

Psihološke osobine prijevremeno rođene djece

Vuk, Klara

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:849558>

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

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

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Klara Vuk

PSIHOLOŠKE OSOBINE PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE

Završni rad

Čakovec, rujan 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Klara Vuk

PSIHOLOŠKE OSOBINE PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE

Završni rad

Mentor rada:
doc. dr. sc. Tea Pahić

Čakovec, rujan 2024.

SADRŽAJ

1.UVOD	1
2.BRONFENBRENNEROVA TEORIJA RAZVOJA.....	3
3.NEDONOŠČE (<i>PREMATURUS</i>).....	9
3.1 Zdravstveni problemi prijevremeno rođene djece	11
3.2 Psihološke osobine nedonoščadi	13
3.2.1 Hiperaktivnost i rizik od razvoja psihičkih i mentalnih problema	14
3.2.2 Hipersenzibilnost i emocionalna osjetljivost	16
3.2.3 Poteškoće u razvoju motoričkih vještina	17
3.2.4 Poteškoće s pažnjom i učenjem	18
3.3 Temperament	19
3.4 Privrženost	20
4.RODITELJI PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE	22
5.ZAKLJUČAK.....	25
LITERATURA	26
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA.....	28

SAŽETAK

Cilj ovoga rada je opisati psihološke osobine prijevremeno rođene djece, prikazati različite aspekte života prijevremeno rođenoga djeteta koji ukazuju na razne zdravstvene probleme, boravak u neonatalnoj jedinici te psihološki utjecaj prijevremenog rođenja. Također, cilj je predstaviti izazove prijevremenoga rođenja te ukazati na najučestalije teškoće koje se mogu javiti kod prijevremeno rođene djece. Jedan od ključnih izazova s kojima se prijevremeno rođeno dijete susreće je njegova nezrelost, kako fizički i neurološki tako i psihološki. Takva djeca često imaju nedovoljno razvijene organe što ih čini osjetljivima i što može dovesti do različitih komplikacija. Nadalje, glavni dio rada odnosi se na prijevremeno rođenu djecu, točnije, njihove psihološke osobine, temperament, razlike između djece rođene u terminu i prije termina te razvoj privrženosti kod takve djece, dok završni dio rada govori o reakcijama roditelja i njihovim suočavanjem sa stresom zbog prijevremenog rođenja djeteta. Na temelju proučavanja i analize literature uočeno je da prijevremeno rođenje ne mora biti indikator za pojavu zdravstvenih i ostalih problema te da se problemi smanjuju ili intenziviraju ovisno o okolini koja ih okružuje.

Ključne riječi: *prematurnus*, tjelesni razvoj, socio-emocionalni razvoj, kognitivni razvoj

SUMMARY

The aim of work named „Psychological traits of premature-born children“ is to show the psychological characteristics of premature children, to show different aspects of the life of a premature child that indicate various health problems, the stay in the neonatal unit and the psychological impact of premature birth. Also, the work aims to present the challenges of premature birth and to point out the most common difficulties that can occur in premature children. One of the key challenges that premature children face is their immaturity, both physically and neurologically, as well as psychologically. Such children often have insufficiently developed organs, which makes them sensitive and can lead to various complications. Furthermore, the main part of the bachelor thesis refers to children born prematurely, their psychological characteristics, temperament, differences between children born at term and before term, and the development of attachment in such children, while the final part of the paper talks about parents' reactions and their coping with stress due to premature birth of a child. Based on the analysis and studied literature, it was observed that premature birth does not have to be an indicator for the appearance of health and other problems, and that problems decrease or intensify depending on the environment that surrounds them.

Keywords: premature, physical development, socio-emotional development, cognitive development

1. UVOD

Nijedno razdoblje tijekom čitava čovjekova razvoja nije obilježeno toliko dramatičnim promjenama kao devet mjeseci između začeća i rođenja (Vasta, Haith i Miller, 1998: 124). Na djetetov razvoj djeluju genetski i okolinski čimbenici već od samog začeća. Genetski čimbenici imaju ključnu ulogu u razvoju već kod rođenja djeteta i uključuju razne aspekte razvoja, osobina i zdravlja djeteta. S druge strane, okolinski čimbenici utječu na velik dio ljudskoga ponašanja koji se stječe utjecajem okoline, a ne rođenjem.

Trudnoća traje 240 dana, računajući od prvoga dana posljednje menstruacije. Svaki porod koji uslijedi prije punih 37 tjedana trudnoće smatra se prijevremenim porodom, a tako rođeno dijete naziva se *prematurus* ili nedonošče. Rođenje djeteta predstavlja ne samo fizički čin već i emocionalni preokret, noseći sa sobom mnogo promjena i prilagođavanja, kako za dijete tako i za roditelje. Rani i prijevremeni porod prisutan je u svakom dijelu svijeta, a najčešće se samim prijevremenim porodom javljaju problemi na više razina. Prema Starc, Čudina Obranović, Pleša, Profaca i Letica (2004) napretkom tehnologije smanjuju se mogućnosti razvoja problema u dojenačkoj dobi, ali se još uvijek vrlo često javljaju posljedice prijevremenoga poroda, najčešće u obliku kognitivnih deficita i zaostajanja u motoričkom razvoju.

Prema Brazelton (1969) kvaliteta života prijevremeno rođene djece ne ovisi samo o dobivenoj medicinskoj skrbi tijekom boravka u odjelu intenzivne njege već i o zadovoljenju osnovnih potreba. Kada dijete zadovolji osnovne potrebe, ono je spremno za zadovoljavanje ostalih potreba koje su nužne za daljnji razvoj. Tako dobivenom skrbi, koja zadovoljava sve njegove potrebe, djetetu će puno lakše biti kasnije iskoristiti svoje potencijale jer je u prvim danima života ono dobilo svu potrebnu skrb. Prijevremeno rođena djeca mogu imati teškoće u socijalnom funkcioniranju, što je osobito vidljivo u interakciji s drugom djecom. Berk (2008) ističe da takva djeca teže uspostavljaju socijalni kontakt s drugom djecom te su u većini slučajeva mirna i povučena.

Osim toga, prijevremeno rođenje djeteta predstavlja izazov i za roditelje. Sami prijevremeni porod već je veliki izazov za roditelje jer se u većini slučajeva događa neočekivano. Nadalje, postoje i drugi izazovi s kojima se roditelji susreću, a neki od njih su: nemogućnost stalnog boravka s djetetom zbog potrebne medicinske skrbi i boravka u bolnici, nemogućnost sudjelovanja u zadovoljavanju osnovnih potreba djeteta zbog njegove male

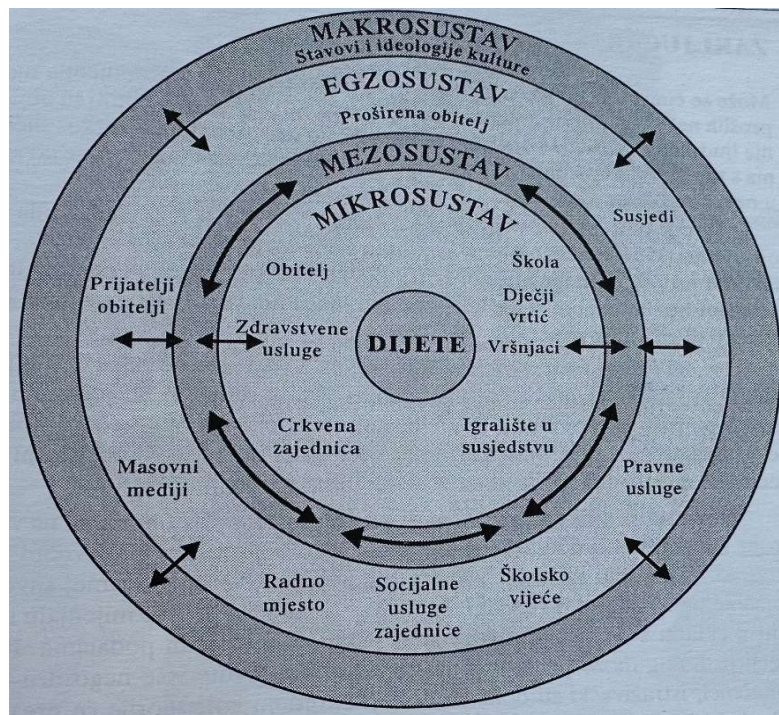
porođajne težine itd. Prema Brazelton (1969) roditelji su ti koji bi trebali osigurati djetetu toplo okruženje jer se smatra da se tako dijete brže razvija i počinje prije samostalno djelovati.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2023) procjenjuje se da se svake godine prijevremeno rodi oko 14 milijuna djece, dok se prema HZJZ (2023) u Republici Hrvatskoj godišnje prerano rodi oko 6 % djece. S obzirom na to da se o tom problemu malo govori, a da čak 6 % djece u RH može imati raznih teškoća vezanih uz prijevremeno rođenje, u ovome će se radu dati prikaz psiholoških osobina prijevremeno rođene djece i izazova s kojima se susreću roditelji takve djece.

2. BRONFENBRENNEROVA TEORIJA RAZVOJA

Prema Vasta i sur. (1998) Bronfenbrennerova teorija razvoja naglašava međusobne veze između pojedinca i okoline. Bronfenbrenner drži da dijete i okolina neprekidno utječu jedno na drugo na dvosmjernan ili transakcijski način (Bell, 1979; Sameroff, 1975: 60; sve prema Vasta i sur., 1998). Dijete posjeduje niz osobnih značajki od kojih su najvažnije one koje Bronfenbrenner opisuje kao razvojno-poticajne, tj. sposobne utjecati na druge ljude na način koji je važan za dijete (Vasta i sur., 1998: 59).

Prema Vasta i sur. (1998) na okolinu se gleda kao na niz međusobno povezanih slojeva od kojih oni najbliži imaju najneposredniji utjecaj, dok na dijete posrednije utječu oni udaljeniji. Prema Vasta i sur. (1998) ukoliko dijete ima dobro razvijene razvojno-poticajne karakteristike, ono može utjecati na okolinu i prije nego progovori. Plač je njegova prva komunikacija kojom signalizira svoje potrebe. Pretpostavimo da dijete ima razvojno poticajne karakteristike, da je bistro i razumljivo govori. To može utjecati na njegovu okolinu potičući roditelje da ga pošalju u bolju školu, što može rezultirati poboljšanjem njegovih akademskih vještina, što opet može utjecati na njegovu okolinu privlačeći prijatelje koji imaju visoke aspiracije glede karijere itd. u neprekidnom krugu međudjelovanja i razvoja (Vasta i sur., 1998: 60).



¹Slika 1. Bronfenbrennerov ekološki model okoline

¹Slika 1. Vasta, Haith i Miller, 1998: 61

Slika 1. opisuje Bronfenbrennerov ekološki model razvoja. On se sastoji od djeteta u središtu te obuhvaća četiri sustava:

1. mikrosustav – mijenja se ovisno o djetetovom rastu i razvoju, a prikazuje ono što je djetetu najbitnije i najbliže u tome razdoblju, na primjer: obitelj, škola, dječji vrtić, vršnjaci, crkvena zajednica, igralište u susjedstvu; to su prostori gdje pojedinac provodi puno vremena i gdje su međuljudske veze i aktivnosti direktne
2. mezosustav – odnosi se na povezanost među mikrosustavima u djetetovom životu; djetetov će razvoj biti optimalniji ukoliko su jače veze među mikrosustavima; on može uključivati odnose roditelja s djetetovom učiteljicom i odnos između djetetove braće i sestara i prijatelja iz susjedstva (Vasta i sur, 1998: 60); što su ti sustavi jače povezani, dijete će imati bolje poticaje, podršku i motivaciju za razvoj
3. egzosustav – odnosi se na socijalna okruženja koja mogu utjecati na dijete, ali u kojima ono neposredno sudjeluje; prema Vasta i sur. (1998) to može biti školsko vijeće koje će odrediti plaću učiteljima i proračun za nove udžbenike
4. makrosustav – odnosi se na kulturu i subkulturu koja okružuje dijete; ono utječe na stav djeteta kroz vjerovanja, tradicije i kulturu; makrosustav nije konstantan, može se mijenjati ovisno o razvoju društva.

Utjecaj okoline na razvoj tijekom prenatalnog razdoblja

Prema Vasta i sur. (1998) prenatalni razvoj započinje trenutkom začeća ili oplodnje kada se spermij i jajašce sjedine formirajući jednu stanicu nazvanu zigota. Premda najveća stanica u tijelu, jajašce, nije veća od točke na kraju ove rečenice, a spermij koji ga oploduje težak je manje nego trideset tisućiti dio toga (Scheinfeld, 1972; prema Vasta i sur., 1998: 124). Prenatalni razvoj može se pratiti kroz tri faze ili razdoblja, a to su: razdoblje zigote, razdoblje embrija i razdoblje fetusa.

Razdoblje zigote traje od začeća do drugog tjedna trudnoće. U ovome razdoblju zigota se vrlo brzo dijeli. Četiri dana nakon oplodnje masa stanica nalikuje plodu duda. Već šesti dan nakon oplodnje stanice se zalijepe za stijenku maternice i počinje implantacija. Nakon toga nastaje embrij jer se stanice specijaliziraju, a struktura embrija nastaje stvaranjem vanjskih stanica. Proces implantacije traje tjedan dana, a za to vrijeme zigota stvara put kojim prodire u sluznicu stjenke maternice te si omogućava pristup majčinoj krvi i hranjivim tvarima (Vasta i

sur., 1998)

Razdoblje embrija započinje završetkom implantacije, a traje od trećega do osmoga tjedna trudnoće. Sve glavne vanjske i unutarnje strukture razvijaju se tijekom ovoga razdoblja. U navedenom razdoblju se također razvijaju i sve tjelesne stanice. Prema Vasta i sur. (1998) na početku se stvaraju dva sloja stanica – endodermalni sloj i ektodermalni sloj. Unutarnji organi i žlijezde razvijaju se iz endodermalnih stanica, a dijelovi tijela koji omogućavaju kontakt s vanjskim svijetom razvijaju se iz ektodermalnih stanica. Pomoću ta dva sloja nastaje treći sloj – mezodermalni sloj. Iz njega će nastati kosti, srce, spolni organi i sl. Oblik embrija postupno se mijenja jer se na nekim mjestima umnožavanje stanica događa brže nego na drugima (Vasta i sur., 1998: 127). Pri završetku osmoga tjedna embrij polako preuzima ljudska obilježja poput ušiju, očiju i prstiju.

Razdoblje fetusa traje od devetog do trideset i osmog tjedna trudnoće. Najvažniji su zadaci za fetus daljnji razvoj već oblikovanih organskih struktura te porast veličine i težine (Vasta i sur., 1998: 129). Prema Vasta i sur. (1998) fetus raste prema što većoj samostalnosti prolazeći kroz:

- vanjske promjene – fetus se drastično mijenja; koža postaje deblja, izgled lica postaje humaniji, kosa počinje rasti
- rast unutarnjih organa – rast živčanih stanica i uspostavljanje veze među njima koje je započelo s devetnaest dana nastavlja se tijekom čitavog fetalnog razvoja (Vasta i sur., 1998: 130); ostali unutarnji organi također se nastavljaju razvijati (Vasta i sur., 1998: 130)
- rani znakovi ponašanja – aktivnost kod fetusa započinje u trećem mjesecu, iako to majka ne osjeća, pomicanjem prstiju, zatvaranjem šake, micanjem nožnih prstiju i ostalo; fetus postaje osjetljiv na podražaje, zvukove i na svjetlost, on također pliva, može se okretati i ritati
- prerano rođenje – najveća zapreka samostalnom životu prerano rođenog fetusa je nezrelost zračnih mjehurića u plućima koji moraju zamijeniti ugljikov dioksid za kisik (Kolata, 1989: 131; prema Vasta i sur., 1998).

Utjecaj teratogena na prenatalni razvoj i prijevremeno rođenje djeteta

Postoji niz čimbenika koji su povezani s prijevremenim rođenjem, od onih koje je nemoguće ukloniti do onih na koje je moguće utjecati. Na razvoj od začeća do rođenja utječu priroda, okolina i geni. Prema Sears i sur. (2014) rizik prijevremenog rođenja povećava se s manjkom primjerene prenatalne brige. Ranim uočavanjem i tretmanom prenatalnih komplikacija prevenira se prijevremeni porod (Sears i sur., 2014: 14).

Razvoj fetusa predstavlja jedno od najosjetljivijih i najrizičnijih razdoblja u ljudskome životu. U tome periodu, od začeća do rođenja, formiraju se svi organi i ključne tjelesne strukture. Upravo zbog toga fetus je izrazito osjetljiv na različite faktore koji utječu na njega. Teratogeni su neki od vanjskih činitelja koji mogu prouzročiti abnormalan razvoj fetusa (Vasta i sur., 1998: 132). Šest je načela prema kojima teratogeni djeluju na razvoj fetusa (Hogge, 1990; Wilson, 1977b; 133; sve prema Vasta i sur., 1998):

1. učinak teratogena ovisi o genetskoj strukturi organizma koji mu je izložen
2. učinak teratogena na razvoj djelomično ovisi o vremenu kada teratogen djeluje
3. svaki teratogen može imati jedinstveni učinak
4. abnormalan razvoj prouzročen teratogenima može rezultirati deformacijama, zaostajanjem u rastu, funkcionalnim poremećajima, poremećajima ponašanja ili smrću
5. teratogeni se razlikuju po načinu na koji dopijevaju do fetusa
6. vjerojatnost i stupanj abnormalnog razvoja rastu s količinom štetnih tvari, a kreću se od nikakvih posljedica pa sve do onih smrtonosnih.

Prema Vasta i sur. (1998) čimbenici koji utječu na prijevremeni porod mogu biti uzimanje lijekova u trudnoći, konzumacija kofeina i nikotina te alkohola.

Mnoge trudnice uzimaju lijekove koji su im pripisani kao dio stalnog zdravstvenog režima, primjerice kako bi se liječila šećerna bolest ili sklonost stvaranju krvnih ugrušaka – ili pak kao postupak liječenja zdravstvenih problema koji su nastupili s trudnoćom (Vasta i sur., 1998: 148). Neki od tih lijekova mogu povećati opasnost od problema u trudnoći, zbog čega je potrebno „odvagnuti“ moguće opasnosti za fetus od toga ako se lijek uzima, u odnosu na opasnosti za majku ako se ne uzima (Warkany, 1981: 148; prema Vasta i sur., 1998).

Kofein, droga koja se nalazi u kavi, čaju, čokoladi i nekim bezalkoholnim pićima, droga je koja se u trudnoći najviše konzumira (Vasta i sur, 1998: 149). Pretjerana konzumacija kofeina može dovesti do prijevremenog poroda, pobačaja te rođenja djeteta niske porođajne težine. Međutim, jedno kasnije istraživanje nije potvrdilo te nalaze. Utvrdilo je samo slab učinak na pravilnost djetetova spavanja i povezanost između količine konzumiranog kofeina i teškoća u smirivanju djeteta (Hronsky i Emory, 1987: 149; sve prema Vasta i sur., 1998).

Nikotin je supstanca koja izaziva ovisnost, a posljedice nikotina i dima cigareta na fetus temeljito su istražene (Vasta i sur., 1998: 149). Istraživanja su pokazala kako djeca, čije su majke bile izložene nikotinu tijekom trudnoće, često imaju probleme s impulzivnošću, pažnjom, sposobnošću čitanja te da imaju lošije postignuće na jezičnim i kognitivnim zadacima. Djeca takvih majki mogu biti u prosjeku manja, imaju veću vjerojatnost da će umrijeti pri rođenju ili oboljeti od raka. Čak i pasivna izloženost trudnica nikotinu ima velik utjecaj na rast i razvoj fetusa.

U Sjedinjenim Američkim Državama alkohol je najšire upotrebljavana droga za koju je poznato da ima štetan utjecaj na fetus (Vasta i sur., 1998: 149). Alkohol može uzrokovati razne zdravstvene probleme koji bi se mogli spriječiti njegovom nekonzumacijom. Iako se još u 18. stoljeću pretpostavljalo da alkohol ima štetan utjecaj na fetus, jasna slika posljedica kroničnog majčinog alkoholizma nije postojala sve do 1973. godine, kada su istraživači opisali fetalni alkoholni sindrom – poseban sklop značajki fetusa koji je uzrokovan majčinim konzumiranjem alkohola (Jones i sur., 1973: 150; prema Vasta i sur., 1998). S fetalnim alkoholnim sindromom povezana su izobličenja udova i lica, urođene bolesti srca, nemogućnost dobivanja na težini u dojenačkoj dobi, anomalije vanjskog spolovila, zaostajanje u tjelesnom rastu, mentalna retardacija i teškoće u učenju (Rosett, 1980.; Wilson, 1977a: 150; sve prema Vasta i sur., 1998). Djeca majki koje su konzumirale alkohol tijekom trudnoće mogu biti razdražljiva, loše spavati, često povraćati, imati teškoće u prehrani, pažnji i ustrajnošću. Vasta i sur. (1998) navode kako se djelovanje alkohola povećava pušenjem cigareta i konzumacijom drugih droga.

Razumijevanje načina na koje može doći do oštećenja ploda od presudne je važnosti za prevenciju i smanjenje poteškoća koje se mogu javiti. Prema Eisenberg, Hathaway i Murkoff (2002) do problema u razvoju fetusa može doći zbog različitih infekcija, slabog grlića maternice, nekih kroničnih bolesti ili kada majka doživi prevelik stres. Vasta i sur. (1998) navode da su s oštećenjem fetusa povezane infektivne bolesti, prehrana majke, stres koji majka proživi u trudnoći te dob roditelja. Neke od infektivnih bolesti koje mogu izazvati oštećenje

fetusa su: rubeola, herpes, AIDS, gripa i zaušnjaci, toksoplazmoza, sifilis i gonoreja. Te bolesti mogu imati izravan utjecaj na zdravlje i razvoj fetusa, ali i majke. Isto tako, prehrana može utjecati na razvoj fetusa jer fetus dobije na masi kada majka unosi hranu u tijelo. Kvaliteta fetusovih stanica ne može biti bolja od kvalitete hranjivih tvari kojima ga majka opskrbljuje putem placentarnog krvotoka (Vasta i sur, 1998: 137). Uz gore navedeno, na razvoj utječe i prekomjeren stres u trudnoći. Stres tijekom trudnoće može imati značajan utjecaj te izravno utjecati na fetus, na njegov mozak i druge organe. Na razvoj fetusa također djeluje i dob roditelja. Iako se općenito držalo da je optimalna dob za rađanje između 25 i 29 godina, kod majki koje su odlučile odgoditi svoj prvi porođaj nakon te dobi, dob je postala manje važnom. (Vasta i sur., 1998: 143). Kod starijih majki, onih iznad 49 godina, veća je vjerojatnost rađanja djeteta s Downovim sindromom. No, ne utječe samo dob majke na to već i dob oca. Očevom se dobi povećava razmjerna učestalost mutacija spermija. U 20 do 30 % slučajeva Downov sindrom može se pripisati ocu, prije nego li majci (Behrman i Vaughan, 1987: 143; sve prema Vasta i sur., 1998). Prema Sears, Sears, Sears i Sears (2014) dva teratogena povećavaju rizik prijevremenoga rođenja, a to su pušenje cigareta i zloupotreba droge. Pušenjem cigareta može se usporiti rast posteljice što će u nekim slučajevima dovesti do prijevremenog rođenja, dok zloupotreba droga, uz prijevremeni porod, može dovesti do komplikacija u trudnoći koje su vrlo rizične. Primjerice, trudnice koje su ovisne o heroinu često pate od medicinskih komplikacija tijekom trudnoće i poroda, a njihova novorođenčad često proživljava apstinencijsku krizu (Berk, 2015: 145).

3. NEDONOŠČE (*PREMATURUS*)

Milardović, Čače i Smrkulj (2021) navode da je prijevremeno rođeno dijete ono dijete koje je nošeno kraće od 37 tjedana trudnoće, odnosno kraće od 259 dana, računajući od prvoga dana posljednje menstruacije majke. Vasta i sur. (1998) ističu da je prerano rođeno dijete termin koji opisuje dijete rođeno prije završetka normalnoga razdoblja trudnoće. Razlike između djece rođene prijevremeno i djece rođene u terminu najviše se očituju prilikom rođenja u veličini i težini te u zdravstvenim problemima.

S obzirom na porođajnu težinu i gestacijsku dob, prema Sears i sur. (2014) novorođenčad se dijeli na sljedeće kategorije:

- terminsko novorođenče ili dijete rođeno na termin – svako dijete koje je rođeno s više od 37 tjedana
- kasno nedonošče – dijete rođeno između 35. i 36. tjedna trudnoće, nema dugoročnih komplikacija te je stopa preživljavanja od 98 % do 100 %
- umjereno nedonošče – dijete rođeno između 30. i 34. tjedna trudnoće koje zahtijeva posebnu medicinsku skrb, ali nema dugoročne medicinske probleme
- ekstremno nedonošče – dijete rođeno između 26. i 29. tjedna trudnoće kojemu je potrebna pomoć respiratora zbog nezrelih pluća te postoji velik rizik od dugoročnih problema
- izrazito nedonošče – dijete rođeno u trudnoći koja je manja od 26 tjedana; većina djece imat će neki oblik dugoročnih problema.

Osim klasifikacije nedonoščadi prema porođajnoj težini i gestacijskoj dobi, postoji i klasifikacija nedonoščadi na temelju težine. Prema Sears i sur. (2014) to je novorođenčad: male porođajne težine (od 1500 grama do 2500 grama), izrazito male porođajne težine (težina jednaka ili manja od 1600 grama) te iznimno male porođajne težine (težina jednaka ili manja od 750 grama).

Prema Sears i sur. (2014) najvažniji pokazatelj za preživljavanje i zdrav razvoj je porođajna težina. Prijevremeno rođena djeca često su manja i lakša te njihova pluća, jetra i drugi organi možda nisu svi razvijeni u potpunosti. Kao posljedica toga mogu se javiti razni zdravstveni problemi. Berk (2015) navodi da je veliki broj istraživanja pokazao kako je

nedonoščad rizična za pojavu mnogih problema. Prema Sears i sur. (2014) na odjelu neonatologije provodi se pažljivo praćenje i 24-satna kontrola kako bi se održala određena razina sigurnosti te kako bi se zajamčilo da je sve onako kako je propisano. Vrlo je važno održati visoku razinu čistoće odjela kako bi se spriječio razvoj infekcija. Imunološki sustav djeteta koji boravi na odjelu je vrlo slab te je zbog toga bitno gore navedeno. Wechsler Doron, Trenti Paroli i Wechsler Linden (2000) navode kako je odjel neonatologije opremljen specijaliziranom medicinskom opremom za novorođenčad i nedonoščad, a to su: inkubatori, monitori, IV linije i respiratori.



²Slika 2. Prikaz odjela neonatologije u KBC-u Split

Na odjelu neonatologije sve služi isključivo nedonoščadi i djeci koja su rođena s nekim od medicinskih komplikacija. Tom opremom koristi se isključivo medicinsko osoblje specijalizirano za neonatalnu skrb, respiratorni terapeuti i drugi stručnjaci.

Prema Sears i sur. (2014) jedan od glavnih uzroka smrti djece do pete godine života je upravo prijevremeno rođenje. Nekad su nedonošena djeca imala visoku stopu smrtnosti, no napretkom neonatalne intenzivne medicine smrtnost se smanjila pa nedonošena djeca danas imaju puno manje dugoročnih problema (vidni deficit, kronični problemi s plućima, neurološki

²Slika 2. <https://www.kbsplit.hr/ustrojstvene-jedinice/klinike/klinika-za-zenske-bolesti-i-porode/odjel-za-neonatologiju>

deficit), nego što su imala u prošlosti. Djeca rođena prije 37. tjedna su najugroženija jer su na granici preživljavanja. Takva djeca imaju veći rizik od smrti u prvim danima, tjednima i mjesecima u usporedbi s novorođenčadi koja je rođena poslije 37. tjedna trudnoće. Prema istraživanju provedenome na *Loyola University Medical Center* (2015) dokazano je da prijevremeno rođena djeca ženskog spola imaju veću stopu preživljavanja u odnosu na dječake rođene u istom tjednu trudnoće. Faktori koji utječu na smrt prijevremeno rođene djece mogu biti različiti, a neki od njih su: nedovoljno razvijeni organi, poteškoće u disanju, infekcije i druge medicinske poteškoće.

Nadalje, u istraživanju provedenome na *Loyola University Medical Center* dokazano je da prijevremeno rođene djevojčice puno brže pokazuju napredak u sisanju, gutanju i disanju u odnosu na dječake. Dječaci, u odnosu na djevojčice, zaostaju nekoliko dana u početku oralnoga hranjenja. Milardović, Čače i Smrkulj (2021) navode da je nekad bila puno veća stopa smrtnosti prijevremeno rođene djece u odnosu na danas. Danas, adekvatnom skrbi u neonatalnim i pedijatrijskim intenzivnim jedinicama, djeca rizične skupine često preživljavaju tek s blagim komplikacijama.

3.1 Zdravstveni problemi prijevremeno rođene djece

Funkcionalna nezrelost koja karakterizira prijevremeno rođeno novorođenče uzrokuje otežanu prilagodbu na izvanmaternične uvjete, što za posljedicu ima mnogobrojne komplikacije koje kratkoročno i dugoročno ugrožavaju i mijenjaju život takvoga djeteta (Milardović, Čače, Smrkulj, 2021: 230). Među najčešćim zdravstvenim problemima nedonoščadi, prema Sears i sur. (2014), javljaju se problemi s dišnim, živčanim, krvožilnim i probavnim sustavom.

Problemi s dišnim ili respiratornim sustavom

Veći dio djece koja su rođena poslije 36. tjedna trudnoće nema većih problema s disanjem. Ipak, ako se dijete rodi ranije nego u terminu, vrlo je vjerojatno da će trebati pomoć u disanju dok mu ne sazriju pluća. Prema Sears i sur. (2014: 49) postoji nekoliko načina kako se pomaže djetetu s disanjem, a to su:

- nosna kanila – tanka plastična cjevčica koja je zalijepljena na djetetovoj gornjoj usni iz koje izlaze dva mala nastavka koji se umetnu u djetetov nos pomoću kojih se dovodi kisik

- spremnik za kisik – plastična kutija koja se nalazi iznad djetetove glave i pušta vlažni zrak koji je obogaćen kisikom
- maska za kisik – često se koristi ako dijete treba kisik samo u određenim situacijama, na primjer tijekom hranjenja
- aparat za disanje – koristi se ukoliko dijete ne dobiva dovoljno kisika pomoću prije navedenih postupaka.

Vasta i sur. (1998) ističu da prijevremeno rođena djeca koja su smještena na vodenom krevetu koji se ljulja, oponašajući majčinu utrobu, imaju znatno manje povremenih prestanaka disanja u odnosu na prijevremeno rođenu djecu kojima se postupalo na standardni način. Razni medicinski postupci i napredak medicine (programi masaže, vidno i zvučno podraživanje, stimuliranje pokreta) dovode do bržeg i boljeg razvoja prijevremeno rođenoga djeteta.

Problemi sa živčanim ili neurološkim sustavom

Svrha intenzivnog liječenja nedonoščadi je prvenstveno briga o tome da svi djetetovi organi funkcioniraju na zadovoljavajućoj razini te da budu zadovoljene osnovne biološke potrebe. Djetetovo tjelesno stanje liječnici i medicinske sestre mogu procijeniti putem Apgar ljestvice.

Karakteristika ^a	Bodovi		
	0	1	2
Puls	Nema otkucaja srca	Manje od 100 otkucaja u minuti	100 do 140 otkucaja u minuti
Disanje	Nema disanja 60 sekundi	Nepravilno, plitko disanje	Snažno disanje i plakanje
Refleksna podražljivost (kihanje, kašljanje, grimase)	Bez refleksnih reakcija	Slabe refleksne reakcije	Snažne refleksne reakcije
Tonus mišića	Čitavo tijelo mlohavo	Slabi pokreti ruku i nogu	Snažni pokreti ruku i nogu
Boja ^b	Plav trup, ruke i noge	Ružičast trup s plavim rukama i nogama	Trup, ruke i noge potpuno ružičasti

^aKod upamćivanja ovih karakteristika pomaže korištenje prvih slova njihovih originalnih naziva na engleskom jeziku koji čine akronim prezimena autorice Apgar: **A**ppearance (izgled, boja), **P**ulse (otkucaji srca, puls), **G**rimace (refleksna podražljivost, grimasa), **A**ctivity (mišićni tonus, aktivitet) i **R**espiration (disanje, respiracija).

^bBoja kože beba koje nisu bijele rase otežava primjenu kriterija "ružičaste" kože. Ipak, ružičasti odsjaj koji se pojavljuje zbog protoka kisika kroz tkiva, omogućuje da se procijeni novorođenčad svih rasa.

Izvor: Apgar, 1953.

³Slika 3. *Apgar ljestvica*

Slika 3. prikazuje postupak kojim se u prvoj i petoj minuti nakon rođenja procjenjuje pet karakteristika koje se boduju ocjenama 0, 1 ili 2 (Berk, 2015: 108). Ukupan Apgar rezultat od sedam ili više znak je da je novorođenče u dobrom tjelesnom stanju (Berk, 2015: 108).

³Slika 3. Berk, L., 2015: 108

Prema Berk (2015) djetetu treba posebna pomoć u uspostavljanju disanja i drugih vitalnih znakova ako je rezultat između četiri i šest. Nadalje, ako je rezultat tri ili niži, novorođenče zahtijeva hitnu medicinsku pomoć. Potrebne su dvije Apgar procjene zato što neke bebe imaju poteškoće u prvoj minuti, ali nakon pet minuta pokazuju dobru prilagodbu (Berk, 2015: prema Apgar, 1953: 108).

Problemi s krvožilnim ili kardiovaskularnim sustavom

Krvožilni sustav se sastoji od srca koje pumpa krv i krvnih žila kroz koje krv prolazi (Sears i sur., 2014: 53). Zadatak je dopremiti kisik u sve dijelove djetetova tijela. Ukoliko srce nedonoščadi ne radi dobro, poduzima se sljedeći korak kako bi se popravio protok krvi: daje se tekućina kroz veliki periferni venski put te se tako povećava volumen djetetove krvi koji poboljšava krvožilni sustav.

Problemi s probavnim ili gastrointestinalnim sustavom

Dojenje i hranjenje počinje stabilizacijom kardiovaskularnoga i dišnoga sustava. Sve dok je nedonošče na respiratoru ili ima probleme s disanjem ne može se hraniti na usta. Nedonošče rođeno prije 34. tjedna ne može sisati, gutati i disati te se zbog toga ne može hraniti na usta. Postoje dvije vrste hranjenja takve nedonoščadi, a to su: enteralna prehrana i parenteralna prehrana. Prema Sears i sur. (2014) prijevremeno rođena djeca često imaju nezreli gastrointestinalni sustav. Budući da to otežava hranjenje, oni se hrane putem sonde. Hranjenje preko sonde naziva se enteralna prehrana. Drugi oblik hranjenja je parenteralna prehrana. To je način prehrane koji zaobilazi gastrointestinalni sustav te se hranjive tvari unose izravno u krvotok putem katetera.

3.2 Psihološke osobine nedonoščadi

Prema Brazelton (1969) prijevremeno rođeno dijete susreće se i s raznim psihološkim posljedicama. Neke od njih su: usporeni motorički razvoj, usporeni spoznajni razvoj, problemi u emocionalnom i socijalnom razvoju te problemi u razvoju koji se javljaju kasnije. Najčešći psihološki problemi s kojima se susreće prijevremeno rođeno dijete, prema Sears i sur. (2014), su upravo problemi u emocionalnom i socijalnom razvoju koji se javljaju zbog odrastanja u okruženju kojega opisuje strah, nemogućnost djeteta da samostalno izvodi radnje i aktivnosti (stalno uključivanje roditelja) te negativno obiteljsko okruženje. Takvo će dijete biti povučeno, razdražljivo, teže će uspostavljati kontakte, naročito s vršnjacima.

Emocionalne i socijalne osobine prijevremeno rođene djece uvelike ovise i o duljini boravka u neonatalnoj jedinici intenzivne njege kao i o stresnim situacijama s kojima se dijete suočava u prvim danima života u bolnici, medicinskim intervencijama, a najviše o odvojenosti od roditelja. Vasta i sur. (1998) navode da prerano rođeno dijete može zaostajati u odnosu na djecu rođenu u terminu čak i ako zanemarimo fizičke opasnosti.

Brazelton (1969) navodi kako na prerano rođeno dijete utječe i stres roditelja, roditeljski osjećaj krivnje te odnos prema takvome djetetu kao „ranjivome“ djetetu. Vrlo je bitno razviti načine koji će pomoći djetetu u smanjenju posljedica preranoga rođenja te pronaći načine na koje će se poticati kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta. Neki od njih su rana intervencija, socijalna interakcija, emocionalna podrška itd. Psihološke teškoće kojima su sklona prijevremeno rođena djeca, prema Brazelton (1969) su:

1. hiperaktivnost i rizik od razvoja psihičkih i mentalnih problema
2. hipersenzibilnost i emocionalna osjetljivost
3. poteškoće u razvoju motoričkih vještina
4. poteškoće u učenju i pažnji.

3.2.1 Hiperaktivnost i rizik od razvoja psihičkih i mentalnih problema

Hiperaktivnost dolazi od latinske riječi *activus* što znači aktivni, radni. Bouillet (2010) navodi kako je hiperaktivnost poremećaj u razvoju inhibicije ponašanja koji se pokazuje kao razvojno neprimjereni stupanj pažnje gdje su pretjerane aktivnost i impulzivnost, a otežano samousmjerenje i organizacija ponašanja. Hiperaktivnost je posljedica nezrelog i preosjetljivog živčanog sustava. U tom slučaju dijete ne može prilagoditi pažnju na važnije podražaje zbog nemogućnosti isključivanja nevažnih podražaja.

Postoje mnogi rizici koji mogu biti uzrok javljanja hiperaktivnosti kod prijevremeno rođene djece. Yong i Bramham (2012) navode da kod djeteta koje je rođeno prije 37. tjedna trudnoće, s manjim opsegom glave, visine ili težine, postoji mogućnost javljanja bihevioralnih simptoma poremećaja pažnje i hiperaktivnosti. Brazelton (1969) ističe da se taj neurološki problem može javiti i kao posljedica ozljede mozga zbog izlaganja lijekovima i otrovima u trudnoći, najčešće olovu, što može rezultirati preranim rođenjem. Kod hiperaktivnosti svaki

signal koji ulazi u djetetov mozak prenosi se bez filtriranja, a s obzirom da mozak nema mogućnost isključivanja ovisno o signalu, ono reagira hiperaktivno.

Prema Brazelton (1969) prerano rođena djeca počinju hiperaktivnost pokazivati već između trećeg i dvanaestog tjedna nakon rođenja. Takva djeca će u odnosu na ostalu prijevremeno rođenu djecu biti jako razdražljiva i plačljiva. Brazelton (1969) navodi da takva djeca plač koriste kao obranu od pretjeranog podraživanja. Nakon što prođe razdoblje plača kao obrambenog mehanizma pretjeranog podraživanja, počinje se javljati pretjerana aktivnost. Nedostatak samopouzdanja i osjećaj neuspješnosti definiraju se kao ključni problemi u savladavanju hiperaktivnosti. Sazrijevanjem djetetova mozga ono će biti u mogućnosti savladati hiperaktivnost isključivo ako je usvojilo oblike ponašanja koji ga definiraju kao samopouzdanu i uspješnu osobu. Brazelton (1969) navodi da, ukoliko dijete bude predodređeno za neuspjeh, utoliko se taj poremećaj neće moći kontrolirati.

Neuman, Lobos, Reich, Henderson, Sun i Todd (2007) ističu kako veliku ulogu u javljanju hiperaktivnosti kod djece ima genetski faktor. Istinski hiperaktivno dijete ima kratki raspon pažnje te je poneseno grozničavom aktivnosti, nekontroliranom impulzivnošću i emocionalnom nestalnošću (Brazelton, 1969: 266). Roditelji imaju ključnu ulogu u uočavanju promjena u ponašanju svoga djeteta u odnosu na ostalu djecu. Uloga roditelja je da što prije otkriju takve promjene u ponašanju te se na vrijeme savjetuju sa stručnjacima.

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2023) pokazuju da 10 do 20 % djece ima neki od psihičkih i mentalnih poremećaja te da se u djetinjstvu razvije do 50 % psihijatrijskih bolesti. Najčešći mentalni poremećaji kod djece su hiperaktivnost i anksioznost. Prijevremeno rođena djeca imaju veći rizik od razvoja psihičkih i mentalnih problema u odnosu na djecu rođenu u terminu zbog veće izloženosti stresu. Nadalje, prijevremeno rođena djeca teže uspostavljaju emocionalnu povezanost s roditeljima zbog nedostatka fizičkog kontakta koji se javlja već u prvim danima života i anksioznosti roditelja koji nisu sigurni u zdravlje i razvoj prijevremeno rođenog djeteta. Smanjenje psihičkih problema vezanih uz prijevremeno rođenje moguće je kroz različite terapije. Neke od tih terapija su: terapija igrom, govorna terapija, radna terapija itd. Istraživanja pokazuju da djeca koja su rođena ispod prosjeka tjelesnog rasta imaju blago do umjereno kašnjenje u kognitivnom razvoju tijekom ranoga djetinjstva. Prema Berk (2015) kognicija se odnosi na unutarnje procese i mentalne produkte koji omogućavaju razumijevanje i stjecanje znanja. Kognicija obuhvaća pamćenje, planiranje, rješavanje

problema, maštu, pažnju, planiranje i kategoriziranje. Upravo zbog toga što obuhvaća sve mentalne aktivnosti, kognitivni razvoj ključan je za normalno funkcioniranje.

3.2.2 *Hipersenzibilnost i emocionalna osjetljivost*

Riječ *hipersenzibilnost* dolazi od kombinacije grčke i latinske riječi. *Hiper* potječe od grčke riječi i označava pojam preko, a *senzibilnost* od latinske, a znači osjetljiv. Aron (1996) navodi da hipersenzibilnost ili visoka preosjetljivost predstavlja specifičan način obrade podražaja iz okoline i obrade informacija koji se očituju zbog posebne crte ličnosti.

Aron (1996) opisuje model DOES. Model predstavlja opis karakteristika hipersenzibilnih osoba, a objašnjenje je sljedeće:

- D kao dubina – takve osobe sklone su pretjeranom razmišljanju zbog obrađivanja informacija „dublje“ nego ostale osobe
- O kao osjetljivost – definira se kao najnegativnija osobina hipersenzibilnosti; za razliku od osoba koje nisu preosjetljive, osobe toga tipa je puno lakše povrijediti zbog osjetljivosti na podražaje niskog intenziteta
- E kao empatija i emocije – stavljanjem potreba drugih ispred vlastitih, osobe visoke osjetljivosti imaju pojačanu empatiju i puno više pažnje posvećuju vlastitim emocijama nego ostali
- S kao suptilnost – takve osobe mogu na neverbalan način primijetiti neke stvari i znakove, imaju jako izraženu intuiciju te se često opisuju kao osobe s izraženim osjetilom.

Prema Brazeltonu (1969) preosjetljivost se može povezati s prenatalnim stresom i preranim rođenjem. Što je takav podražaj jači, vrlo je moguće da će reakcija biti veća i izraženija. Prerano rođeno dijete ili dijete koje je bilo izloženo nekom drugom stresu, sposobno je odjednom primiti i reagirati na samo jednu vrstu podražaja – dodir ili glas ili lice ili dizanje na nečije ruke i to uz vrlo pažljivo prilagođavanje djetetovim reakcijama (Brazelton, 1969: 312). Takva djeca mogu biti preosjetljiva na različite podražaje – taktilne, vidne, slušne, kinetičke, njušne i/ili okusne. Zbog preosjetljivosti na različite podražaje takvo dijete može imati poteškoće u stvaranju bliskosti – ono se može ukočiti kada ga se pokuša utješiti ili može početi drhtati te odvrćati pogled kod pokušaja komunikacije.

Organski uzrok preosjetljivosti je tjelesno oštećenje mozga koje se može javiti upravo zbog preranog rođenja. Vrlo je važno da se takvo dijete postupno uključuje u svijet koji ga okružuje. Oporavljajući se od preranog dolaska na svijet, dijete uči razumjeti i reagirati na podražaje bliskih osoba. Aron (1996) ističe da je hipersenzibilnost osobina koja se može pretvoriti u dar ako se iskoristi na najbolji mogući način. Jedan od ključnih faktora su roditelji koji imaju zadatak razumjeti uzroke problema i pružati toplinu djetetu koje ima problem u uspostavljanju odnosa zbog osjetljivosti. Brazelton (1969) navodi da osjećaj neuspjeha i ljutnje jako utječe na toplinu koju ta osoba pruža djetetu kroz brigu i igru.

3.2.3 Poteškoće u razvoju motoričkih vještina

Prema Starc i sur. (2004) razvoj motorike prati se kroz djetetove razvojne faze koje se očituju u kretanju, baratanju predmetima i usavršavanju držanja tijela. Brazelton (1969) ističe kako se poteškoće u razvoju motoričkih vještina kod prijevremeno rođene djece javljaju zbog nerazvijenosti, tj. nezrelosti organa pri rođenju. Prijevremeno rođena djeca započinju svoj motorički razvoj još dok su u inkubatoru, stoga je važno pružiti im podršku koja će potaknuti njihov rani razvoj te smanjiti mogućnost poteškoća u samom razvoju motoričkih vještina. Dok se djetetov sustav nastoji oporaviti od preranog rođenja, takvo dijete osjetljivo je na različite podražaje i fizički krhko. Brazelton (1969) navodi kako se nezrelost djetetove motorike očituje kroz brojne spontane pokrete, slabi mišićni tonus te nekontrolirane trzajne pokrete do kojih dolazi nakon svakog podražaja, čak i u neočekivanim trenucima.

Prema Brazeltonu (1969) dijete koje ima poteškoće u motoričkom razvoju češće plače, izbjegava dodire i poglede te uzvraća negativnim reakcijama. Kako djetetov motorički sustav bude napredovao, ono će više pažnje posvećivati podražajima koji će duže trajati. Djetetu treba dati dovoljno prostora i vremena da samostalno nauči napredovati te uz napredovanje razvije osjećaj neovisnosti te mogućnost samostalnog djelovanja. Brazelton (1969) navodi da, iako prijevremeno rođeno dijete može imati zaostajanja u vidu motoričkih sposobnosti, ono može svladati svoj problem tako što će isticati svoje jače strane. Djeca rođena prije vremena mogu kasniti u razvoju grubih motoričkih vještina poput sjedenja, puzanja i hodanja u usporedbi s djecom rođenom u terminu. Također, može im biti usporen i fini motorički razvoj pa mogu imati poteškoće s hvatanjem sitnih predmeta i drugim motoričkim zadacima. Brazelton (1969) navodi kako su bolji ishodi onda kada se te poteškoće što ranije prepoznaju i što se ranije pronađe odgovarajući način pružanja podrške i intervencije.

Motorički razvoj prijevremeno rođene djece može se također poticati kroz aktivnosti prilagođene najranijoj razvojnoj dobi, kao što su igre koje uključuju manipuliranje predmetima te istraživanje sigurne okoline. Brazelton (1969) navodi da je destruktivno kada roditelji uspoređuju napredak takve djece s napretkom djeteta rođenoga u terminu te da je važno pažljivo se usredotočiti na individualni razvoj djeteta. Omogućavajući prerano rođenoj djeci aktivno istraživanje, ona mogu postići važan i ključan napredak u vidu razvoja motoričkih vještina uz pažljivu i razvojno prilagođenu podršku okoline.

3.2.4 Poteškoće s pažnjom i učenjem

Prema Brazelton (1969) jedni od najčešćih problema u kasnijem razvoju prijevremeno rođene djece su poteškoće u učenju i pažnji. Prilikom rođenja djeteta mozak je svojom strukturom (u odnosu na sve ostale tjelesne organe) najsličniji odrasloj dobi. U prve dvije godine života mozak više puta poveća svoju veličinu zbog masovnog stvaranja sinapsa, a prijevremeno rođena djeca u odnosu na djecu rođenu u terminu mogu imati kašnjenja u tom procesu razvoja. Zbog toga se mogu javiti poteškoće u učenju, problemi s pažnjom i ostali neurološki problemi. Djeca rođena u terminu imaju manji rizik od neuroloških problema jer je mozak imao dovoljno vremena za razvoj u maternici.

Vasta i sur. (1998) navode kako djeca koja se prerano rode mogu imati slabiju pažnju i lošije pamćenje tijekom prve godine života u odnosu na djecu koja su rođena u terminu. Većina djece do sedme godine obično dostiže razinu učenja i pažnje koja im je potrebna u školi. Prema Vasta i sur. (1998) jedan od čimbenika koji može utjecati na poteškoće u učenju i pažnji pri preranom rođenju djeteta je socioekonomski status obitelji. Nedonoščad imućnih obitelji uzrasta od dvije do tri godine više se ne razlikuju od djece koja su rođena u terminu. Razlike između te djece nisu vidljive zbog manjeg stresa u životu roditelja koji žive u povoljnijim uvjetima. Primjerice, oni mogu djetetu lakše priuštiti usluge psihologa i zdravstvenih stručnjaka, što je iznimno bitno. Vasta i sur. (1998) navode kako se poteškoće s učenjem i pamćenjem mogu smanjiti sa smanjenjem stresa u kojemu su roditelji više emocionalno dostupni djeci te bolje toleriraju negativna ponašanja djece.

3.3 Temperament

Berk (2015) navodi da se temperament može definirati kao stabilna individualna razlika u brzini i intenzitetu emocionalne pobuđenosti, pažnje i motoričke aktivnosti. S jedne strane, djetetov temperament može djelovati kao zaštita od negativnih posljedica stresa u obiteljskom okruženju, dok s druge strane može povećati vjerojatnost razvoja psiholoških problema. Prema *Priručniku za stručno usavršavanje odgajatelja* (1999) Chess, Thomas i Birch predstavljaju tri različite grupe temperamenta kod djece koje nazivaju: dijete lakog temperamenta, dijete teškog temperamenta i suzdržano dijete. Najveći broj djece ima laki temperament. Dijete lakog temperamenta lako se prilagođava na promjenu, većinom je pozitivnoga raspoloženja te su mu reakcije blage. Grupa djece teškog temperamenta zahtijeva stalno prisustvo roditelja. Karakteristike te grupe su negativno reagiranje na nove podražaje, povlačenje, sporo prilagođavanje te intenzivno reagiranje. Dijete suzdržanog temperamenta opisuje se kao kombinacija djeteta lakoga i teškoga temperamenta. To dijete na nove podražaje reagira niskim intenzitetom, no negacijom i povlačenjem. Brazelton (1969) ističe kako se novim situacijama polako prilagođava, no ukoliko ga prisiljavaju na brzo prilagođavanje utoliko će se ono povući.

Iako svaka osoba ima drugačiji temperament, roditeljski postupci mogu značajno utjecati na modificiranje temperamenta djeteta. Roditeljima u navikavanju na njihovo dijete može pomoći promatranje intenziteta djetetova ponašanja, njegova praga za korisne podražaje i njegova motoričkog stila, samostalnosti i načina samosmirivanja (Brazelton, 1969: 86). Kada dijete više ne treba zaštitu roditelja, teško se odriče roditeljske zaštite te se mora naučiti razvijati samostalno, korak po korak. Nadalje, vrlo je važno da roditelji ne uspoređuju dijete koje se rodilo prije vremena s ostalom djecom. Ako roditelji uspoređuju dijete s ostalom djecom rođenom u terminu, javljaju se strahovi i zabrinutost roditelja razvija li se dijete prema razvojnim očekivanjima karakterističnima za njegovu trenutnu dob. Upravo djetetov temperament i njegove reakcije najbolji su pokazatelj i rješenje za strahove i zabrinutost roditelja zbog preranog rođenja.

Prema Berk (2015) djeca aktivno sudjeluju u vlastitom razvoju, a njihov temperament ima značajan utjecaj na njihovo socijalno funkcioniranje. Roditelji prijevremeno rođene djece trebali bi izbjegavati pretjeranu osjetljivost, pružati podršku i postavljati jasna očekivanja djetetu. Kada se takvi odgojni uvjeti i djetetov temperament usklade, to dovodi do smanjenja vjerojatnosti za razvijanje teškog temperamenta koji može dovesti do emocionalnih i socijalnih poteškoća.

Berk (2015) navodi da se genetski utjecaj počinje isticati u kasnijem djetinjstvu, međutim, okolina ima utjecaj na temperament već u prvim danima života djeteta. Stalna nutritivna i emocionalna deprivacija može izrazito promijeniti temperament i dovesti do neadaptivne emocionalne reaktivnosti (Wachs i Bates, 2001: prema Berk, 2015). Tako djeca koja provode prve dane svoga života u inkubatorima na odjelu neonatologije i intenzivne skrbi mogu vrlo lako biti izložena stresu te nisu u mogućnosti u većini slučajeva regulirati svoje emocije, imaju slabe kontrole impulsa, a vrlo često reagiraju ljutnjom. Na taj način, kako navodi Berk (2015), nasljeđe i okolina zajedno doprinose temperamentu.

Nygaard, Smith i Torgersen (2002) navode da prijevremeno rođena djeca imaju znatno nižu razinu aktivnosti tijekom dojenačke dobi u odnosu na djecu rođenu u terminu, često su razdražena, duže im treba da se počnu osmjehivati i potrebno im je dvostruko više vremena za napredak. Također, prijevremeno rođena djeca imaju više izljeva bijesa od treće do četvrte godine života, manje su društvena, više su osjetljiva na svoju majku i nervozniji su. Sve je to odraz njihovog temperamenta koji se može definirati kao teži temperament. Kada prijevremeno rođeno dijete odrasta u okolini koja je pozitivna i daje podršku djetetu u razvoju, težina djetetova temperamenta će se smanjiti. Berk (2015) ističe da, kada su roditelji pozitivni i osjetljivi, težina temperamenta se smanjuje do druge ili treće godine djetetova života. Zato je vrlo važno da se odgojni uvjeti i djetetov temperament usklade rano, prije nego nepovoljni odnosi temperamenta i okoline dovedu do neprilagođenosti. Prema Berk (2015) djeca teškog temperamenta i sramežljiva djeca najbolje se razvijaju uz roditelje koji postavljaju jasne zahtjeve za savladavanje novih iskustava.

3.4 Privrženost

Prema Berk (2015) privrženost je snažna emocionalna veza koju imamo s nama posebnim ljudima u životu. Ona pruža ugodu i radost kad smo s njima u interakciji, dok s druge strane, u trenucima stresa i tuge njihova nas blizina može utješiti. Privrženost se, prema Vasta i sur. (1998), razvija kroz tri faze. Prva faza je faza nediskriminativnih socijalnih reakcija koja traje od rođenja djeteta do drugog mjeseca života, a opisuje ju bliskost prema majci (kroz vokaliziranje) te zanimanje djeteta za osobe u njegovu bližem okruženju. Nakon faze nediskriminativnih socijalnih reakcija javlja se faza diskriminativnih socijalnih reakcija. Ta faza se javlja od drugog do sedmog mjeseca djetetova života i tu se očituju razlike u djetetovom ponašanju kada je u blizini poznata ili nepoznata osoba. Tada je dijete sposobno ostvariti

primarnu privrženost s osobama s kojima ostvaruje svakodnevni kontakt. Posljednja faza razvoja privrženosti javlja se u osmom mjesecu života i traje do druge godine. Ta faza zove se faza usmjerene privrženosti, a opisuje ju djetetov strah od nepoznatih osoba i privrženost roditelju/skrbniku kao mjestu gdje se dijete osjeća sigurno.

Vrlo je važno da dijete razvije sigurnu privrženost. Prijevremeno rođeno dijete koje je svoje prve dane ili mjesec života provelo u intenzivnoj skrbi može imati poteškoće u razvoju sigurne privrženosti. Takvo dijete teže će uspostaviti blizak odnos s primarnim skrbnikom, biti će manje samopouzđano, prilikom odvajanja od roditelja teško će prihvatiti odvajanje, izražavat će negodovanje, ali neće imati strah od nepoznatih osoba. Ainsworth, Blehar, Waters i Wall (2015) navode da djeca koja su uspjela razviti siguran tip privrženosti imaju veću tendenciju za istraživanjem i eksperimentiranjem jer su svjesni prisutnosti roditelja te njihove podrške.

4. RODITELJI PRIJEVREMENO ROĐENE DJECE

Lopthrop (1995) ističe da prerano rođenje djeteta predstavlja velike izazove za roditelje koji se još nisu počeli pripremati za dolazak djeteta. Ne postoje roditelji prijevremeno rođene djece koji nisu barem jednom osjetili osjećaj krivnje zbog preranog rođenja. Iako je u većini slučajeva vrlo teško ustanoviti siguran uzrok preranog rođenja, roditelji razmišljaju o tome da su upravo oni mogući krivci za sam prijevremeni porod.

Lopthrop (1995) ističe da roditelji imaju ključnu ulogu u njezi i oporavku djeteta koje se nalazi na odjelu neonatologije. Postoje razni načini uključivanja roditelja u njegu i skrb djeteta u neonatološkoj jedinici, a neki od njih koje navode autori su: sudjelovanje u presvlačenju, hranjenju i smirivanju djeteta, razumijevanje i učenje o dijagnozi djeteta, kontakt s djetetom „koža na kožu“ i slično. Iako boravak djeteta u neonatološkoj jedinici može biti vrlo stresan kako za dijete tako i za roditelje, autori Higgins i Humphrey (2015) navode da je vrlo važno uspostaviti emocionalnu sigurnost sa stručnim osobljem neonatologije. Ona uključuje savjetovanje i razgovor s profesionalnim terapeutima, komunikaciju s osobljem koja uključuje otvoren razgovor te podršku roditelja koji su prošli ista ili slična iskustva. Također se navodi da roditelje treba poticati da svakodnevno dolaze na odjel za nedonošćad i sudjeluju u hranjenju, presvlačenju i milovanju svog djeteta.



⁴Slika 4. *Izrazito malo nedonošće siše na grudima*

⁴Slika 4. <https://www.breastfeeding.asn.au/resources/breastfeeding-your-premature-baby>

Za povezanost majke s prijevremeno rođenim djetetom vrlo je važno stavljanje djeteta na majčina prsa već u prvima danima života, ukoliko dijete nema većih zdravstvenih teškoća koje zahtijevaju posebnu medicinsku opremu. Lophrop (1995) navodi da, ako dijete leži na grudima majke ili oca, titraji njegova disanja prenose se na dijete i tako utječu na njegovo disanje. Takvi kontakti koji uključuju stavljanje djeteta na grudi i prsa ublažavaju osjećaj straha prijevremeno rođenoga djeteta kod razdvajanja. Veza se može produbiti i ako majka uspije staviti svoje dijete na prsa te kada ono počne sisati. Prema Lophrop (1995) i najmanja djeca, bez obzira na njihovu težinu, mogu sisati na grudima svoje majke.

Kada se pravilno (prema uputama zdravstvenih djelatnika) postupa s prijevremeno rođenim djetetom, tada dijete može biti nekoliko sati na dan s roditeljima koji mu pružaju sigurnost i toplinu.

„Imam osjećaj da je moje dijete cijelim svojim bićem osjetilni organ i da prima moju blizinu, ljubav i moje otkucaje srca – sve fiziološke stvari – ali i da prima moje osjećaje. Divna je to veza za mene, ali i za maloga.“ – iskaz majke prema Lophrop (1995: 260).

Vrlo je važno da roditelji takvome djetetu pružaju najbolju moguću skrb kako bi ono ostvarilo najbolje moguće razvojne ishode. Sears i sur. (2014) navode da je dolazak kući nakon dugog boravka prijevremeno rođenoga djeteta u bolnici vrlo zahtjevan zbog informacija potrebnih za postupanje s takvim djetetom. Dolaskom kući kod roditelja se javljaju novi osjećaji:

- olakšanje
- anksioznost
- zaštita
- umor.

Svaka promjena doprinosi razvoju novih osjećaja. Dolaskom kući roditelji će prvo osjetiti olakšanje. Olakšanje u vidu toga da imaju svoje nedonošče kraj sebe i da nema više potrebe za odlaskom u bolnicu kako bi vidjeli svoje dijete. Nadalje, nakon nekog vremena može se javiti anksioznost i zaštita zbog straha vezanog uz zdravlje djeteta i odsustvo medicinskog osoblja. Zbog straha i brige o najboljoj mogućoj dobrobiti djeteta javlja se umor. Prema Lophrop (1995) umor se javlja upravo zbog stalnog nadgledanja djeteta kada su roditelji sami s djetetom kod kuće.

Najvažnije od svega je pružiti prijevremeno rođenome djetetu ljubav, sigurnost i toplinu. Kada su ti osjećaji zadovoljeni i dijete će biti zadovoljno. No, važno je i da ostale rutinske potrebe budu zadovoljene. O tim potrebama do sada su u bolnici brinuli zdravstveni djelatnici, a sada trebaju roditelji. Oni uključuju hranjenje, presvlačenje, vaganje i provjeravanje vitalnih znakova. Eisenberg, Murkoff i Hathaway (2002) ističu da se roditelji često pitaju kako će se oni snaći bez medicinskog osoblja kod kuće, ali ih medicinsko osoblje dobro pripremi te ih uvjeri da kući ne šalju djecu kojima je potrebna stručna medicinska skrb.

Kako navode Sears i sur. (2014), jedan od problema s kojim se suočavaju roditelji prijevremeno rođenog djeteta je taj što se trudnoća prekida na neočekivan način te se roditelji moraju na brz i neuobičajen način prilagoditi novim okolnostima. Kada roditelji nakon rođenja djeteta shvate da je jedino bitno da dijete prođe najranjiviju fazu preranog rođenja, počinje briga o tome hoće li dijete „normalno“ funkcionirati i hoće li imati kakve psihološke posljedice zbog preranog rođenja.

Brazelton (1969) navodi kako roditelji prerano rođene djece neprekidno uspoređuju dijete s djecom svojih prijatelja i tako pronalaze nedostatke. Vrlo je važno da roditelji promatraju svoje dijete na svojstven način i da se na takav način dijete razvija. Nadalje, Brazelton (1969) navodi kako će nedonošče vrlo vjerojatno imati sporiji razvojni put zbog napora koji iziskuje organizacija tako krhkog živčanog sustava. Kada jednom dođe do „jačanja“ živčanoga sustava, djetetov će mozak napredovati i dijete će početi nadoknađivati.

Unatoč tome što većina prijevremeno rođene djece s vremenom uspije razviti normalne sposobnosti, postoje neki izazovi s kojima se ostala nekolicina djece suočava. Eisenberg, Murkoff i Hathaway (2002) navode da je prerano rođenom djetetu vrlo važno osigurati najbolju moguću skrb kako se ne bi razvili neki od zdravstvenih problema, a u vidu toga i razmišljati o tome da se prijevremeni porođaj može spriječiti osiguranjem najboljih mogućih uvjeta prije samoga rođenja. Čak i ako je dijete rođeno bez ikakvih zdravstvenih komplikacija, još neko vrijeme očekuje se da će zaostajati za drugom djecom njegove dobi. Stoga se prijevremeno rođena djeca uspoređuju s djecom njegove korigirane dobi. Napredak takvog djeteta predstavlja normalan tijek razvoja iako će dijete zaostajati u raznim područjima razvoja (u odnosu na djecu njegove dobi), naročito u području motoričkog razvoja.

5. ZAKLJUČAK

Za razliku od djece rođene u terminu koja su prve dane provela kod kuće i nastavila se tamo razvijati u obiteljskom okruženju gdje se osjećaju sigurno i voljeno, većina prijevremeno rođene djece svoje je prve dane života provela u već navedenim uvjetima u bolnici. Zbog toga mogu pokazivati različite psihološke osobine koje zahtijevaju posebnu pažnju i podršku. Ukoliko se prijevremeno rođena djeca uspoređuju s djecom rođenom u terminu, utoliko može doći do osjećaja nesigurnosti u dijete zbog neuklapanja u očekivane standarde. Uz podršku stručnjaka, kao i samih roditelja, većina prijevremeno rođene djece može prevladati izazove i postići optimalan psihološki razvoj. Vrlo je važno osigurati takvome djetetu najbolje moguće životne i razvojne uvjete kako bi ono moglo u budućnosti ostvariti svoj puni razvojni potencijal.

LITERATURA

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., i Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aron, E. N. (1996). *The Highly Sensitive Person: How to Thrive When the World Overwhelms You*. Broadway Books.
- Berk, L. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Berk, L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
- Brazelton, B. (1969). *Vaše dijete*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Eisenberg, A., Hathaway, S. E., i Murkoff, H. E. (2002). *Što očekivati prve godine*. Zagreb: V.B.Z.
- Higgins, A., i Humphrey, S. (2015). *NICU Journal: A Parent's Journey*. American Academy of Pediatrics.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ]. (2023). Međunarodni dan svjesnosti o prijevremenom rođenju. Preuzeto 10. 6. 2024.: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/medunarodni-dan-svjesnosti-o-prijevremenom-rodenju-2023-g/>
- Lopthorp, H. (1995). *Sve o dojenju*. Zagreb: Educa.
- Loyola University Health System. (2015). Evidence that premature girls thrive more than premature boys. *ScienceDaily*. Preuzeto 10. 6. 2024.: <https://www.sciencedaily.com/releases/2015/04/150428151510.htm>
- Milardović, A., Bilić Čače, I., i Smrkulj, D. (2021). Dugoročne komplikacije prijevremenog rođenja. *Medicina Fluminensis*, 57 (3), 228-235. https://doi.org/10.21860/medflum2021_261183
- Neuman, R. J., Lobos, E., Reich, W., Henderson, C. A., Sun, L. W., i Todd, R. D. (2007). *Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype*. Biological psychiatry.
- Nygaard, E., Smith L., i Torgersen, A. M. (2002). Temperament in children with Down syndrome and in prematurely born children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 61-71

- Priručnik za stručno usavršavanje odgajatelja (1999). Temperament male djece. *Dijete, vrtić, obitelj*, 5 (18-19), 10-12. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/183801>
- Ričković, V., i Ladika, M. (2021). Mentalno zdravlje djece i adolescenata: prevalencija i specifičnosti mentalnih poremećaja. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 17 (56), 32-38. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/299153>
- Sears, W., Sears, R., Sears, J., i Sears, M. (2014). *Njega i zdravlje nedonoščadi*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Starc, B., Čudina Obranović, M., Pleša, A., Profaca, B., i Letica, M. (2004). *Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi: PRIRUČNIK za odgojitelje, roditelje i sve koji odgajaju djecu predškolske dobi*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga.
- Svjetska zdravstvena organizacija [WHO]. (2023). *Preterm birth*. Preuzeto 10. 6. 2024.: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Vasta, R., Haith, M. M., i Miller, S. A. (1998). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Wechsler Linden, D., Trenti Paroli, E., i Wechsler Doron, M. (2000). *Preemies: The Essential Guide for Parents of Premature Babies*. Pocket Books.
- Yong, S., i Bramham, J. (2012). *Cognitive Behaviour Therapy for ADHD in Adolescents and Adults: A Psychological Guide to Practice*. UK: Wiley-Blackwell.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojega rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)