkciji dobre adaptacije na roditeljsku ulogu i razvijanju negujućeg odnosa roditelj-dete. Evaluacija ovog projekta pokazuje u isto vreme dobre efekte programa za parove koji su do kraja u njemu učestvovali, ali i problem osipanja članova grupe koji su prestajali da je pohađaju nakon rođenja deteta (Cowan & Cowan, 1995).

*Becoming a family project* osmišljen je i relizovan u Kaliforniji, SAD. Namenjen je parovima od šestog meseca trudnoće do trećeg meseca nakon rođenja prve bebe. Program je imao za cilj prevenciju partnerskih problema koji bi se mogli javiti nakon rođenja deteta, kao i potencijalnih problema u odnosu roditelj- dete. Teme su se odnosile na najčešće teškoće i izazove sa kojima se sreću parovi u toku tranzicije ka roditeljstvu. Rezultati su pokazali očekivane efekte. Parovi koji su prošli preventivni program imali su veći stepen zadovoljstva partnerskim odnosom i roditeljstvom od kontrolne grupe koja nije bila uključena u program (Cowan & Cowan, 1995).

*Minnesota Early Learning Design Program* pružao je dugoročnu podršku roditeljima od trudnoće, do druge godine nakon rođenja deteta. Organizovan u četiri faze, u odnosu na period u kojem se porodica nalazi, obuhvatao je teme vezane za trudnoću, zdravstvenu zaštitu, razvoj deteta, razvoj odnosa roditelj- dete, roditeljske potrebe. Na žalost, nema dostupnih evaluacija efekata ovog programa (Cowan & Cowan, 1995).

Na samom kraju odeljka *Priprema za roditeljsku ulogu*, umesto zaključka ponudićemo predlog sadržaja programa za buduće roditelje kao sažeti prikaz prepoznatih činilaca koji doprinose boljoj adaptaciji na roditeljsku ulogu.

Oblast	Teme	Istraživački nalazi koji potkrepljuju odabir teme	Primeri aktivnosti
Procesi unutar para	Komunikacija Podrška Emocionalnost i intimnost	bračne (partnerske) relacije, očekivanja od koroditeljske uloge partnera i kapacitet da se razgovara o budućoj porodici kao o celini prediktori su funkcionalnosti porodice (Bürgin & von Klitzing, 1995; Katz & Gottman, 1996; Lewis, 1988; prema Cairo et al, 2012 ; McHale, 2007; McHale et al,	-unapređivanje komunikacijskih veština para i veština rešavanja konflikata -pravljenje zajedničke liste tema zbog kojih nastaju konflikti, usvajanje veština rešavanja konflikta - parovi prave listu očekivane podrške od strane partnera. Upoređuju očekivanja sa trenutnom podrškom koju dobijaju. Uvežbavaju načine kako da



		2004;	traže i pruže međusobnu podršku. - parovi pričaju o tome kako zamišljaju svoj partnerski odnos nakon rođenja bebe. Dogovaraju se o načinima kako da održe svoj odnos. Prave dogovore oko zajedničkog vremena i rituala koji će biti u funkciji odžavanja partnerske relacije.
Formiranje uloge roditelja	Odnos roditelja i deteta Senzitivnost i responzivnost roditelja  Očekivanja od deteta	Reprezentacije majki u odnosu na bebu merene prenatalno pokazale su visoku stabilnost i vezu sa 1- stilom afektivne vezanosti deteta; 2- pozitivnim i negativnim afektivitetom majki u interakciji sa bebom; 3- emocionalnom regulacijom bebe; 4- majčinim doživljajem afektivne veze sa detetom i 5- kliničkim statusom, odnosno faktorima rizika (Mayseless, 2006).	- očekivanja roditelja u vezi odnosa sa detetom: bliskost-distanca; količina vremena posvećenog detetu - potrebe deteta, način na koji će ih roditelj prepoznati, način na koji će na njih reagovati. Primeri i vežbe prepoznavanja i reagovanja na potrebe deteta. - očekivanja koje imamo u odnosu na dete, njegove karakteristike, tipa ličnosti. Primeri tipičnih problem situacija sa bebom (hranjenje, nega, spavanje, igra). Vežba praktičnih roditeljskih veština u izazovnim situacijama sa decom.
Kontekst	Socijalna podrška (prijatelji i šira porodica)	socijalna podrška u toku trudnoće, nivoa stresa kojem je žena u periodu trudnoće izložena kao i promene do kojih dolazi u njenom odnosu sa drugim ljudima mogu uticati na promenu njenog načina brige za dete. (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005 prema Feldman 2007)	-parovi prave listu podrške za koju smatraju da im je potrebna. Procenjuju koliko su njihova očekivanja ispunjena i prave listu mogućnosti kako bi mogli da ostavre dodatnu podršku ako im je potrebna

### Literatura:

Benoit, D., Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*. 65.1444-1456

- Benoit, D., Parker, K.C.H, Zeanah, C.H. (1997). Mothers representation of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants attachment classification. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 307-313
- Bielawska – Batorowicz, E., Siddiqui, A (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 36 (4).373-384
- Cairo, S., Darwiche, J., Tissot, H., Favez, N., Germond, M., Guex, P., Roten, Y., Frascarolo, F., Despland, J.N. (2012). Family interactions in IVF families: change over the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 30 (1). 5-20
- Cassidy, T., Sintrovani, P. (2008). Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 26 (1). 4-17
- Cowan, C.P., Cowan, P.A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family relations*.44 (4) .412-423
- Crittenden, P.M. (1985). Social networks, quality of child rearing and child development. *Child development*, 56, 1299-1313
- Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness and social support influences on security of mother-infant attachment, *Child development* , 52,857-865
- Dayton, C.J., Levendosky, A., Davidson, W., Bogat, A. (2010). The child as held in the mind of the mother: the influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant mental health journal*. 31 (2). 220-241
- Doan, H. McK, Zimmerman, A. (2008). Prenatal Attachment: A Developmental Model. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. 20 (1/2). 20-28
- Feldman, J.B. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: an evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and adolescent social work journal*. 24 (3). 209-234
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991). Representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age, *Child Development*, 62, 891-905
- Gau, M., Lee, T. (2003). Construct validity of the prenatal attachment inventory: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Nursing research*. 11 (3). 177-186
- George, C., Solomon, J. The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting in Cassidy,J., Shaver, P. ed. (2008). *Handbook of attachment*. New York: The Guilford press
- Hanak, N. Procena materinske prenatalne veazanosti u Zotović, M., Petrović, J., Mihić, I. ur. (2009). *Psihološka procena porodice: mogućnosti i ograničenja*. Novi Sad: Filozofski fakultet
- Hjelmstedt, A., Widström, A., Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth issues in perinatal care*. 33 (4). 303-310
- Huth-Bocks, A., Levendosky, A., Bogat, A., Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child development*, 75 (2). 480-496
- Huth-Bocks, A., Theran, S., Levendosky, A., Bogat, A. (2011). A social-contextual undersanding of concordance and disconcorfance between maternal prenatal representations of the infant and infant- mother attachment.*Infant mental health journal*. 32. 405-426
- Laxton- Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implication for the process of care. *Journal of reproductive and infant psychology*.20 (4). 253-266

- Koniak- Griffin, D., Lominska, S., Breth, M. (1993). Social support during adolescence pregnancy: a comparison of three ethnic groups. *Journal of adolescence*. 16. 43-56
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal- fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in nursing and health*. 24. 203-217
- Maysel, O. (2006). *Parenting representations*. New York: Cambridge university press
- McHale, J.P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship system. *Infant mental health journal*. 28 (4). 370-392
- McHale, J.P., Kazali, C., Rotman, T., Talbot, J., Carleton, M., Lieberman, R. (2004). The transition to coparenthood: Parent's prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Development and psychopathology*. 16. 711-733
- Müller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 25 (2). 161-166
- NICHD Early Child Care Research Network (2006). Infant- mother attachment classification: Risk and Protection in relation to changing maternal caregiving quality. *Developmental psychology*. 42 (1). 38-58
- Pajulo, M., Helenius, H., Mayes, L. (2006). Prenatal views of baby and parenthood: association with sociodemographic and pregnancy factors. *Infant mental health journal*. 27 (3). 229-250
- Priel, B., Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment and perceptions of infant temperament: A study of first time mothers. *Personal relationships*. 7. 291-310
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., Zwiers, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant behavior and development*. 24. 281-304
- Solomon, J., George, C. (1996). Defining the caregiving system: toward a theory of caregiving. *Infant mental health journal*. 17 (3) 183-197
- Tarabulsy, G., Bernier, A., Provost, M., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., Larose, M., Tessier, R. (2005). Another look insight the gap: ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescence mother- infant dyads. *Developmental psychology*, 41 (1), 212-224
- Theran, S., Levendosky, A., Bogat, A., Huth- Bocks, A. (2005). Stability and change in mothers' internal representations of their infants over time. *Attachment & Human Development*. 7 (3). 253-26

## **SLUŽBA POLIVALENTNE PATRONAŽE I RANI RAZVOJ**

*prim. dr Svetlana Janković, mr sci, Rukovodilac Centra za promociju zdravlja, Gradskog  
zavoda za javno zdravlje Beograd*

*Prve godine života su ključne u razvoju dece. U tom periodu porodica ima primarnu ulogu u podršci adekvatnom razvoju. U porodičnom okruženju roditelji, ili staratelji pružaju ljubav, podršku, negu i nadzor, omogućavaju interakciju deteta sa društvenim i fizičkim okruženjem kako bi dete postiglo očekivane razvojne potencijale. Oni roditelji koji imaju više znanja i veština imaju i adekvatnije ponašanje i podstiču razvoj dece na kvalitetniji način. Za razliku od njih roditelji sa manje kapaciteta ne pružaju dovoljno stimulusa i podrške u ranom periodu što za posledicu može imati slabije fizičko, kognitivno i emocionalno funkcionisanje deteta i slabija dostignuća u kasnijem razvoju.*

*Porodici je itekako potrebna podrška i pomoć različitih službi u zajednici kako bi na što bolji način odgovorili na sveukupne potrebe deteta. Zbog toga su u zdravstvenim sistemima mnogih zemalja razvijeni i implementirani sveobuhvatni preventivni programi sa ciljem pružanja podrške porodicama i unapređenja kapaciteta roditelja i staratelja, a u funkciji obezbeđenja uslova za pravilan rast i razvoj dece. Neretko sastavni deo takvih programa su i preventivne kućne posete koje najčešće sprovode patronažne sestre, ili sestre zajednice. Kućna poseta omogućava licu koje je obavlja da stekne uvid u neposredno porodično okruženje, odnose u porodici i uslove u kojima žive. Na taj način se sagledavaju sveukupne potrebe porodica i pružaju aktivnosti većeg intenziteta tamo gde su prepoznati određeni rizici.*

*U Srbiji program preventivnih kućnih poseta porodicama sa decom sprovodi polivalentna patronažna služba. Ova isključivo sestrinska služba postoji u svim domovima zdravlja. Tokom poslednjih petnaest godina pristup u radu patronažnih sestara je promenjen od usko medicinskog modela, ka zdravstveno promotivnom modelu rada. Ciljevi ovog pristupa su:*

- 1. Procena zdravlja, psihosocijalnog funkcionisanja, uslova života i identifikovanje faktora rizika po zdravlje porodice (bihevioralnih, socijalnih, okolinskih);*

2. *Očuvanje i unapređenje zdravlja dece i podsticanje njihovog pravilnog rasta i razvoja;*
3. *Promocija odgovornog roditeljstva i pozitivnog odnosa roditelja i dece;*
4. *Očuvanje i unapređenje zdravlja svih članova porodice;*
5. *Povezivanje porodice sa službama zdravstvene, socijalne zaštite kao i sa drugim strukturama u zajednici, a u skladu sa potrebama.*

*Kućne posete porodici su namenjene različitim ciljnim grupama, a započinju posetom trudnici. Cilj ove posete je obuka budućih majki, pre svega o dojenju, nezi bebe ali i pripremi za porođaj. Ova poseta omogućava i međusobno upoznavanje trudnice i njene patronažne sestre kako bi bila sigurna ko će joj pomoći posle izlaska iz porodilišta. Patronažna sestra svoj rad u delu podrške tokom perioda trudnoće ne ostvaruje samo kroz kućnu posetu, već i kroz rad sa ostalim članovima tima u Školama za trudnice i roditeljstvo u onim domovima zdravlja gde su ovakva savetovališta otvorena. U njima se sprovodi edukativni program kroz rad u grupama, o trudnoći, porođaju, dojenju, nezi majke i novorođenog deteta, uloji porodice u podršci trudnici, odgovornom roditeljstvu. Težnja je da, osim trudnica, obukom budu obuhvaćeni i budući očevi i/ili članovi uže porodice.*

*Sledeće posete patronažne sestre su posete porodilji i novorođenom detetu. Kod svake porodilje i novorođenčeta se ostvari najmanje pet poseta tokom prvog meseca, a po potrebi i više. Tokom kućne posete patronažna sestra sprovodi različite aktivnosti, kao što su zdravstveno vaspitanje, obuka veštinama, kontrola zdravstvenog stanja i po potrebi povezivanje porodice sa službama u zajednici. Sadržaj rada sa članovima porodice je veoma raznovrstan od podrške isključivom dojenju, adekvatne nege novorođenog deteta, do odnosa između članova porodice, odgovornog roditeljstva, razvoja privrženosti roditelja i bebe i zdravih stilova života. Tokom posete članovi porodice zajedno sa patronažnom sestrom definišu prioritetne potrebe i rade zajedno na njihovom rešavanju, kroz partnerski odnos korisnika i profesionalaca, što predstavlja primenu tzv. participatornog pristupa. Prilikom svake sledeće posete sestra procenjuje šta su članovi porodice usvojili od znanja i veština, po potrebi ponavlja određene sadržaje, a zatim prelazi na nove. Poseta porodici traje oko jedan sat.*

*Tokom prve godine života deteta, patronažna sestra dolazi u kućnu posetu još najmanje dva puta. Kao najčešći sadržaji koji se u tom periodu realizuju kroz zdravstveno vaspitni rad i obuku veštinama su: podrška dojenju, pravovremeno uvođenje mešovite ishrane, dnevni režim odojčeta, rani razvoj dece i stimulacija razvoja, kontrola statusa*

imunizacije. Od posebnog je značaja i povezivanje porodice sa službom za zdravstvenu zaštitu dece u domu zdravlja u cilju obavljanja redovnih preventivnih pregleda kod pedijatra. Veći broj poseta patronažna sestra će ostvariti u porodicama gde je prepoznala neki od rizika, zdravstvenih ili socijalnih, poput nezaposlenosti, nedovoljne zdravstvene pismenosti, samohranih roditelja, siromaštva, i sl. Ukoliko se radi o porodici kojoj je potrebna socijalna pomoć i podrška (materijalna, psihosocijalna), sestra će povezati porodicu sa odgovarajućim službama socijalne zaštite.

Patronažna sestra obavlja i kućne posete detetu u uzrastu od dve i četiri godine. U tom periodu sestra se tokom posete najčešće bavi sadržajima o pravilnom dnevnom režimu deteta u tom uzrastu, značaju pravilne ishrane i redovne fizičke aktivnosti, opštoj higijeni i nezi, prevenciji zaraznih bolesti, prevenciji povređivanja i sl. U cilju podrške adekvatnoj socijalizaciji malog deteta, sestra će preduzeti mere u cilju omogućavanja dnevnog boravka deteta u predškolskoj ustanovi.

Identifikovanje određenih rizika prisutnih u porodici, bilo da se radi o zdravstvenim ili socijalnim rizicima, predstavlja važan korak u cilju delovanja u skladu sa potrebama članova porodice i pružanja aktivnosti većeg intenziteta. Program kućnih poseta polivalentne patronažne službe i njihov fokus na porodice sa najvećim potrebama u odnosu na determinante zdravlja, omogućava dostizanje najboljih rezultata u unapređenju zdravlja ove dece. Broj i učestalost kućnih poseta određuje patronažna sestra – prema potrebama deteta i porodice, a u skladu sa vodičem dobre prakse, svojim znanjem i iskustvom. Potrebe svake porodice, kao i situacija u njoj, određuje dominirajuću aktivnost sestre tokom posete. U delu zdravstvenog vaspitanja rad sa roditeljima podrazumeva sadržaje kao što su odgovorno roditeljstvo, dobri odnosi u porodici i ljubav; značaj uspostavljanja dobrih odnosa između roditelja dece od najranijih dana. U slučaju otkrivanja rizika, ili nepravilnosti u rastu i razvoju deteta, sestra će o tome dostaviti podatke lekaru, ili ovakvo dete uputiti sa roditeljima u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu. Od posebnog je značaja praćenje rasta i razvoja male dece, u saradnji sa lekarom i kontinuiran zdravstveni nadzor deteta pod rizikom. U zajedničkom razmatranju svih dostupnih podataka o zdravstvenom stanju deteta i ostalih članova porodice, pre svega majke, kao i o situaciji u kući, odnosu prema detetu i sl., pedijatar i patronažna sestra donose odluku o daljim aktivnostima: - odlazak pedijatra samostalno ili sa patronažnom sestrom u kućnu posetu; - uključivanje tima razvojnog savetovališta iz doma zdravlja; konsultacija sa stručnjakom iz oblasti dečje neurologije/psihijatrije, oftalmologije, audiologije i sl. iz neke specijalizovane bolničke

ustanove; obaveštavanje opštinskog centra za socijalni rad; uključivanje nevladine organizacije.

Obuka veštinama je posebno značajan deo aktivnosti sestre sa roditeljima i podrazumeva demonstraciju određenih veština, kao i praćenje koliko su roditelji usvojili veštine. Od izuzetnog značaja su veštine rane stimulacije razvoja. Roditelji koji poseduju adekvatno znanje o razvojnim normama imaju senzitivniji pristup u svakodnevnoj interakciji sa decom uključujući adekvatnu percepciju njihovih mogućnosti i sagledavanje sopstvene uloge u podršci razvoju dece. Značajno je da roditelji shvate da će se njihova pažnja, trud, ljubav i vreme provedeno sa detetom, mnogostruko povoljno vratiti u budućnosti. Što oni više "ulože" u prve tri godine života deteta, to će "nagrada" biti veća. Patronažna sestra obučava roditelje od najranijih dana kako da stimulišu razvoj psihomotornih, emocionalnih, senzornih i intelektualnih sposobnosti deteta i kako da odgovore na njihove potrebe.

Služba polivalentne patronaže ima ekskluzivnu ulogu u našem sistemu zdravstvene zaštite, jer je jedina koja sprovodi preventivne kućne posete. Rad ove službe sa porodicama sa decom ima veliki značaj u osnaživanju roditelja za odgovorno roditeljstvo kako bi deca dostigla pune razvojne potencijale. Istovremeno, ima puno prostora za unapređenje ove usluge i, pre svega, njene dostupnosti za porodice u visokom riziku. Istraživanja koja je prethodnih godina sprovodio UNICEF (MICS4, 2014; MICS5, 2015) ukazuju na pravičnost da su romske porodice značajno manje obuhvaćene uslugama patronažnih sestara. Nakon porođanja 94% žena iz opšte, i 88% žena iz romske populacije su obuhvaćene posetama. Prosečan broj poseta patronažnih sestara iznosi 4,3 za opštu, odnosno 3.5 za romsku populaciju. Prenatalne posete se u romskoj populaciji obavljaju veoma retko- u svega 22%.

## **Aktuelna pitanja prakse**

### **PRIPREMA ZA RODITELJSKU ULOGU-**

#### **IZMEĐU ŽELJA, MOGUĆNOSTI I AKTUELNE PRAKSE U PORODILIŠTU**

*prim.dr Olga Stanojlović, pedijatar, Šef Odeljenja neonatologije, Bolnice za ginekologiju i akušerstvo, KBC Zvezdara, Beograd*

**Porodilište**, kao mesto gde se beba rađa i uspostavlja prvi kontakt sa svetom, pre svega sa svojom majkom, ima ključnu odgovornost ne samo za brigu o zdravlju i bezbednosti majke i njenog novorođenčeta, već i za uspostavljanje čvrste emocionalne veze između majke i novorođenčeta, kao i promociju i podršku dojenja.

Boravak majke i novorođenčeta u porodilištu, ukoliko su zdravi, vrlo je kratak i relativno je malo vremena da se majci pruže sve informacije, pomoć i podrška, čak i u idealnim uslovima kada ima dovoljno osoblja, koje je obučeno i maksimalno angažovano.

Avantura materinstva/roditeljstva počinje mnogo pre rođenja deteta i pruža dovoljno vremena za pripremu trudnice i budućeg oca ne samo za porođaj, već i za novu- roditeljsku ulogu. Na žalost, procenat budućih roditelja koji je uključen u škole roditeljstva dosta je nizak. Veliki broj trudnica dolazi na porođaj potpuno nepripremljen, tako da su im često porođaj i prvi postporođajni dani obeleženi neprijatnim iskustvima (bol zbog epiziotomije, nadolaženje mleka i sl.) i otežavaju i usporavaju uspostavljanje fizičke i emocionalne veze majke i novorođenčeta.

**Obilazak porodilišta:** Osoblje porodilišta doprineće pripremama budućih roditelja organizovanjem obilaska porodilišta, kroz saradnju sa Školama roditeljstva Domova zdravlja ili organizovanjem individualnih poseta (npr. "Dan otvorenih vrata" jednom mesečno, u popodnevnom terminu, za zaposlene roditelje). Tokom ove posete trudnica, zajedno sa budućim ocem ili drugom bliskom osobom, prolazi kroz prostor porodilišta, upoznaje se sa postupcima koji se primenjuju tokom porođaja i mogućnostima izbora, kao što je prisustvo oca/druge bliske osobe na porođaju, mogućnost savlađivanja kontrakcija u kadi, epiduralne analgezije i drugo. Trudnica nakon posete tačno zna šta je, korak po korak, čeka nakon prijema za porođaj i na taj način ima više šanse da se oslobodi straha od nepoznatog i od neizvesnosti. Budući roditelji takođe dobijaju informacije i o značaju prvog kontakta koža na kožu, prvog podoja i zajedničkog boravka majke i bebe i imaju priliku za razgovor sa



pedijatrom. U tom razgovoru trudnice često žele da se informišu o raznim tehničkim detaljima oko dojenja i nege, za koje će biti vremena u toku boravka u bolnici posle porođaja. Važno je i korisno tada im skrenuti pažnju na hormonske i emocionalne promene koje ih očekuju posle porođaja, koje nekada mogu biti nagle i dramatične. Ako se za trudnoću kaže da je drugo stanje, postpartalni period može se nazvati trećim stanjem. Porođaj fizički i emocionalno iscrpi ženu itreba je pripremiti i za prve dane posle porođaja, koji su divno ali često i naporno, pa i bolno iskustvo. (Izjava jedne majke: “Ja sam svu svoju psihičku energiju ostavila u porođajnoj sali i sada mogu samo da sedim i plačem, nemam snage ni za šta drugo”).

Stav svih koji učestvuju u ovim pripremama uvek je maksimalno pozitivan i ohrabrujući u pogledu ishoda porođaja. Ipak, oprezno i bez previše detalja trudnice treba upozoriti i na moguće nepredviđene događaje (neočekivane komplikacije tokom porođaja, neplanirani carski rez, prolazne ili ozbiljnije probleme novorođenčeta), jer u protivnom baš trudnice koje su prošle pripreme kroz škole roditeljstva ovakve situacije dožive kao neki svoj neuspeh ili krivicu. Ukoliko se mogućnost ovakvih neplaniranih događaja pomene, porodilja će, ukoliko do nekih komplikacija dođe, mnogo bolje sarađivati i pomoći sopstveni oporavak, ili oporavak novorođenčeta.

Većina budućih majki brine da li će porođaj proteći dobro i da li će beba biti zdrava. Negde duboko u sebi ona ima sliku svoje idealne bebe i pita se da li će beba koju bude ugledala odgovarati toj predstavi, da li će joj se dopasti, da li će je voleti. Bilo bi dobro porazgovarati sa trudnicama i o ovome, naglasiti da bebe često na rođenju izgledaju drugačije od očekivanja, imaju modro lice, glavicu neobičnog oblika i da je to prolazno, kao i da će se emocionalna veza sa bebom razvijati i jačati iz dana u dan. (Nije neuobičajeno da majka koja, posle svih porođajnih muka, ugleda svoju bebu uzvikne “Kako je ružna”. Majku ne treba zbog toga osuđivati, već postaći fizički kontakt sa bebom, uz pohvale kako je beba lepa i slatka i kako su asimetrična glava ili krive nogice prolazna i beznačajna pojava).

Iskustva u organizovanju poseta trudnica u saradnji sa Školama roditeljstva Domova zdravlja govore da budući roditelji pokazuju veliko interesovanje upravo za ove teme.

**Porođaj** je posebno iskustvo za svaku ženu, koga se ona seća, neretko, celoga života. To je trenutak u kome je žena izrazito vulnerabilna i zato se mora posvetiti posebna pažnja uslovima u prodilištu i načinu komunikacije osoblja sa trudnicom.

**Porođajna sala** trebalo bi da obezbedi izdvojen, intimni prostor za trudnicu tokom porođaja, uređen tako da što manje liči na operacionu salu, gde bi se trudnica prijatnije osećala i mogla da bude duže uz bebu posle porođaja. U nedostatku izdvojenih porođajnih

soba u ovu svrhu mogu da posluže paravani. Prisustvo partnera ili druge bliske osobe pruža trudnici podršku i osećaj sigurnosti i svako porodilište treba da uloži napor da to omogući (skoro da se ne može naći opravdanje za isključivanje oca, bez obzira na uslove).

**Mogućnost izbora** trudnice u toku porođaja je vrlo aktuelna tema. Odnos osoblja porodilišta prema njoj mora biti partnerski, zasnovan na uzajamnom razumevanju i poverenju, ona nije objekat, već aktivni subjekat u tom odnosu. Sa druge strane, da bi trudnica mogla da bira ili da odbije neku procedure (klizma, prokidanje vodenjaka i sl.) mora da razume šta to znači i zašto se radi. Ukoliko osoblje pomogne trudnici da se oslobodi straha, ona bolje sarađuje i spremnija je da prihvati procedure koje se preduzimaju. Svakako je važno informisati ženu šta se događa, kako porođaj napreduje, zašto se nešto preduzima i šta se dalje očekuje. Trudnicama najviše smeta kada im se osoblje ne obraća već o njoj razgovaraju kao da nije prisutna. Sa druge strane, ne treba zaboraviti da je osoblju u porodilištu najvažnije zdravlje i bezbednost majke i bebe. Iako su trudnoća i porođaj fiziološka stanja, uvek su moguće neočekivane, nekada vrlo ozbiljne, komplikacije kod majke ili novorođenčeta. Iskusno i motivisano osoblje naći će pravu ravnotežu između “medicinskog” zbrinjavanja trudnice i brige o njenom emotivnom stanju i uspostavljanju veze sa novorođenčetom.

Građevinski i prostorni uslovi u porodilištima najčešće ne omogućavaju da trudnica tokom prvog porođajnog doba ima mogućnost kretanja i relaksacije, korišćenja sprava kao što su ripstol ili pilates lopta kao i mogućnost savlađivanja kontrakcija u kadi. Sa druge strane, ako postoji svest koliko to može da pomogne ženi u toku porođaja, najčešće se može naći način da se uvedu bar neke promene i inovacije.

**Prvi kontakt očima** majke i bebe je momenat čiji se značaj ne može dovoljno naglasiti. Zato je važno da majka uzme svoju bebu u naručje što je moguće pre. Ovaj intenzivni trenutak često majku definitivno opredeli za dojenje.

**Kontakt koža na kožu** pruža bebi toplotu i sigurnost i predstavlja prvi korak u uspostavljanju čvrste emocionalne veze majke i bebe. Kao i majka, beba je u prvim satima posle rođenja aktivna, u stanju pojačane budnosti, izoštranih čula (naročito čula dodira, mirisa i ukusa). Zato je važno da se omogući prvi podoj u okviru 1-2 sata od rođenja. Svako porodilište, prema svojim uslovima, treba da napravi svoj protokol rada koji će ovo omogućiti. Idealno bi bilo da se, ukoliko zdravstveno stanje to dozvoljava majka i beba uopšte ne razdvajaju posle porođaja.

**Rađanje porodice.** U trenutku rađanja bebe rađaju se i roditelji u svojoj novoj ulozi i definitivno se stvara porodica (neki stručnjaci ovo nazivaju “svetim satom” formiranja

porodice). Ako je osoblje porođajne sale svesno značaja ovog “sata”, potrudite se da sve postupke koji nisu neophodni malo odloži i omogući mir i privatnost novim roditeljima i novorođenčetu.

Veliki broj carskih rezova (20-40% u našim porodilištima) nalaže da se i u slučaju operativnog završavanja porođaja obezbedi kontakt majke i bebe “koža na kožu” što je moguće ranije. Savremene preporuke da se carski rez radi u spinalnoj ili epiduralnoj anesteziji omogućava majci da čuje prvi bebin plač, vidi je i dodirne neposredno po rođenju. Kontakt “koža na kožu” i prvi podoj ostvaruju se kada se majka izmesti iz operacione sale i dovoljno razbudi, ukoliko je bila u opštoj anesteziji (2-4, najkasnije do 6 sati posle operacije). Isti postupak primenjuje se ukoliko je majka imala neke komplikacije posle porođaja (krvarenje, hitan prijem u IN, opštu anesteziju).

**Bolesno novorođenče.** Ukoliko zdravstveno stanje deteta ne dozvoljava njegovo zadržavanje u porođajnoj sali, pedijatar treba da pruži majci informaciju o stanju deteta što je moguće pre, a majci se beba pokazuje čim to njeno zdravstveno stanje dozvoli.

Ukoliko novorođenče ima vidljive anomalije, ili nekin zdravstveni problem, od presudnog je značaja da roditelji prve informacije dobiju od stručnog i ovlašćenog lica, jer u takvim situacijama svaka neoprezno izgovorena reč i čak i neverbalna komunikacija mogu da načine veliku štetu u uspostavljanju veze između roditelja i deteta. Roditeljima treba dati pravovremenu i potpunu informaciju, uz maksimalno pozitivan pristup koji okolnosti dozvoljavaju, podršku i empatiju. Ukoliko je trudnoća protekla uredno, uz redovne kontrole i porođaj protekao bez komplikacija, niko nije spreman na loš ishod i loše vesti, kao što su vidljive anomalije deteta, ili sumnja na tešku bolest. Ovo su najteže situacije za osoblje porodilišta! Profesionalan i pozitivan pristup osoblja pomaže roditeljima da uspostave emocionalnu vezu sa svojim novorođenčecom i prevenira odbacivanje deteta i institucionalizaciju.

Za majku je posebno teška situacija kada je porođena carskim rezom a dete ima zdravstveni problem, jer u tom slučaju ne može da vidi svoje novorođenče I najčešće misli da je bebino stanje mnogo gore nego što joj lekar saopštava. Ove situacije mogu se prevazići i majci pomoći čestim obilascima i informacijama o zdravstvenom stanju deteta, kao i uključivanjem oca (porodice). Ukoliko stanje deteta zahteva premeštaj u drugu bolnicu, ono se MORA pokazati majci pre transporta, i, ako je ikako moguće, omogućiti bar kratak fizički kontakt majke i bebe.

**Postporođajno odeljenje.** Ukoliko stanje majke i deteta to dozvoljava, novorođenče se smešta u sobu zajedno sa majkom. Svi postupci nege, pregledi pedijatra, kao i dijagnostički i

terapijski postupci, sprovode se u prisustvu majke. Ona se tako ne samo obučava za negu bebe nego i oslobađa straha od kontakta i manipulacije bebom. Ukoliko su majka i beba dobro, dete sve vreme ostaje kod majke. Prvog dana bebu neguje i prepovija sestra, koja pri tome obučava majku, a nadalje ih sestra obilazi, nadzire i pomaže majci. Posebna pažnja poklanja se ranom započinjanju dojenja. Majka se obučava kako pravilno da drži bebu i podstiče da je doji na zahtev.

Zadatak osoblja je da ostvari vedru i pozitivnu atmosferu na odeljenju. Treba pohvaliti svaki majčin trud i uspeh, podržati je i ohrabriti u uspostavljanju laktacije. Treba razuveriti majku da je beba gladna kad god plače, obučavati je da prepozna razloge bebinog plača i pokazati na koji način može da smiri bebu.

Paralelno sa savetima za negu i dojenje, majka bi trebalo da dobija i savete za komunikaciju sa bebom i stimulaciju ranog razvoja, kako u porodilištu tako i u prvim nedeljama po odlasku kući, tako što lekari i sestre neposredno pokazuju majci kako da gleda bebu oči u oči, kako da sa njom komunicira, priča joj, peva i govori, kako da je podiže i spušta u krevetić, kako da je nežno grli i ljuljušjka (nikako da je trese i drmusa!), kako da je uvije da bi se beba smirila, masažu stomacića i položaje koji će ublažiti grčeve i slično.

**Beba nije sa mamom.** Ako zdravstveno stanje deteta ne dozvoljava da ono bude sa majkom, treba joj pružiti redovne informacije, na način koji će majka, u skladu sa svojim godina i obrazovanjem moći da razume. Informacije treba uvek da budu iskrene i istinite, ali roditelje ne treba zatrpavati obiljem podataka i stručnih termina, jer ih to samo zbunjuje. Pristup roditeljima uvek treba da bude maksimalno pozitivan u zavisnosti od stanja deteta. Istraživanja su pokazala da i mali problem koji se javi u porodilištu, kao što je novorođenačka žutica, mogu dugoročno da povećaju zabrinutost roditelja i da dovedu do mnogo češćih poseta lekaru zbog bezazlenih simptoma u prvim mesecima života. Majka i otac imaju pristup inkubatoru i krevetiću svoga deteta i podstiču se da ostvare fizički kontakt sa bebom. Posle oporavka, beba i mama provode zajedno bar jedan dan pre odlaska kući, što majci, pored ostalog, pomaže da se opusti i da se uveri da je beba dobro.

**Hoću moga tatu.** Dok neka porodilišta, uključujući i naše, omogućavaju prisustvo oca na porođaju, skoro da nema porodilišta gde su očevi uključeni u negu deteta na postporođajnom odeljenju. Razlog su, pre svega, uslovi u porodilištu, ali i nedovoljno razumevanje značaja oca za rani razvoj deteta i podršku majci, kao i kulturološki faktori. Jedno od dobrih rešenja bilo bi organizovanje “školice za tate” u popodnevrim satima (1-2 sata boravka očeva koji bi se obučavali za negu i komunikaciju sa bebom).

**Posete porodiljama.** *Afirmisanje socijalne komponente prema porodilji i bebi omogućavanjem poseta važno je i porodilji i porodici. Oko poseta porodilištu postoji mnogo zabluda. Istina je da posete ne predstavljaju epidemiološki rizik i da ih treba omogućiti, a svako porodilište, zavisno od uslova, određuje kako će se one organizovati. Nakon spoznaje da su posete potrebne rešenje se uvek može naći!*

**Presudan značaj za uspeh programa “Bolnica prijatelj majke i bebe”** *ima suštinski prijateljski odnos prema majci. Stav “beba mora da bude sa vama” i “morate da dojite dete” nema opravdanja. Potreban je individualni pristup svakoj majci, zasnovan na njenom pravu izbora, uz razumevanje i empatiju. Osoblje treba da prepozna kada je majka umorna i iscrpljena; u tom slučaju potrebno je predložiti ženi da se beba odnese u boks na nekoliko sati dok se ona odmori, nakon čega je porodilja najčešće preporođena. Za žene porođene carskim rezom, naše iskustvo je da 3. ili 4.dana imaju krizu neraspoloženja, umora, nedovoljno strpljenja za bebu. Iskusno osoblje to razume i pomaže majci da prepozna uzroke svog neraspoloženja (umor, pad hormona, bolovi zbog rane, ili nadolaženja mleka) i da je uveri da je to uobičajeno i prolazno stanje. Empatija i nekoliko sati sna najčešće pomognu.*

*Takođe treba prepoznati znake eventualne postpartalne tuge ili depresije. U težim slučajevima to zahteva pomoć psihijatra, nekada i uvođenje medikamentozne terapije. U blažim dovoljno je pred otpust porazgovarati sa mužem ili drugim ukućanima i skrenuti pažnju porodici da potraže pomoć ukoliko je porodilja neraspoložena, previše zabrinuta, ima problem sa spavanjem, ili apetitom, ili se na bilo koji način ponaša drugačije od uobičajenog. Prema našem iskustvu, u porodilištu se postpartalna depresija najčešće manifestuje preteranom brigom za zdravstveno stanje deteta, preuveličavanjem nekih sitnih problema koje beba ima i nepoverenjem u osoblje koje pokušava da je razuveri da beba ima zdravstveni problem.*

**Otpust iz porodilišta** *zdravog novorođenčeta trebalo bi da bude 48-72 sata posle porođaja. Prerani otpust povećava rizik od neuspeha dojenja, pojave novorođenačke žutice, većeg gubitka u težini, a to sve dalje negativno utiče na emocionalno stanje majke i uspostavljanje veze između majke i bebe. Sa grupom majki koje se otpuštaju kući organizuje se razgovor, tokom koga one dobijaju informacije o daljim koracima u zdravstvenom nadzoru i praćenju bebinog razvoja (prva kontrola, vakcinacija, vitamin, ishrana). Drugom, podjednako važnom segmentu, koji se odnosi na savete za komunikaciju sa bebom i podsticanje njenog razvoja, bar u prvim mesecima života, pridaje se, na žalost, mnogo manje značaja. Jedan od razloga je, verovatno, što se često podrazumeva da roditelji znaju kako*

*treba da komuniciraju sa bebom, a drugi nedovoljno znanje osoblja porodilišta o ovoj važnoj temi. Očevi su, neopravdano, iz ovog razgovora uglavnom isključeni.*

DRAFT