

Problemi spavanja djece predškolske dobi: uloga roditeljskih ponašanja i roditeljskih kompetencija

Bilobrk, Anamarija

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:897478>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-09**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Anamarija Bilobrk

**Problemi spavanja djece predškolske dobi: uloga roditeljskih
ponašanja i roditeljskih kompetencija**

Diplomski rad

Rijeka, 2017.

Sveučilište u Rijeci

Filozofski fakultet u Rijeci

Diplomski studij psihologije

Anamarija Bilobrk

**Problemi spavanja djece predškolske dobi: uloga roditeljskih
ponašanja i roditeljskih kompetencija**

Diplomski rad

Mentor: dr.sc. Tamara Martinac Dorčić, docent

Rijeka, 2017.

IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentora *dr.sc. Tamare Martinac Dorčić*.

Rijeka, srpanj, 2017.

SAŽETAK

San u djece ima važnu ulogu poticanja i pomaganja razvoja djeteta. Iz tog razloga važno je uvidjeti kada djeca imaju određenih problema sa spavanjem i prepoznati što je to što utječe na pojavu problema spavanja. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati u kojoj mjeri roditeljska ponašanja, osjećaj roditeljske kompetencije i interakcija između roditelja i djece prije spavanja predviđaju probleme sa spavanjem u djece predškolske dobi. U istraživanju je sudjelovalo 409 roditelja, tj. 402 majke i 7 očeva, ciljne skupine djece u starosti od 3 do 6 godina, s prosječnom dobi od 4,4 godine. Korištena su četiri upitnika kojima su roditelji procjenjivali svoja roditeljska ponašanja (*The Parenting Behaviours and Dimensions Questionnaire*), interakcije sa svojom djecom u vrijeme odlaska na spavanje (*Parent-Child Sleep Interactions Scale*), osjećaj vlastite samoeфикаsnosti u roditeljskoj ulozi (Skala roditeljske samoeфикаsnosti), te probleme spavanja u djece (*Children's Sleep Habits Questionnaire*). Rezultati istraživanja pokazuju da interakcija između roditelja i djece prije spavanja značajno doprinosi objašnjenju problema spavanja djece, kao i faktor roditeljske samoeфикаsnosti. Sva tri faktora interakcija pokazala su statistički značajan doprinos u objašnjenju problema spavanja djece. To znači da interakcije prije spavanja između roditelja i djeteta, koje uključuju više konflikata, te ponašanja koja ukazuju na veću zavisnost spavanja i iskazivanje onih ponašanja koja potkrepljuju spavanje, utječu na pojavu više problema spavanja u djece. Što se tiče faktora samoeфикаsnosti, kada se roditelji osjećaju manje efikasno, tada njihova djeca imaju više problema spavanja. Povrh doprinosa interakcija roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje, roditeljska ponašanja nisu pokazala značajan doprinos u objašnjenju problema spavanja.

Ključne riječi: *problemi spavanja djece predškolske dobi, interakcije između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje, roditeljska ponašanja, roditeljska samoeфикаsnost*

SUMMARY

Sleep problems in preschool-aged children: the role of parental behaviour and parental competence

Sleep has a very important role, especially among young children- it encourages and helps in a child's development. Because of that, it is important to recognize when children have problems with sleep, to establish what is affecting their sleep and why did sleep problems appear. The goal of the study was to examine to what extent sleep interactions between child and parent, the parents' behavior and parents' competence predict and explain sleep problems among preschool-aged children. The study included 409 parents (402 mothers and 7 fathers) of children aged from 3 to 6 years old with the average age of 4,4 years. Parents assessed their own behavior (*The Parenting Behaviour and Dimensions Questionnaire*), interactions with their children during bed time (*Parent-Child Sleep Interactions Scale*), to what extent did they feel competent in the role of a parent (*Skala roditeljske samoefikasnosti*) and sleep problems in children (*Sleep Habits Questionnaire*). Results showed that parent and child sleep interactions and parental competence significantly contribute to the explanation of sleep problems among children. All three interaction factors proved to be significant in the explanation of sleep problems in children. Parent and child sleep interactions which include more conflict, more sleep dependence and more sleep reinforcement cause more sleep problems in children to occur. When parents feel less competent in their role as a parent, then their children have more sleep problems. Parental behavior didn't significantly contribute in explaining sleep problems in children after controlling for parent and children sleep interaction.

Key words: *sleep problems in preschool-aged children, parent and child sleep interactions, parents' behavior, parents' competence*

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Spavanje / san.....	1
1.1.1. Faze sna.....	1
1.1.2. Razvoj spavanja.....	2
1.1.3. Problemi tj. poremećaji spavanja.....	3
1.1.3.1. Disomnije.....	4
1.1.3.2. Parasomnije.....	6
1.1.4. Važnost ispitivanja problema spavanja.....	8
1.1.5. Mjerenje spavanja i problema spavanja.....	9
1.1.6. Faktori koji utječu na pojavu problema spavanja.....	11
1.2. Roditeljska ponašanja u odgoju djece.....	12
1.2.1. Tipologija roditeljskih stilova.....	13
1.2.2. Utjecaji roditeljskih stilova na ishode kod djece.....	15
1.2.3. Stilovi roditeljstva ili dimenzije?.....	16
1.2.4. Ponašanja i dimenzije suvremenog roditeljstva.....	17
1.3. Interakcije između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje.....	18
1.3.1. Večernji rituali ili rutine.....	20
1.3.2. Strategije smirivanja i uspavlivanja djece.....	22
1.4. Roditeljska samoefikasnost.....	24
1.4.1. Razvoj roditeljske samoefikasnosti.....	24
1.4.2. Shvaćanje roditeljske samoefikasnosti.....	25
1.4.3. Važnost roditeljske samoefikasnosti.....	26
1.4.4. Roditeljska samoefikasnost i ishodi kod djece.....	27
1.5. Roditeljska ponašanja, roditeljska samoefikasnost i problemi spavanja djece.....	28
1.6. Cilj istraživanja.....	30

2.	Problem(i) rada i hipoteze.....	31
2.1.	Problemi rada.....	31
2.2.	Hipoteze.....	31
3.	METODA	32
3.1.	Sudionici.....	32
3.2.	Instrumentarij.....	32
3.2.1.	Upitnik roditeljskih ponašanja i dimenzija.....	33
3.2.2.	Skala interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje	35
3.2.3.	Skala roditeljske samoefikasnosti	36
3.2.4.	Upitnik problema spavanja djece	36
3.3.	Postupak.....	37
4.	REZULTATI.....	38
4.1.	Izraženosti problema spavanja kod djece	38
4.2.	Analiza interakcije roditelja i djece prije spavanja.....	39
4.3.	Analiza roditeljskih ponašanja.....	40
4.4.	Ispitivanje spolnih razlika u problemima spavanja	40
4.5.	Povezanost ispitanih varijabli s javljanjem problema spavanja kod djece	41
4.6.	Hijerarhijska regresijska analiza.....	42
5.	RASPRAVA	45
5.1.	Izraženost problema spavanja.....	45
5.2.	Interakcije roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje	45
5.3.	Roditeljska samoefikasnost	48
5.4.	Roditeljska ponašanja i dimenzije	49
5.5.	Prednosti, nedostaci, implikacije istraživanja.....	51
6.	ZAKLJUČAK	53
7.	LITERATURA	54
8.	PRILOZI	1

1. UVOD

1.1. Spavanje / san

San ima vrlo bitnu ulogu za dobrobit svakog pojedinca kroz čitav životni vijek (NIH, 2012). Dovoljno kvalitetan san štiti naše mentalno zdravlje, fizičko zdravlje i općenito utječe na kvalitetu našeg života. Tokom sna naše tijelo samo na oko miruje, ali ono zapravo radi tako što održava funkcije mozga zdravima i održava naše fizičko zdravlje. Kod djece i adolescenata san ima još jednu dodatnu bitnu funkciju, a to je da potiče i pomaže njihovom rastu i razvoju (NIH, 2012). Možemo zaključiti kako je dovoljna količina sna itekako važna za djecu, adolescente i odrasle. No, dovoljna količina sna može biti poremećena i prekinuta problemima sa spavanjem što je čest problem u djece.

Kako bismo sagledali i razumjeli probleme spavanja u djece prvo je potrebno shvatiti kako funkcionira spavanje, koja je njegova arhitektura, koji je tipičan slijed razvoja normalnoga obrasca spavanja od dobi novorođenčeta pa do odrasle dobi, što će biti prikazano u naredna dva poglavlja. Zatim prelazimo na definiranje problema spavanja, što utječe na njihovu pojavu, zašto je važno ispitati te probleme i usmjeriti svoju pažnju prema njima, te kako se mjeri spavanje i određuju problemi spavanja.

1.1.1. Faze sna

Arhitektura spavanja temelji se na prepoznavanju dviju različitih faza spavanja (Owens i Witmans, 2004). To su REM faza i ne REM faza spavanja. Ne-REM spavanje je period relativno niske moždane aktivnosti tokom koje se aktivno odvijaju regulatorni procesi mozga i očuvani su pokreti tijela. Ne-REM spavanje dijeli se u 4 faze. Prva faza se događa tijekom prelaska iz budnosti u san, te se često naziva lakim snom. Druga faza se često smatra početkom pravog sna, dok su treća i četvrta faza znane kao duboki san. Tokom zadnje dvije faze najteže je probuditi osobu. REM faza sna je fiziološki i mentalno vrlo aktivno stanje, za razliku od Ne-REM sna (Adair i Bauchner, 1993). Za ovu fazu sna karakteristična je paraliza tj. smanjen mišićni tonus tijela, visoka razina moždane aktivnosti, što je povezano sa sanjanjem, nepravilnim disanjem i otkucajima srca i epizodama brzog pomicanja očiju što je ključno obilježje ove faze.

Ne-REM i REM faze sna izmjenjuju se tijekom noći u ciklusima od oko 90 do 110 minuta (Owens i Witmans, 2004). Kod novorođenčeta ti ciklusi traju 50 minuta te se postupno produljuju kroz djetinjstvo sve do navedene duljine karakteristične za odrasle osobe. Kratko

buđenje često se događa na kraju svakog ciklusa sna. Nakon tog kratkog buđenja uobičajeno slijedi brzi povratak spavanju i tako započinje novi ciklus spavanja. Relativne proporcije REM i ne-REM spavanja mijenjaju se kroz noć, tako što ne-REM faza dominira u prvoj trećini noći, dok se REM faza odvija u zadnjoj trećini (Owens i Witmans, 2004).

1.1.2. Razvoj spavanja

Razvoj sposobnosti spavanja djeteta odvija se u dosta predvidljivome smjeru. San tj. spavanje esencijalna je funkcija našega organizma koja je fiziološki potaknuta, socijalno oblikovana, a karakteristike spavanja značajno se mijenjaju rastom i sazrijevanjem djeteta od dobi novorođenčeta do odrasle dobi (Adair i Bauchner, 1993).

Velike epidemiološke studije podupiru nekoliko općenitih trendova koji se događaju prilikom razvoja normalnoga sna tijekom djetinjstva (Owens i Witmans, 2004). Jedan od tih trendova jest taj da se trajanje prosječne količine spavanja unutar 24 sata smanjuje od razdoblja novorođenčeta do razdoblja adolescencije. Drugi trend jest taj da uzorak spavanja i budnosti postaje dosta neregularan, primjerice, razlika je u odlasku na spavanje i vremenu buđenja tijekom školskih tj. radnih dana i preko vikenda, u razdoblju od srednjeg djetinjstva te kroz adolescenciju. Treći trend je pomak prema sve kasnijim odlascima na spavanje, koji se počinje očitovati u srednjem djetinjstvu, a povećan je u ranoj i srednjoj adolescenciji (Owens i Witmans, 2004).

Novorođenčad u starosti od 0 do 2 mjeseca spava 16 do 20 sati od 24 sata (CCCH, 2017). Djeca koja su rođena ranije od termina mogu spavati još i dulje. U prvim tjednima djeca spavaju i kroz dan i noć bez određenih obrazaca spavanja koji bi činili razliku između dana i noći (CCCH, 2017). Periodi spavanja tijekom prva tri mjeseca traju od 3 do 4 sata (Owens i Witmans, 2004). San je podijeljen u jednakom omjeru lakog i dubokog sna. Lak san se odvija na početku ciklusa spavanja, a takvo obilježje sna može doprinijeti noćnim buđenjima (CCCH, 2017).

Do šestog mjeseca starosti produžuju se periodi spavanja, koji sada traju od 6 do 8 sati (Owens i Witmans, 2004). Djeca u starosti od 2 mjeseca pa do 12 mjeseci spavaju 9 do 12 sati svake noći (CCCH, 2017). Prisutno je i spavanje po danu koje može trajati od 2 do 4,5 sati. Ovisno o djetetu, spavanje po danu može biti jedno do 4 spavanja, s time da se smanjuje broj spavanja kako djeca stare. Ta spavanja mogu trajati od pola sata do dva sata. U ovim mjesecima značajno se mijenja obrazac spavanja. Oko trećeg mjeseca starosti smanjuje se

količina lakog sna, te djeca na početku ciklusa spavanja ulaze u dubok san. Do 8 mjeseci starosti djeca se bude svakih 6 do 7 sati, a 60 do 70 posto djece sposobno je samo sebe uspavati tj. samo ponovno zaspati (CCCH, 2017).

Djeca u starosti od 12 mjeseci do 3 godine spavaju 12 do 14 sati u danu (CCCH, 2017). Oko dobi od 18 mjeseci spavanja po danu se smanjuju sa dva na jedno spavanje, u trajanju od 1,5 do 3,5 sati (Owens i Witmans, 2004). Noćni ciklus spavanja konzistentniji je u ovom periodu. Djeca ove starosne skupine imaju poriv za autonomijom i nezavisnosti što može dovesti do povećanog opiranja prilikom odlaska na spavanje (CCCH, 2017). Ali, ujedno dolazi i do separacijske anksioznosti koja također doprinosi opiranju odlaska na spavanje. Vrhunac separacijske anksioznosti dostiže se između 18 i 24 mjeseca starosti, te je često povezan s povećanim noćnim buđenjima (Owens i Witmans, 2004).

Djeca u starosti od 3 do 5 godina spavaju 11 do 12 sati u periodu od 24 sata (CCCH, 2017). Dnevna spavanja smanje se sa jednog popodnevnog spavanja na niti jedno. Ovoj djeci potrebno je postavljeno i određeno, konzistentno vrijeme odlaska na spavanje i vrijeme buđenja ujutro (Owens i Witmans, 2004).

U srednjem djetinjstvu, djeca u starosti od 6 do 12 godina, većina djece spava između 10 i 11 sati (CCCH, 2017). Ovaj period djetinjstva je kritično vrijeme za razvoj zdravih navika općenito i zdravih navika vezanih uz spavanje.

1.1.3. Problemi tj. poremećaji spavanja

Definiranje i operacionalizacija „problematičnog spavanja“ u djece često je vrlo izazovno (Owens i Witmans, 2004). Raspon ponašanja spavanja koja spadaju pod normalno ili patološko je dosta širok, a definicije tih pojmova su često okarakterizirane visokom subjektivnosti onoga tko daje definiciju. Stoga, istraživači problema spavanja uzimaju različite pristupe podjele i razumijevanja problema spavanja. Neki koriste unaprijed određene definicije slabog ili poremećenog sna, kao što je primjerice buđenje po noći koje traje duže od 30 minuta, a do njega dolazi više od tri puta tjedno. Drugi se oslanjaju na usporedbe s normativnom populacijom ili temelje definiciju problema spavanja na tome što roditelji smatraju i prepoznaju kao problem spavanja svoje djece. Treći autori pak pokušavaju uključiti konkretnije dokaze posljedica koje se događaju tijekom dana (kao što su raspoloženje, ponašanje, funkcioniranje u školi, itd.) kako bi definirali značajne probleme spavanja.

Internacionalna klasifikacija poremećaja spavanja (American Academy of Sleep Medicine, 2005; prema Touchette, 2011) grupirala je 84 različita tipa problema spavanja u 4 kategorije, a to su: disomnije, parasomnije, poremećaji spavanja povezani s psihijatrijskim poremećajima i poremećaji spavanja povezani sa zdravstvenim problemima. Problemi i poremećaji spavanja u početku su bili ispitivani kod odraslih osoba, no danas se sve više istraživača bavi ovim problemima u djece, te pokušavaju razumjeti 2 glavna tipa problema spavanja u djece: disomnije i parasomnije (Touchette, 2011).

1.1.3.1. Disomnije

Problemi koji se pojavljuju tijekom procesa odlaska na spavanje nazivaju se disomnije. Teškoće prilikom usnivanja mogu se manifestirati kao protivljenje odlasku na spavanje, odgađanje spavanja, problem s anksioznosti tijekom odlaska na spavanje, kao što su potreba djeteta za prisutnosti roditelja u sobi dok ono ne zaspi, djetetov strah da spava samo ili strah spavanja u mraku (Carno, Hoffman, Carcillo i Sanders, 2003).

Disomnija uključuje poremećaje koje uzrokuju ili insomniju ili pretjeranu pospanost. Dječja insomnija se najčešće očituje kroz poremećaj spavanja koji je izazvan (ne)postavljanjem granica (eng. *Limit setting sleep disorder*, u daljnjem tekstu LSSD) i poremećaj koji uključuje asocijacije usnivanja (eng. *Sleep onset association disorder*, u daljnjem tekstu SOAD) (Thunström, 2002). Ta dva stanja, zajedno još s njihovom kombinacijom, obilježja su bihevioralne insomnije u djetinjstvu (Moore, 2012). LSSD okarakteriziran je teškoćama usnivanja i protivljenjem odlasku na spavanje (Owens i Witmans, 2004). Djeca mogu imati razne zahtjeve kojima se odugovlači odlazak na spavanje, kao što je „Mogu li dobiti još jednu čašu vode“ ili „Pročitaj mi još samo jednu priču“ (Ward, Rankin i Lee, 2007). Produženi i odgođeni početak usnivanja rezultira neprimjerenom ukupnom količinom spavanja. Ovaj problem razvija se zbog roditeljskog neuspjeha ili njihove nevoljkosti za postavljanjem i primjenjivanjem konzistentnih i jasnih pravila i granica prilikom odlaska na spavanje. Doduše, ovaj problem u nekim slučajevima može biti izazvan nekim drugim problemima, npr. medicinskim, koji utječu na to da dijete ima problema prilikom usnivanja. LSSD najčešći je kod djece u dobi od 2 do 6 godina (Adair i Bauchner, 1993).

Drugo stanje se očituje kada djetetovo usnivanje nije upareno s određenim objektima ili setom okolnosti koje pospešuju i potiču djetetovo usnivanje (Thunström, 2002). To drugo stanje se često opisuje i naziva česta noćna buđenja. SOAD je poremećaj koji se najčešće

očituje kod novorođenčadi i manje djece (Moore, 2012). Dakle, kod ovog poremećaja spavanja djeca nauče zaspati samo pod određenim uvjetima tj. samo u prisutnosti određenih asocijacija za spavanje. Tako ne razvijaju sposobnost samostalnog umirivanja i ponovnog usnivanja. Kada se dijete nakratko probudi prilikom završetka jednog od ciklusa spavanja (što je normalno i događa se više puta tijekom noći) ili se možda probudi iz nekog drugog razloga, ono ne može ponovno zaspati ako nema iste uvjete pod kojima je prvotno bilo zaspalo. Tada dijete, plačem ili dolaskom u sobu roditelja, signalizira roditeljima taj svoj problem sve dok roditelji ne učine potrebne radnje uz koje je dijete naviklo zaspati, npr. nošenje na rukama, ljuljanje, hranjenje, itd. (Owens i Witmans, 2004). Asocijacije koje pomažu djetetu da zaspi ili kada se probudi tijekom noći da ponovno samostalno zaspi, smatraju se pozitivnim asocijacijama. Primjeri takvih asocijacija su plišana igračka, deka ili dudu. Negativne asocijacije su one koje zahtijevaju intervenciju od strane roditelja (Moore, 2012). Djeca koja uspiju razviti sposobnost samostalnog umirivanja prethodno su bila stavljena na spavanje budna, ali vrlo pospana i drjevljiva, te su u takvome stanju zaspali i tako i naučili zaspati samostalno bez nekih posebnih roditeljskih uplitanja (Ward i sur., 2007). Noćna buđenja koja su ozbiljnije prirode i više zabrinjavajuća su ona koja se događaju 5 ili više puta tokom tjedna u trajanju dužem od 3 mjeseca, te uključuju i više od 3 buđenja tokom jedne noći, nakon buđenja dijete ostaje budno više od 20 minuta i odlazak u krevet k roditeljima (CCCH, 2017).

Disomnije mogu biti intrinzične ili ekstrinzične, tj. njihov uzrok može biti unutar tijela ili može biti neki vanjski, okolinski uzrok (SleepDisordersGuide, 2017). LSSD i SOAD su primjeri ekstrinzične disomnije. Još jedan primjer ekstrinzične disomnije je neprikladna higijena spavanja. Ovo je najčešći problem spavanja kod djece i adolescenata, koji rezultira nedovoljnom količinom sna djeteta (Moore, 2012). Higijena spavanja podrazumijeva raspored odlaska na spavanje, zdrave navike spavanja i okolinu koja je pogodna za spavanje. Još jedan bitan faktor higijene spavanja je upotreba elektroničkih uređaja u sobi u kojoj dijete spava. Postojanje televizora u dječjoj sobi povezano je s djetetovim teškoćama usnivanja i zadržavanja stanja spavanja (Owens i sur., 1999; prema Moore, 2012).

Primjer intrinzične disomnije je opstruktivna apneja u spavanju (*eng. Obstructive Sleep Apnea*, dalje u tekstu: OSA). OSA se očituje u ponavljajućim epizodama opstrukcije gornjih dišnih puteva (Adair i Bauchner, 1993), tj. dolazi do poteškoća u disanju na nos i kroz usta (Owens i Witmans, 2004). Uz ovaj problem karakteristično je i to da dijete također tijekom sna hrče, teško diše i nemirno spava. OSA se može pojaviti u svim dobnim skupinama, dakle od dobi novorođenčeta pa sve do starosti, no ipak, vrhunac pojave OSA-e u

dobi između 2 i 6 godina zbog veličine krajnika koji su tada veći u odnosu na dišne putove i strukturu lica (Owens i Witmans, 2004).

1.1.3.2. Parasomnije

Parasomnije su epizodična ponašanja koja se događaju noću i koja uključuju kognitivnu dezorijentaciju i smetnje skeletnih mišića (Laberge, Trembly, Vitaro i Montplaisir, 2000; prema Owens i Witmans, 2004). One uključuju abnormalna ponašanja ili fiziološka stanja koja su povezana sa snom ili specifičnim fazama sna ili prelaskom iz stanja budnosti u stanje spavanja (Mindell i sur., 1999; prema Carno i sur., 2003). Prema tome se i klasificiraju u tri tj. četiri različite grupe parasomnija. To su poremećaj buđenja, poremećaj tranzicije san-budnost, parasomnije povezane s REM fazom sna, te ostale parasomnije koje se ne mogu svrstati unutar prethodne tri kategorije. Primjeri tih parasomnija su hodanje u snu, noćni strahovi, pričanje u snu, noćne more, škr gutanje zubima i enerueza (D’Cruz i Vaughn, 2001). Parasomnije su smetnje sna koje obično ne rezultiraju insomnijom ili pospanošću tijekom dana (Mindell, Owens i Carkadon, 1999; prema Ward i sur., 2007). Ova grupa poremećaja spavanja je vrlo česta u male djece te je također često bezopasna po njih (Owens i Witmans, 2004). Epizode parasomnija mogu trajati svega nekoliko sekundi pa sve do 30 minuta, ali većina epizodna ima trajanje u rasponu od 2 do 10 minuta (Mindell i sur., 1999; prema Carno i sur., 2003). Parasomnije mogu biti vrlo uznemirujuće za roditelje. Tijekom epizode parasomnije dijete obično ne prepoznaje roditelje, odbija tješjenje ili je neutješno, a ponašanje je nepovezano i besmisleno (Mindell i sur., 1999; prema Carno i sur., 2003).

Prve dvije kategorije parasomnija okarakterizirane su pojavom djelomične budnosti, tj. stanja polu spavanja i polu budnosti, a do toga dolazi zbog prelaska iz dubokoga sna u lakši san, tj. prelaska iz četvrte faze dubokoga sna u REM fazu spavanja. Osobe koje iskuse parasomnije u ovoj fazi sna nisu svjesne tih događaja te ih se neće sjećati ujutro (Owens i Witmans, 2004). Od ranije nabrojanih parasomnije u ove kategorije spadaju noćni strahovi, hodanje u snu i pričanje u snu.

Noćni strah okarakteriziran je dosta dramatičnim događajima. Prilikom pojave straha dijete se prvotno počinje meškoljiti u snu (ABR, 2017), zatim se iznenada uspravlja i zauzima sjedeći položaj (Carno i sur., 2003), ima širom otvorene oči i gleda u određenom smjeru (ABR, 2017), izgleda prestravljeno, dezorijentirano (Ward i sur., 2007), počinje vrištati (ABR, 2017), a onda se spontano vraća nazad na spavanje (Ward i sur., 2007). Dijete se tijekom cijelog tog vremena doima kao da je budno i pri svijesti, no ono nikako nije budno.

Zbog toga niti neće moći ostvariti neku značajnu interakciju sa svojom okolinom (npr. kada mu se roditelj obraća, ali dijete ne doživljava to) (Adair i Bauchner, 1993) i ujutro se neće sjećati navedenih događaja (Carno i sur., 2003). Dijete može plakati, no neće se probuditi. Najčešće ga nije moguće umiriti, a također može i odbijati da ga se prigrli ili pokuša utješiti (ABR, 2017). Tijekom pojave noćnoga straha dijete manifestira sve tjelesne karakteristike straha: ubrzava se ritam disanja i otkucaji srca, počinje se znojiti, tresu se ruke, lice može biti blijedo ili zacrvenjeno (ABR, 2017). Noćni strahovi se kreću javljati poslije navršenih 18 mjeseci starosti djece, a najčešći su od treće do sedme godine i uglavnom će prestati do djetetove dvanaeste godine (ABR, 2017).

Mjesečarenje ili hodanje u snu sastoji se od sjedenja u krevetu, hodanja ili izvedbe nekih jednostavnih aktivnosti (npr. otvaranje vrata) koja se događaju dok dijete zapravo spava i nema svijesti o tim svim događajima (Adair i Bauchner, 1993). Doduše, dijete koje mjesečari može se činiti izrazito uporno u izvršenju neke radnje, primjerice „bijega“ iz kuće. Takvo ponašanje zahtjeva povećane mjere sigurnosti. Dijete u stanju mjesečarenja nije prikladno responsivno na susrete s drugim ljudima i može postati agitirano pokušajima komunikacije s njime. Vrlo je teško ili nemoguće dozvati dijete svijesti. Ako ga se ipak uspije probuditi tijekom epizode mjesečarenja, biti će vrlo zbunjeno (Adair i Bauchner, 1993).

Pričanje u snu može se dogoditi tijekom stanja djelomične budnosti, npr. uz mjesečarenje, ali i u stanjima vezanim za REM fazu sna, npr. tijekom noćnih mora (Adair i Bauchner, 1993). Mjesečarenje i pričanje u snu su najčešći u djece školske dobi. Pričanje u snu je općenito najčešća parasomnija. Ona je zamjećena u više od pola populacije tijekom djetinjstva, a ostaje prisutna u oko četvrtine odrasle populacije (D'Cruz i Vaughn, 2001). Otprilike 15% djece iskusilo je mjesečarenje barem jednom u starosti od 5 do 12 godina, a od toga je 1% do 6% djece imalo dosljedna mjesečarenja (Carno i sur., 2003).

Noćne more spadaju u grupu parasomnija povezanih s REM fazom sna. One su rezultat problema s buđenjem iz REM spavanja (Carno i sur., 2003). Do njih dolazi kasnije tokom noći kada je REM spavanje najistaknutije (Owens i Witmans, 2004). Noćne more su zastrašujući snovi koji uzrokuju strah, osjećaj boli ili patnje, osjećaj padanja, propadanja, davljenja, gušenja ili bliskost smrti (ABR, 2017), nakon kojih dolazi do buđenja (Adair i Bauchner, 1993). Kada se dijete probudi ono može biti agitirano ili uplakano, uplašeno i potreseno, te će često tražiti utjehu od strane odraslih. Čim se probude iz noćne more, djeca imaju živo sjećanje tih snova, a često ih se sjećaju i ujutro (Adair i Bauchner, 1993). Nakon buđenja može doći do problema sa povratkom na spavanje ovisno o prirodi tj. sadržaju noćne more i o stupnju uznemirenosti koje je dijete doživjelo (Mindell i sur., 1999; prema Carno i

sur., 2003). Najčešća dob u kojoj djeca imaju noćne more je između 3 i 5 godina (Adair i Bauchner, 1993). Javljaju se barem jednom kod čak 35-50% djece (ABR, 2017).

U četvrtu kategoriju parasomnija ubrajaju se enureza i bruksizam. Enureza ili noćno mokrenje podrazumijeva noćnu urinarnu inkontinenciju (Adair i Bauchner, 1993). Bruksizam ili škrgutanje zubima jest stiskanje zuba te snažno pomicanje čeljusti, što rezultira trljanjem i škripanjem zubiju, tokom sna (Attanasio, 1991; prema Adair i Bauchner, 1993). Do škrgutanja zubima može doći u svim fazama sna (Ware i Rugh, 1988; prema D'Cruz i Vaughn, 2001). Ove dvije parasomnije su najčešće u četvrtoj kategoriji parasomnija.

1.1.4. Važnost ispitivanja problema spavanja

Problemi spavanja u djece mogu izazvati probleme u raznim područjima života djeteta, te mogu biti neposredne prirode, ali i odgođene, što bi značilo da neko dijete koje ima problema sa spavanjem može u kasnijoj dobi, adolescencije ili odrasloj dobi, imati neke posljedice koje su povezane s ranijom prisutnosti problema. Stoga je važno ustanoviti ima li dijete određeni problem sa spavanjem i taj problem ispitati.

Problemi sa spavanjem jedni su od najčešćih roditeljskih upita i pritužbi pedijatrima (Chervin, Archbold, Panahi i Pituch, 2001; prema Owens i Witmans, 2004). Djetetovo nespavanje, u mnogim i različitim formama, najveća je roditeljska briga. Pedijatrima roditelji često dolaze sa pritužbama i zabrinuti oko neadekvatnog, poremećenog spavanja, sna loše kvalitete, sna koji ne rezultira odmorenošću. Baš iz razloga čestine roditeljske zabrinutosti potrebno je ispitati ovaj problem i tako biti upoznat s raznim mogućim ishodima.

Autori Gregory i O'Connor (2002) su u svome longitudinalnom istraživanju pronašli kako problemi spavanja kod djece, čija je dob bila 4 godine, predviđa pojavu depresije, anksioznosti, problema pažnje i problema s pojavom agresije u dobi srednje adolescencije. Problemi spavanja u dječjoj dobi predviđaju prisutnost simptoma internaliziranih problema u adolescenciji i odrasloj dobi (Reynolds, 2014). Regulacija raspoloženja ili korištenje kognitivnih strategija kojima bi se vodile i regulirale emocije također mogu biti pogođene kvalitetom i kvantitetom sna (Owens i Witmans 2004). Jednako je govorio i autor Dahl (1996) koji smatra kako neadekvatan san, bilo da se radi o nedovoljnoj količini sna ili o ponavljano prekinutom spavanju, rezultira promjenama u afektu i pažnji. Točnije, dolazi do pogoršanja u raspoloženju, povećane pobuđenosti, poteškoća prilikom usmjeravanja pažnje ili pokušaja koncentriranja, te umora. U djece starosne skupine od 10 do 14 godina, pokazalo se kako su viši stupnjevi kognitivnih funkcija, kao što su kognitivna fleksibilnost i sposobnost

razmišljanja i apstraktnog mišljenja, osjetljivi na učinke nedovoljnog sna ili poremećaja spavanja (Randazzo, Muehlbach, Schweitzer i Walsh, 1998; prema Owens i Witmans, 2004). Zabilježeni su i određeni zdravstveni ishodi vezani s problemima spavanja. Pojava potencijalnih štetnih efekata moguća je u kardiovaskularnom, imunološkom i metaboličkom sustavu, koji primjerice uključuje metabolizam glukoze i endokrinih funkcija (Scheen i Van Cauter, 1998; Stores, 1999; sve prema Owens i Witmans, 2004).

Ward i sur. (2007) objedinjuju nalaze i shematski prikazuju i navode utjecaj različitih konteksta na san djece, te biopsihosocijalne ishode koji se pojavljuju kao rezultat problema spavanja djece. Unutar bioloških ishoda spominje pospanost tijekom dana, te promjene u metaboličkim procesima vezanim za masti i glukozu. Psihološki ishodi podrazumijevaju emocionalne izljeve, agresiju, hiperaktivnost, ometenu kognitivnu sposobnost, a socijalni ishodi su neprikladne interakcije s članovima obitelji i vršnjacima.

1.1.5. Mjerenje spavanja i problema spavanja

Spavanje je kompleksan splet fizioloških i ponašajnih procesa (Carno i sur., 2003). Ti fiziološki procesi olakšavaju mjerenje spavanja i omogućuju njegovu kategorizaciju u stanja i faze. Zlatni standard mjerenja sna jest polisomnografija. Polisomnografija sastoji se od tri elektrofiziološka mjerenja, a to su: elektroencefalogram (EEG), elektrookologram (EOG) i elektromielogram (EMG). Uz ta mjerenja obično se prati i disanje te otkucaji srca. EEG mjeri moguće razlike u moždanoj aktivnosti, stavljanjem mjernih elektroda na glavu. Rezultati ove mjere koriste se za raspoznavanje i opisivanje stanja budnosti i spavanja. EOG-om se mjere potencijalne promjene u aktivnosti mišića koje pokreću oči, na način da se postave male elektrode za mjerenje na površinu lica u blizini očiju. Elektrode za mjerenje EMG-a postavljaju se na obraze i bradu, te ova mjera daje podatke o mišićnoj aktivnosti. Upravo ovom mjerom dobiju se informacije koje su važne za poznavanje i razumijevanje normalnih razvojnih stadija sna i kako su ta stanja promijenjena kada je u djeteta prisutan problem ili poremećaj spavanja (Sadeh i sur., 2000; prema Carno i sur., 2003).

Još jedna praktična mjera problema spavanja je aktigrafija. To je metoda koja koristi mali kompjuterizirani uređaj koji slični ručnome satu (Sadeh i Acebo, 2002). Taj uređaj je senzor pokreta, koji podatke o pokretima, bilježi i snima. Ovom mjerom ispitivanja moguće je dobiti podatke o djetetovom vremenu odlaska na spavanje, vremenu buđenja, noćnim buđenjima i spavanju tijekom dana (Moore, 2012). Te informacije mogu biti korisne roditeljima koji nisu sigurni u to kakav obrazac spavanja ima njihovo dijete ili kada primijete

neobičan obrazac spavanja, te se može pratiti uspješnost pridržavanja savjeta koji se dobiju u tretmanu problema spavanja. Također, ovom metodom može se zabilježiti prekinut san i povećana mobilnost u djeteta koje ima poremećaj spavanja vezan uz disanje (Sadeh i Acebo, 2002). Aktigrafija se ne bi trebala koristiti kao jedina mjera u postupku ispitivanja problema spavanja (Sadeh i Acebo, 2002).

Većina istraživanja koja proučava spavanje u djece bazira se na intervjuiranju roditelja ili na tome da roditelji popune relevantne upitnike. Mana tih mjera je da mogu biti obilježene subjektivnosti ispitanika (Adair i Bauchner, 1993). Prilikom intervjuja potrebno je da roditelji opišu problem, navedu simptome koje dijete ima tijekom dana, simptome nekih specifičnijih poremećaja spavanja (primjerice hrkanje ili neobičan osjećaj u nogama), opišu socijalne i okolinske faktore, te da se da pregled djetetove povijesti bolesti (Moore, 2012). Također, prilikom intervjuja potrebno opisati tipičan 24-satni dan, time se doznaju informacije o večernjim aktivnostima, rutinama prije spavanja, ponašanju u vremenu odlaska na spavanje, noćnim buđenjima, vremenu buđenja ujutro, pospanosti i funkcioniranju tijekom dana (Moore, 2012). Razvijeno je mnogo upitnika koji su namijenjeni za roditelje ili za samu djecu koja njihovim popunjavanjem čine samoprocjenu spavanja. Ti upitnici mogu olakšati proces provjere, te mogu pridonijeti otkrivanju bitnih informacija o prirodi i ozbiljnosti nekih postojećih pritužbi oko spavanja (Owens i Witmans, 2004). Može se dogoditi kako roditelji nisu svjesni da njihovo dijete ima problem sa spavanjem, to pogotovo vrijedi ako se radi o starijoj djeci ili adolescentima, stoga je važno ispitati i dijete. Owens i Witmans (2004) navodi jedan jednostavan algoritam za provjeru spavanja. Kratica tog algoritma glasi „BEARS“, on obuhvaća ključne probleme koji bi trebali biti provjereni, a to su: otpor prilikom odlaska na spavanje i kasniji početak spavanja, česta i duga noćna buđenja, zatim regularnost, uzorak i trajanje spavanja, hrkanje i drugi simptomi poremećenog disanja u snu, anksiozna ponašanja koja su povezana sa spavanjem (npr. noćne more), te prekomjerna pospanost tijekom dana.

Roditelji također mogu pratiti spavanje djeteta kroz jedan duži vremenski period i tako napraviti dnevnik spavanja. Tim dnevnikom dobivaju se informacije o trenutnom obrascu spavanja djeteta, što uključuje uobičajeni raspored odlaska na spavanje, trajanje spavanja, navike spavanja (Owens i Witmans, 2004). Time se mogu potvrditi prisutni, sa snom povezani, problemi, a također pomaže i u tome da se uoči promjenjivost obrazaca spavanja iz dana u dan (Moturi i Avis, 2010).

Spavanje je također moguće i snimiti, u glasovnom obliku i u video obliku, kako bi se ono objektivnije i točnije zabilježilo, te na temelju zabilježenog proučilo i izmjerilo (Adair i Bauchner, 1993).

1.1.6. Faktori koji utječu na pojavu problema spavanja

Velik broj faktora djeteta, roditelja i okoline može utjecati na tip problema spavanja, na njegovu rasprostranjenost, kroničnost i ozbiljnost problema (Owens i Witmans, 2004). Faktori vezani uz dijete koji mogu imati značajan efekt na spavanje uključuju obilježja temperamenta djeteta, način ponašanja, određeno kognitivno zaostajanje, te prisutnost komorbiditeta medicinskih ili psihijatrijskih stanja. Važnost faktora temperamenta iskazuju Scher i suradnici (1998; prema Stein, Mendelsohn, Obermeyer, Amromin i Benca, 2001) koji su utvrdili da i subjektivne i objektivne mjere ispitivanja problema spavanja u male djece pokazuju značajnu povezanost tih problema s varijablama djetetovog temperamenta.

Roditeljski faktori podrazumijevaju stilove roditeljstva i discipliniranja djeteta, razinu roditeljskog znanja o djetetovom razvoju, pitanja mentalnog zdravlja kao što je depresija majke, stres u obitelji, te kvaliteta i kvantiteta sna roditelja (Owens i Witmans, 2004). Djeca anksioznih majki, majki koje previše zaštićuju dijete, depresivnih majki ili onih majki koje su u svome djetinjstvu imale nesigurnu i neadekvatno razvijenu privrženost, češće će imati problema sa spavanjem za razliku od djece čije majke nemaju navedene probleme (Paret, 1983; Navelet, 1996; Scher i Blimberg, 1999; sve prema Touchette, 2011).

U faktore okoline ubrajamo fizičku okolinu, karakteristike obitelji i pitanja životnoga stila (Owens i Witmans, 2004). Fizička okolina podrazumijeva prostor u kojem se spava, buku, dijeljenje sobe ili kreveta. Karakteristike obitelji su broj članova obitelji, njihova dob, zdravstveno stanje braće i sestara. Način života, tj. životni stil su status zaposlenja roditelja, te način i prioriteti vezani za iskorištavanje vremena. Najistaknutiji faktor fizičke okoline bio bi dijeljenje kreveta prilikom spavanja. Spavanje s roditeljima u krevetu povezano je s većom prisutnosti problema spavanja, pogotovo u djece starije od 4 godine (Ottaviano i sur., 1996; prema Touchette, 2011). Pokazalo se kako je većina djece sa problemima spavanja spavala u roditeljskome krevetu čemu je uslijedilo buđenje po noći (Lozoff, Askew i Wolf, 1996; prema Touchette, 2011). Autor Van Tassel (1985; prema Touchette i sur., 2005) navodi kako su interakcije koje se odvijaju između roditelja i djeteta u vrijeme odlaska na spavanje najbolji prediktori problema spavanja u ranome djetinjstvu.

Potrebno je naglasiti i uzeti u obzir kulturalni kontekst obitelji, te vidjeti koja su ponašanja i prakse vezane za spavanje povezane s kulturalnim shvaćanjima. U različitim

kulturama različito se gleda na način pripreme za spavanje, tko gdje spava i da li će dijeliti krevet s nekime prilikom spavanja (Adair i Bauchneer, 1993). Određene kulture odobravaju da dijete spava s roditeljima u krevetu. Tako je primjerice za etničke skupine Afroamerikanaca i Hispanaca, normalno da svoju novorođenčad stavljaju na spavanje u svoj krevet (Lozoff, Wolf i Davis, 1984; prema Owens i Witmans, 2004). Dok je inače uvriježeno mišljenje kako djeca ne bi trebala spavati u istome krevetu s roditeljima jer takva praksa pospješuje pojavu problema sa spavanjem (Owens i Witmans, 2004).

U ovome radu orijentirati ćemo se na roditeljske faktore, točnije na faktore roditeljskih ponašanja i roditeljske samoefikasnosti koji su navedeni i detaljnije razrađeni u daljnjem tekstu.

1.2. Roditeljska ponašanja u odgoju djece

Prva društvena skupina u kojoj se dijete nalazi nakon rođenja jest obitelj. Unutar nje dijete stječe svoja prva iskustva, formira svoje stavove, razvija osobne potencijale i interpersonalne odnose koji se razlikuju od svih ostalih odnosa sa članovima grupa kojima će u životu pripadati (Lacković-Grgin, 1982, prema Sremić i Rijavec, 2010). U obitelji roditelji su ti koji su „prvi i najznačajniji odgajatelji djeteta, prvi modeli identifikacije i imitacije, prvi uzori za učenje govora i most za uspostavljanje socijalnih kontakata sa širim okruženjem“ (Ljubetić, 2007).

Roditeljstvo je širok i kompleksan pojam. Ono uključuje nekoliko odrednica, a to su: subjektivni doživljaj roditeljstva, roditeljska briga i skrb za dijete, roditeljski postupci, aktivnosti i ponašanje, te roditeljski odgojni stil (Čudina-Obradović i Obradović, 2006)

Odgojni stil roditeljskog ponašanja autorica Lacković-Grgin (1982; prema Koller-Trbović, 1994) definira kao sindrom različitih postupaka interakcije roditelj-dijete, a pri tome se onda pokazuje smjer grupiranja i dominacije određenih vrsta postupaka koji obilježavaju cjelokupno roditeljsko ponašanje i time ga čine prepoznatljivim i različitim od drugih. Autori Čudina-Obradović i Obradović (2002) kažu kako je roditeljski odgojni stil zbir roditeljskih vrijednosti, stavova prema djetetu, emocionalnih prilika u kojima se donose razne roditeljske odluke. Kraće rečeno, ono jest emocionalna klima u kojoj se odvijaju različiti roditeljski postupci. Dakle, stil roditeljstva predstavlja određene stavove koje roditelji imaju u odgoju djece, hoće li roditelji koristiti kazne, a ako da, na koji način će to biti, također predstavlja

izbor roditelja koja će dječja ponašanja poticati, a koja će braniti, zatim, hoće li dijete biti u središtu njihove obitelji ili ne (Sremić i Rijavec, 2010). Roditeljski stil je od središnje važnosti da bi roditeljstvo bilo uspješno, jer o njemu ovisi hoće li i kako će dijete prihvatiti roditeljske odgojne postupke (Čudina-Obradović i Obradović, 2002). Ovo je važan konstrukt za istraživače jer se utjecaj roditelja na razvoj najčešće ispituje upravo njime.

1.2.1. Tipologija roditeljskih stilova

Postoji nekoliko različitih tipologija roditeljskih stilova, no najčešće spominjana i proučavana jest ona koju su definirali Maccoby i Martin (1983; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006), proširivši tipologiju Diane Baumrind (1967; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Roditeljski odgoj može se opisati uz pomoć dvije dimenzije, a to su: roditeljski nadzor i roditeljska toplina. Baumrind (1967) je zaključila kako je roditeljski nadzor tj. kontrola najvažniji element roditeljske funkcije, dok su Maccoby i Martin (1983) tu dimenziju preimenovali kao zahtjevnost i uveli su dimenziju topline.

Dimenzija nadzora, kontrole ili zahtjevnosti odnosi se na zahtjeve koje roditelji postavljaju pred djecu kako bi ona bila integrirana u društvo, a to čine tako što reguliraju ponašanje djeteta, upotrebljavaju izravnu konfrontaciju i vrše nadzor djetetovih aktivnosti i ponašanja (Baumrind, 2005). Dimenzija topline podrazumijeva opseg ponašanja unutar kojeg roditelji potiču djetetovu individualnost na način da su osjetljivi na djetetove potrebe, da pružaju podršku i da su strpljivi sa zahtjevima koja djeca imaju. Ova dimenzija uključuje toplinu, podršku autonomije i komunikaciju u kojoj roditelj nastoji djetetu obrazložiti svoja ponašanja i ponašanja djeteta (Baumrind, 2005). Darling i Steinberg (1993) nešto drugačijim riječima objašnjavaju prvu dimenziju kao dimenziju unutar koje roditelj ima ulogu osobe koja provodi socijalizaciju, dok se druga dimenzija odnosi na priznavanje djetetove individualnosti. Time ove dvije dimenzije reflektiraju dvije vrste zahtjeva, a to su zahtjevi koje društvo tj. roditelji ima naspram djeteta i zahtjevi koje dijete ima naspram društva tj. roditelja.

Objee dimenzije su bipolarne (Sremić i Rijavec, 2010). Tako dimenzija topline na jednome kraju ima emocionalnu toplinu, a na drugome kraju je emocionalna hladnoća. Roditelji koji su više emocionalno topli prihvaćaju svoju djecu, te im pružaju pažnju, brigu, razumijevanje i podršku. Kada discipliniraju svoju djecu koriste tehnike objašnjenja, ohrabririvanja i pohvale. Kod dimenzije roditeljskog nadzora tj. kontrole, postupci intenzivne kontrole ponašanja djeteta na jednom su kraju dimenzije, a postupci slabe kontrole su na

drugom kraju dimenzije. Roditelji koji u odgoju svoje djece primjenjuju intenzivnu kontrolu vrše strog nadzor djetetovog ponašanja i paze da dijete poštuje i pridržava se pravila koja su oni postavili. Suprotno tome, oni roditelji koji iskazuju slabu kontrolu postavljaju malo pravila i u puno manjoj mjeri nadziru ponašanje svoje djece. Istraživanja pokazuju kako roditeljska ponašanja s oba pola ove dimenzije mogu biti rizični faktori po djetetov razvoj (Sremić i Rijavec, 2010).

Kombinacija polova navedenih dimenzija, dakle visoke i niske kontrole i topline, za rezultat daje četiri tipa roditeljskog odgojnog stila, a to su: autoritaran, permisivan, zanemarujući i autoritativan roditeljski odgojni stil.

Autoritaran odgojni roditeljski stil odnosi se na prilike u kojima roditelji imaju velika očekivanja od djeteta i uz to ga strogo nadziru, a ne pružaju mu dovoljno topline i potpore (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Autoritarni roditelji stvaraju i određuju pravila bez objašnjavanja zašto su postavljena, te očekuju da se ista poštuju i slijede bez iznimke (Baumrind, 1991). Glavni ciljevi odgoja unutar ovoga stila su učenje samokontrole i poslušnosti (Čudina-Obradović i Obradović, 2002).

Permisivan roditeljski odgojni stil obuhvaća one prilike u kojima roditelji od djece traže malo, dakle nisu zahtjevni, te povode slabu kontrolu, ali istodobno djeci pružaju veliku količinu topline i potpore (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Roditelji, čije je roditeljstvo okarakterizirano ovim odgojnim stilom, ne zahtijevaju od djece regulaciju ponašanja i zrelost u ponašanju, te izbjegavaju sukobljavanje sa djecom (Baumrind, 1991). Ovi roditelji će zadovoljiti svaki zahtjev koje dijete iskaže (Čudina-Obradović i Obradović, 2002).

Zanemarujući ili odbijajući odgojni roditeljski stil odnosi se na postavljanje malih zahtjeva djetetu, te na ne iskazivanje tj. nepostojanje nadzora niti topline i potpore. Ovi roditelji odbijaju ili zanemaruju svoje odgovornosti koje imaju prema djetetu (Baumrind, 1991), tj. oni ili emocionalno odbacuju djecu ili nemaju vremena i snage brinuti se za njih (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Autoritativni roditelji postavljaju velike zahtjeve, određuju granice i vrše nadzor, no također i pružaju veliku toplinu i potporu. Dakle, ovi roditelji su visoko i na dimenziji kontrole i dimenziji topline. Granice i pravila koje se postave djetetu budu objašnjena i obrazložena. Uloga roditelja jest uloga savjetnika, a ne nadzornika (Čudina-Obradović i Obradović, 2002; 2006). Metode discipliniranja djeteta su podržavajuće, a ne kažnjavajuće. Ovi roditelji žele da njihova djeca budu asertivna, socijalno odgovorna, suradljiva (Baumrind,

1991). Djetetova kreativnost, znatiželja, samostalnost, nezavisnost osjećaja, sreća i motivacija glavni su ciljevi odgoja (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Najuspješniji rezultati odgoja postignuti su u obiteljima koji primjenjuju optimalno roditeljstvo, a ono podrazumijeva visok stupanj topline roditelja i njihove potpore, visoka roditeljska kontrola i odsutnost strogih kazni (Amato i Fowler, 2002). Dakle, optimalan odgojni stil jest autoritativan stil. Ovaj stil vrijedi univerzalno, bez obzira na strukturu obitelji, ekonomski status obitelji, etničku pripadnost, obrazovanje roditelja ili djetetov spol (Amato i Fowler, 2002).

1.2.2. Utjecaji roditeljskih stilova na ishode kod djece

Roditeljska toplina, induktivna disciplina, postojanost u odgoju i praksa nekažnjavanja povezane su s pozitivnim razvojem djeteta (Maccoby i Martin, 1983; prema Lamborn, Mounts, Steinberg i Dornbusch, 1990). Razna istraživanja su dovela do zaključka da zdravom razvoju djece pogoduje roditeljev odgojni stil koji je usmjeren na komunikaciju koja je srdačna, na stupanj kontrole koji je umjeren, te na odnos roditelja prema djetetu koji je podupirući i emocionalno topao (Lacković-Grgin, 1982; prema Koller-Trbović, 1994).

Rezultat određenog odgojnog stila jest ponašanje djeteta. Bašić i sur. (1993; prema Ljubetić, 2007) ističu da će dijete koje su odgajali vrlo strogi roditelji reagirati na način da će biti povučeno ili agresivno. Roditelji čiji su odgojni postupci nedosljedni djetetu će izazvati osjećaj nesigurnosti ili čak neurotičnost. Prenaglašena briga za dijete i maženje, te prezaštićivanje djeteta izazvat će kod njega nesamostalnost i nesigurnost. Autorica Žižak (1993) također navodi slične nalaze istraživanja o utjecaju koje odgojni stilovi imaju na djecu. Djeca koja su odgajana autoritarnim roditeljskim stilom sklonija su tome da su sumnjičava, nezadovoljna, neprijateljski raspoložena i povučena, te su i prestrašena, ovisna, podređujuća i vjerojatno intelektualno neuspješnija. Kod autoritarnog stila često je prisutno kažnjavanje koje kod djeteta može uzrokovati emocionalne probleme, koji zatim dijete koče u moralnom razvoju. Djeca odgajana ovim stilom sklona su razvijanju osjećaja krivice i prihvaćanje iste na sebe. Djeca premisivnih roditelja često se pokažu kao ovisna, nezrela, manjka im samopouzdanja i ustrajnosti, ali mogu biti intelektualno uspješna. Djeca odgojena autoritativnim roditeljskim stilom vjerojatno će biti suradljiva, sposobna, nezavisna, samopouzdana, socijalno odgovorna, prijateljski raspoložena, znatiželjna i akademski uspješna (Ljubetić, 2007; Žižak 1993).

Ajduković (1990; prema Ljubetić, 2007 i Koller-Trbović, 1994) iznosi navode Hogana i suradnika (1978) koji također navode slična objašnjenja i očekivanja ponašanja djece koja su odgajana u nekom od četiri roditeljska stila. Pa tako navode da će djeca odgajana autoritativnim stilom biti privržena roditeljima, poštivat će i bit će im stalo do mišljenja odraslih, te će internalizirati pravila. Djeca permisivnih roditelja biti će samopouzdana i socijalno otvorena, no često će ignorirati ili kršiti pravila, također, biti će umiljata i uljudna, ali uz to i razmažena. Autoritaran stil roditeljstva rezultirat će time da će djeca biti anksiozna i nedruželjubiva, nepristojna, prkosna, a njihova srdžba i agresija moraju se okrenuti prema okolini ili prema sebi. Djeca zanemarujućih roditelja biti će neprijateljski raspoložena, te će odbijati pravila i kršiti ih. Ta djeca imaju velikih izgleda da postanu delikventi.

1.2.3. Stilovi roditeljstva ili dimenzije?

Uobičajeni pristup proučavanja utjecaja roditelja na dijete jesu već opisani roditeljski stilovi. Schaffer (2000; prema Ljubetić, 2007) navodi kako se mnogo autora složilo da roditeljske dimenzije malo znače ukoliko se tretiraju odvojeno i izolirano, nego da se trebaju sagledavati u kombinaciji s drugim dimenzijama, kako bi istražili utjecaj na dijete. Dakle, da se trebaju sagledati kroz četiri osnovna roditeljska stila. Autori Reid, Roberts, Roberts i Piek (2015) navode upravo suprotno. Tvrde kako je moguće da se velik i važan dio informacija izgubi upravo u kombiniranju roditeljskih dimenzija u stilove, te da će „razbijanje“ te tipologije dopustiti individualnim ključnim elementima tj. dimenzijama pravovaljano operacionalizirano definiranje i procjenjivanje (Barber, 1996; Skinner, Johnson i Snyder, 2005; sve prema Reid i sur., 2015). To potvrđuje i činjenica da se od samih početaka istraživanja roditeljskih ponašanja govorilo o dimenzijama, te da se i u trenutnim istraživanjima pokušava sagledavati ponašanje roditelja kroz dimenzije.

Osim dviju dimenzija koje čine četiri roditeljska stila postoji još veliki broj drugih predloženih i istraživanih dimenzija. Tako je i autorica Baumrind u svome prvotnome radu navela tri dimenzije: nadzor, demokracija i odobravanje autonomije (Reid. i sur., 2015), od kojih se najviše zadržala i sagledavala dimenzija nadzora. U novije vrijeme radi se razlika između dva oblika nadzora: vanjski nadzor ili nadzor ponašanja i unutarnji ili psihološki nadzor (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Autori Barber, Maughan i Olsen (2005) navode kako se većina trenutnih istraživanja odnosa roditelj-dijete fokusirala na tri dimenzije, a to su: roditeljska podrška, kontrola ponašanja i psihološka kontrola. Postoji još velik broj

drugih dimenzija, kao što su osjećajnost, nježnost, usmjerenost, popustljivost, prihvaćanje, po kojima bi se moglo rangirati roditeljska ponašanja (Schaffer, 2000; prema Ljubetić, 2007).

1.2.4. Ponašanja i dimenzije suvremenog roditeljstva

Najnoviji pokušaj identificiranja sržnih dimenzija suvremenog roditeljstva jest onaj autora Reida i suradnika. Oni su razvili upitnik roditeljskih ponašanja i dimenzija kojim je identificirano šest različitih dimenzija roditeljskog ponašanja. To su: emocionalna toplina, punitivna disciplina, anksiozna intruzivnost, podrška autonomije, permisivna disciplina i demokratska disciplina.

Emocionalna toplina odražava stupanj emocionalne potpore koju roditelji iskazuju prema svojoj djeci. Ona u djece olakšava razvoj osjećaja kompetentnosti, djelotvornosti i povjerenja. Time se pruža temelj za kompetentnost u društvenim interakcijama, kao i postizanje visokog akademskog uspjeha (Pettit, Bates i Dodge, 1997).

Dimenzija punitivne discipline odgovara autoritarnom roditeljskom stilu, tj. autoritarnoj kontroli koja je restriktivna, koristi kazne i prisile (Baumrind, 1966; 1967; prema Reid i sur., 2015). Ova dimenzija odražava roditeljsko odbacivanje djeteta i hostilnost.

Anksiozna intruzivnost podrazumijeva sklonost roditelja da previše brinu za djetetovu sigurnost i sreću, te pretjerano zaštićivanje svojeg djeteta. Smatra se da takva ponašanja obeshrabruju djecu, tj. priječe razvoj samostalnosti i nezavisnosti djeteta (Becker, 1964; prema Reid i sur., 2015).

Podrška autonomije jest dimenzija koja se odnosi na responsivna i podržavajuća roditeljska ponašanja (Reid i sur., 2015).

Dimenzija permisivne discipline predstavlja postavljanje pravila i očekivanja, te provođenje istih. Ova dimenzija je karakteristična za roditelje koji dopuštaju svojoj djeci veliki stupanj slobode što se ponašanja tiče, čak i onda kada ta ponašanja utječu na druge na negativan način (Capron, 2004; prema Reid i sur., 2015). Ova dimenzija obuhvaća ponašanja kao što je popuštanje djetetu nakon prvotno zauzetog čvrstog stava, nemogućnost i neuspjeh roditelja da se pridržava zahtjeva i obećanja koja je dao, zatim nasumični i neustaljeni odgovori na djetetovo ponašanje, te nepravilne i nestalne promjene u očekivanjima prema djetetu i promjene u ponašanju roditelja (Baumrind 1966; 1967; Grolnick i Pomerantz, 2009; sve prema Reid i sur., 2015).

Demokratska disciplina reflektira razumna roditeljska ponašanja koja su praćena objašnjenjima postupaka i ponašanja. Ova dimenzija povezana je s autoritativnim roditeljskim stilom, te je upravo ona glavna razlika između tog stila i autoritarnog stila, kojeg obilježava čvrsta, restriktivna kontrola (Lewis, 1981; prema Reid i sur. 2015).

Dimenzije emocionalne topline, podrške autonomije i demokratske discipline povezane su s roditeljskim ponašanjima koja su podržavajuća, dok dimenzije punitivne discipline, anksiozne intruzivnosti i permisivne discipline opisuju neresponsivna roditeljska ponašanja.

Za ovih šest dimenzija autori navode kako su povezane s konceptualizacijom koju je predložila autorica Baumrind. Dimenzije emocionalne topline i demokratske discipline slažu se s prvotnim opisima autoritativnog stila, a kada se taj stil sagledava kroz zahtjevnost i toplinu, tada je taj stil konzistentan sa niskim razinama permisivne discipline i visokom razinom podrške autonomije. Autoritarnom stilu odgovaraju visoke razine punitivne discipline i niska razina podrške autonomije i demokratske discipline. Također navode kako autoritarni roditelji mogu biti zabrinuti i ponašati se zaštićujuće, što se može povezati s dimenzijom anksiozne intruzivnosti. Permisivan roditeljski odgojni stil je najviše povezan s permisivnom disciplinom, ali također može biti i visoko povezan s emocionalnom toplinom i demokratskom disciplinom, te niskom podrškom autonomije. Nije izgledno da se unutar ovog roditeljskog stila koristi punitivna disciplina, ali se može iskazati anksiozna intruzivnost, pošto u tome stilu roditelji mogu biti zaštitnički naklonjeni i popustljivi. Zanemarujući roditeljski odgojni stil ne slaže se s niti jednom dimenzijom roditeljskih ponašanja.

1.3. Interakcije između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje

Uz varijable vezane uz dijete, kao što je neurološki razvoj djeteta i temperament, koje doprinose razlikama vezanim uz spavanje, istraživanja su ustanovila i utjecaj roditeljskih ponašanja kao značajnu odrednicu djetetovog sna i njihovih ponašanja vezanih za spavanje (Hale, Berger, LeBourgeois i Brooks-Gunn, 2009; Milan, Snow i Belay, 2007). Anders (1994; prema Bordeleau, Bernier i Carrier, 2012) ističe da su san i njegova regulacija u ranome djetinjstvu posebno osjetljivi na interakcije roditelja i djeteta, jer progresivna organizacija sna i budnosti zapravo reflektira konstantnu interakciju između djetetovih konstitucionalnih faktora i faktora djetetove okoline, posebice okoline koju stvara roditelj. To bi značilo da roditelji djeluju kao vanjski regulatori bioloških ritmova novorođenčadi i male djece, čime

utječu na razvoj djetetove sposobnosti samoregulacije (Grossmann i Grossmann, 1991; prema Bordeleau i sur., 2012), a time i na sposobnosti regulacije sna (Anders, 1994; prema Bordeleau i sur., 2012).

Nekoliko modela spavanja naglašava ulogu roditeljskih ponašanja u vrijeme djetetovog odlaska na spavanja u problemima sa spavanjem koje djeca mogu imati. Coulombe (2010) istaknuo je po dva modela spavanja novorođenčadi i djece predškolske dobi. U modelima koji se odnose na novorođenčad i manju djecu, naglašeno je kako su problemi spavanja djece određeni strategijama koje roditelji koriste da bi umirili svoju djecu tj. strategije uspavlivanja djece, uz faktore djece kao što je temperament, i faktori roditelja, primjerice depresivnost majke (Sadeh i Anders, 1993; Morrell i Steele, 2003; sve prema Coulombe, 2010). Također se prepoznaje i naglašava uloga roditeljskih razmišljanja/kognicija i osjećaja koji utječu na san djece. Prvi model spavanja za djecu predškolske dobi predviđa vezu između djetetovog sna i roditeljskih sposobnosti nošenja sa stresorima i izazovima, zatim roditeljskih kognicija i osjećaja koji su vezani za djetetov san, te roditeljskih ponašanja kojima umiruju i uspavljaju dijete (Johnson i McMahon, 2008). Drugi model uključuje široki raspon kontekstualnih faktora i faktora vezanih uz dijete, ali ne uključuje utjecaj roditeljskih razmišljanja i osjećaja na njihove vlastite strategije umirivanja djeteta (Touchette, Petit, Tremblay i Montplaisir, 2009; prema Coulombe, 2010).

Prema transakcijskom modelu veza između roditeljskih ponašanja i spavanja novorođenčadi je najneposrednija i najdirektnija veza (Sadeh, Tikotzky i Scher, 2010). Činjenice na koje se najčešće nailazi u literaturi govore o vezi između roditeljskog učešća, njihove prisutnosti vezane za djetetov san i problema spavanja novorođenčadi. Djeca koja zaspu sa značajnim roditeljskim učešćem i prisustvom u periodu smirivanja i usnivanja imaju veću vjerojatnost da će se češće buditi tijekom noći i da će periodi tih buđenja duže trajati, za razliku od djece koja zaspu u svome krevetiću uz minimalan roditeljski utjecaj i doprinos u procesu smirivanja i usnivanja (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor i Anders, 2002; DeLeon i Karraker, 2007; Tikotzky i Sadeh, 2009; Anuntaseree, Mo-Suwan, Vasiknanonte, Kuasirikul, Ma-a-Lee i Choprapawan, 2008; sve prema Sadeh i sur., 2010).

Istraživanje autora Sadeh, Mindell, Luedtke i Wiegand (2009) pokazalo je kako su roditeljska ponašanja koja potiču nezavisnost i samostalno umirivanje (tj. da dijete zaspe samo, bez pomoći i prisutnosti roditelja) povezani sa dužim trajanjem sna i čvršćim snom,

nego što je to kod aktivnijih interakcija (npr. dojenje dok dijete ne zaspi ili ljuljanje, nošenje dok dijete ne usne) što je povezano s kraćim i isprekidanim snom. Od najranijih istraživanja autora Anders i Keener (1985; prema Mindell, Meltzer, Carskadon i Chervin, 2009), uobičajena preporuka jest da se bebe, djecu, stavlja na spavanje pospane i drjegljive, ali budne, tj. bitno je da dijete zaspe samostalno bez pomoći roditelja (Morgenthaler i sur., 2006; prema Mindell i sur., 2009). U tome, roditeljima može pomoći uspostavljanje večernjih rutina i upotreba određenih strategija u umirivanju i uspavlivanju djece.

1.3.1. Večernji rituali ili rutine

Interakcije između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje dosljedno se pokazuju povezanima s djetetovim snom. Te su roditeljske interakcije prepoznate kao univerzalna komponenta večernjih rituala tj. večernjih rutina (Hayes i Roberts, 1996). Ponašanja djece i roditelja vezana za spavanje u Anglo Europskim zemljama sastoje se od jasnih večernjih rituala ili rutina kojima je svrha poboljšati djetetov san (Giannotti i Cortesi, 2009).

Rutina u vrijeme odlaska na spavanje definira se kao predvidljivi set aktivnosti koje vode djetetov prijelaz iz budnosti u stanje spavanja. Rutine uključuju fizičke pripreme i smirujuće aktivnosti (Brown, Rhee i Gahagan, 2015). Fizičke pripreme odnose se na rutinske poslove kao što je zajednička večera, svlačenje, kupanje poslije večere, pranje zubi, oblačenje pidžame (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000). Poželjno je sve te rutinske poslove obavljati istim redoslijedom i svake večeri u otprilike isto vrijeme (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000). Smirujuće aktivnost podrazumijevaju ugodan dio večernje rutine, a te aktivnosti mogu biti maženje, pjevanje uspavanki, molitva, igranje, pričanje pričica, gledanje slikovnica (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000), a zatim se dijete smjesti u krevet, obično uz poljupce za laku noć, te roditelji napuste sobu i ostave dijete samo u njegovoj sobi (Jenni i O'Connor, 2005). Takvi večernji rituali omogućiti će djetetu da zadnje minute prije spavanja provede skladno i ugodno (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000), jer sve te aktivnosti vode ka postupnome smanjenju vanjskih podražaja okoline, te one pružaju djetetu određenu sigurnost prije nego ono ostane samo u svojoj sobi (Giannotti i Cortesi, 2009).

Američka akademija pedijatrije (Cohen, 1999; prema Milan i sur., 2007) preporučila je roditeljima kako bi trebali održavati primjenu rutina jer će time olakšali djetetov odlazak na spavanje. Večernje rutine služe djeci kao znakovi koji ukazuju na to da uskoro treba poći na spavanje, tj. ti znakovi pomažu djeci u povezivanju, uparivanju perioda vremena prije odlaska

na spavanje s nadolazećim vremenom spavanja (Cohen, 1999; prema Hale i sur., 2009). Postoji određeno shvaćanje kojim se ističe kako večernji rituali i pridržavanje određenoga vremena spavanja olakšava djetetov razvoj sposobnosti samoregulacije (Institute of Medicine, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, 2000; prema Milan i sur., 2007). Slično razmišljaju i danske obitelji, koje gledaju na redovitost djetetovog odlaska na spavanje kao važno sredstvo pomoću kojega djeca postaju smirenija i razviju veću sposobnost samoregulacije (Harkness i Super, 2006; prema Milan i sur., 2007).

Vršenje stalnih večernjih rutina povezano je s manje problematičnim spavanjem u male djece, uključujući i smanjenje otpornosti odlaska na spavanje i manje noćnih buđenja (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer i Sadeh, 2006) i preporuča se kao sredstvo kojim se promovira zdravi san (Cohen, 1999; prema Brown i sur., 2015). Mindell, Telofski, Wiegand i Kurtz (2009) su svojim istraživanjem ustanovili da su djeca zaspala brže nakon što su odradili večernje rutine, te da se njihovo ponašanje u periodu odlaska na spavanje poboljšalo. Na primjer, djeca su manje dozivala svoje roditelje ili su manje izlazila iz kreveta nakon što su uvedene i primijenjene aktivnosti večernje rutine. Autori su takav rezultat bili očekivali, no iznenađujući rezultat jest taj da se ukupan san kroz cijelu noć poboljšao, a to je značilo da je smanjen broj noćnih buđenja i trajanje tih buđenja, te je povećana i pospješena konsolidacija sna.

Kod djece predškolske dobi kasnije i neredovito vrijeme odlaska na spavanje povezano je sa dužim periodom potrebnim da dijete zaspi, manjom ukupnom količinom sna, te manjom kvalitetom djetetovog sna (Iwata, Iwata, Iemura, Iwasaki i Matsuishi, 2011). Dok je provođenje dosljednih rutina prije odlaska na spavanje povezano s boljim snom i boljim ponašanjem tijekom dana (Adams i Rickert, 1989; prema Alfano i sur., 2013,), te je također povezano s boljim fizičkim zdravljem i boljim ponašajnim i kognitivnim ishodima (Buckhalt, El-Sheikh i Keller, 2007, Chaput, Brunet i Tremblay, 2006, Sekine i sur., 2002, Snell, Adam i Duncan, 2007, Dahl, 1996; sve prema Hale i sur., 2009). Hale i suradnici (2009) tako zaključuju da je primjena večernjih rutina važna ponašajna komponenta zdravoga sna i razvoja djece predškolske dobi. U razdoblju predškolske dobi djeca postaju općenito više nezavisna i počinju razvijati samoregulirajuća ponašanja (Smith, Leppert, Alfano i Dougherty, 2014). Stoga bi taj period mogao biti kritičan period u kojem bi roditelji trebali poučiti djecu higijeni spavanja i samoregulaciji spavanja. Razumijevanje interakcija između roditelja i djeteta u odnosu na proces spavanja jest vrlo bitno za rješavanje ranih poteškoća spavanja (Smith i sur., 2014).

Autori Kast-Zahn i Morgenroth (2000) napominju kako je kod određivanja večernjih rutina bitno da granice postavlja roditelj, a ne dijete, te objašnjavaju zbog čega je to bitno, do čega dovodi pridržavanje tih određenih granica. Ono što dijete može odabrati ili odrediti, kada je već dovoljno veliko, jesu aktivnosti unutar zajedničkog vremena druženja s roditeljima. Samo je važno da su vremenske granice postavljene od strane roditelja. Ako roditelj djeluje nesigurno po pitanju određivanja točnog vremena odlaska na spavanje i vremena trajanja večernjih rituala, dijete će to odmah osjetiti. Kada osjeti nesigurnost ono će se krenuti zahtijevati još aktivnosti ili ponavljanje istih, npr. čitanje još jedne, pa druge, pa treće priče. No, do takvih rasprava ne bi trebalo doći ako je tijekom večernjih rutina uvijek isti. Na taj način djeca najlakše nauče prihvatiti vremenska ograničenja i postavljene vremenske okvire aktivnosti unutar rutine. Večernje rutine omogućuju i ostvarivanje prisne veze između roditelja i djeteta koja onda olakšava svladavanje i posljednjeg koraka, a to je da dijete zaspe samo, bez roditeljske pomoći. Dobar ugođaj koji se stvori prakticiranjem ugodnih aktivnosti učvrstit će djetetov osjećaj da ono ima potporu, sigurnost i pažnju svojih roditelja. Taj osjećaj važan je preduvjet djetetu kako bi se ono moglo doživjeti kao samostalna osoba koja ima povjerenja u vlastite sposobnosti. Tada djetetu neće biti potrebna neprestana tjelesna blizina roditelja kao dokaz ljubavi i potpore.

Rutine koje se obavljaju prije odlaska na spavanje jedna su od domena higijene spavanja. Higijena spavanja jest termin kojim se opisuju aktivnosti roditelja i djece koje promoviraju dobru kvalitetu sna, koje dozvoljavaju dovoljnu količinu sna i kojima se prevenira pospanost tijekom dana (LeBourgeois, Giannotti, Cortesi, Wolfson i Harsh, 2005; prema Mindell i sur., 2009). Osim večernjih rutina, ostale domene higijene spavanja su okolina spavanja i danje aktivnosti. (LeBourgeois i sur., 2005; Zarcone, 2002; Owens i Mindell, 2003; sve prema Mindell i sur., 2009). Autori Owens i Witmans (2004) su naveli određene principe higijene spavanja ili dobrih navika spavanja. Ti principi pomažu u postavljanju „temelja“ zdravoga sna i u prevenciji razvoja problema spavanja.

1.3.2. Strategije smirivanja i uspavlivanja djece

Postoji nekoliko strategija koje se koriste prilikom djetetovog odlaska na spavanje i nakon djetetovih buđenja tijekom noći, kojima roditelji umiruju svoju djecu i „pomažu“ im pri njihovom usnivanju.

Morrell i Cortina-Borja (2002) konstruirali su upitnik roditeljskih interaktivnih ponašanja u vrijeme djetetovog odlaska na spavanje. Otkrili su pet strategija smirivanja djece i pripremanja za spavanje. To su: aktivno fizičko tješjenje (npr. zagrljaj, maženje), poticanje djetetove autonomije (npr. ostaviti da dijete plače), pokret (npr. vožnja autom), pasivno fizičko tješjenje (npr. stajanje pokraj krevetića bez uzimanja djeteta u ruke) i zadnje, socijalno tješjenje (npr. čitanje priče) (Giannotti i Cortesi, 2009). Strategije aktivnog fizičkog tješjenja i poticanje autonomije su najčešće korištene strategije, a slijede ih strategija pasivnog fizičkog tješjenja i socijalno tješjenje, dok je najmanje korištena strategija, strategija korištenja pokreta. Obje strategije fizičkog tješjenja, i aktivna i pasivna, pokazale su se povezanima s problemima spavanja u djece. Kada je prilikom stavljanja djece na spavanje korišteno verbalno i socijalno tješjenje, nije pronađena veza sa problemima spavanja u novorođenčadi (Morrell i Cortina-Borja, 2002).

Strategije aktivnoga tješjenja i postavljanja granica (koja odgovara ranije spomenutoj strategiji poticanja autonomije) su najistaknutije strategije koje roditelji koriste za umirivanje svoje djece nakon noćnih buđenja (Morrell i Steele, 2003). Postavljanje granica podrazumijeva postupno iščezavanje ponašanja, tj. nereagiranje od strane roditelja na djetetove zahtjeve nakon noćnih buđenja, te podrazumijeva minimalnu interakciju između roditelja i djece tijekom noći (Coulombe, 2010). Za razliku od te strategije, aktivno tješjenje uključuje odgovaranje na djetetovo buđenje i ispunjavanje djetetovih zahtjeva, što može uključivati i zajedničko spavanje s djetetom u njegovom krevetu ili prenošenje djeteta iz njegovog kreveta i sobe u roditeljski krevet (Coulombe, 2010). Aktivno tješjenje povezano je problemima spavanja kod novorođenčadi (Morrell i Cortina-Borja, 2002) i kod djece predškolske dobi (Johnson i McMahan, 2008), te predviđa razvoj i prisutnost problema usnivanja i noćnih buđenja kod male djece (Morell i Cortina-Borja, 2002; Morrell i Steele, 2003). Kod djece predškolske dobi roditelji znaju koristiti još dvije strategije, koje nisu toliko istražene i opisane u literaturi, a to su: kazna i nagrade za određena ponašanja tijekom noćnih buđenja (Coulombe, 2010).

Roditeljska prisutnost i aktivno uključivanje u umirivanje djeteta i njegovo uspavljivanje povezani su s povećanim problemima spavanja djece (Giannotti i Cortesi, 2009). Roditelji svojim visoko interaktivnim ponašanjima sprječavaju i onemogućuju razvoj djetetove sposobnosti samostalnog umirivanja i usnivanja (Morrell i Cortina-Borja, 2002). Autori Morrell i Cortina-Borja (2002) naglašavaju ulogu strategije poticanja autonomije djeteta. Ona bi se trebala koristiti jednako često kao i strategija aktivnog fizičkog tješjenja.

Takav zaključak je donesen upravo iz razloga što se pokazalo kako su roditelji djece koja nisu imala problema sa spavanjem koristili strategiju aktivnog fizičkog tješnja kao jednu od najčešće korištenih, ali je njezino korištenje bilo uravnoteženo s upotrebom strategije ohrabivanja autonomije. Suprotno tome, roditelji djece koja su imala problema sa spavanjem pretežno su koristili fizičko tješnje, uz odsustvo ili rjeđe korištenje strategije autonomije. Dakle, prema navedenome, bitna je uravnotežena upotreba tih dviju strategija. Kako se dijete razvija i raste, očekuje se da će i roditelji prilagoditi i promijeniti svoje strategije u skladu s očekivanjima da dijete razvije određenu autonomiju. Primjerice, roditelji mogu koristiti aktivno fizičko tješnje dok je dijete još novorođenče, ali kako dijete raste potrebno je ohrabrivati i poticati njegovu autonomiju, a ne se držati početne strategije.

1.4. Roditeljska samoefikasnost

Samoefikasnosti je vjerovanje pojedinca u vlastite sposobnosti izvođenja nekog ponašanja koje ima utjecaj na događaje, a događaji vrše utjecaj na život pojedinca (Bandura, 1982). Pojam roditeljske samoefikasnosti je potkategorija općeg pojma samoefikasnosti. Teti i Gelfand (1991; prema Coleman i Karakker, 1998) opisali su roditeljsku samoefikasnost kao stupanj u kojem se roditelji doživljavaju sposobnima i djelotvornima u roditeljskoj ulozi. Da bi se roditelji osjećali efikasnim, Coleman i Karakker (1998) navode kako trebaju posjedovati znanje o tipičnim situacijama u odgoju djeteta i prikladnim odgovorima na te situacije, zatim povjerenje u vlastite sposobnosti i mogućnost rješavanja takvih situacija, i na kraju, vjerovati kako će njihovo dijete odgovoriti u skladu s njihovim očekivanjima i da će i drugi ljudi iz njihovog društvenog okruženja biti podržavajući glede njihovih napora i poduzetih koraka.

1.4.1. Razvoj roditeljske samoefikasnosti

Autori Coleman i Karkaker (1998) navode četiri moguća mehanizma kroz koja se razvija roditeljska samoefikasnost, a to su iskustva u djetinjstvu, vanjske poruke tj. povratne informacije, iskustvo roditeljstva, i stupanj kognitivne ili ponašajne pripreme za roditeljsku ulogu. Vjerovanja o roditeljskoj samoefikasnosti barem jednim dijelom proizlaze iz iskustava koje osobe imaju u djetinjstvu (Grusec, Hastings, & Mammone, 1994; prema Coleman i Karkaker 1998). Roditelji u svoju roditeljsku ulogu donose svoje reprezentacije o odnosima koje su prije imali, a zbog toga zapravo imaju svoju percepciju kako se jedan roditelj treba ponašati i što treba činiti. Ova vjerovanja temelje se na općenitim odnosima s drugim ljudima,

ali također i na stilovima privrženosti koje osobe usvoje od svojih roditelja tijekom djetinjstva (COPMI, 2016).

Drugi mehanizam orijentiran je na elemente makrosistema (Grusec i sur., 1994; prema Coleman i Karakker, 1998). Razne kulture i društva su zasigurno izvor brojnih poruka o roditeljskim vrijednostima kao i relevantnih informacija o brizi za djecu i njihovom razvoju. No, malo je vjerojatno da kulturalni kontekst ima značajan utjecaj na specifične roditeljske kognicije, kao što je i samoefikasnost. Isto ističe i Goodnow (1985; prema Coleman i Karakker, 1998), koji kaže kako je kulturalni utjecaj na roditeljske kognicije minimalan, a to objašnjava time da roditelji nisu samo pasivni primatelji kulturalnih vrijednosti, nego upravo suprotno, odabiru se one kulturalne vrijednosti koje su u skladu s osobnim sistemom vjerovanja.

Treći mogući mehanizam razvoja roditeljske efikasnosti jesu stvarna iskustva koje majke imaju sa svojom djecom, te susreti i interakcije s djecom rođaka, prijatelja ili poznanika (Coleman i Karakker, 1998). Goodnow (1985; prema Coleman i Karakker, 1998) smatra kako su povratne informacije koje se dobiju iz interakcija između odrasle osobe i djeteta, primarni izvor informacija o kompetentnosti, te se stoga trebaju smatrati utjecajnim na percepciju osoba o svojim sposobnostima u nošenju s izazovima roditeljstva.

Zadnji navedeni mehanizam razvoja roditeljske samoefikasnosti jest stupanj kognitivne i ponašajne pripreme za roditeljsku ulogu. Kognicije koje majka iskusi tijekom trudnoće mogu utjecati na njezinu roditeljsku samoefikasnost. Primjerice, sposobnost da žena može samu sebe zamisliti kao majku povezana je s njezinim odgovorima na potrebe novorođenčeta (Coleman i Karakker, 1998).

1.4.2. Shvaćanje roditeljske samoefikasnosti

Roditeljska samoefikasnost može na različite načine utjecati na roditeljska ponašanja. Nije sasvim jasno što leži u pozadini interakcija između roditeljske samoefikasnosti i efikasnog roditeljstva. Ovisno o određenim konceptualizacijama i primjeni, roditeljsku samoefikasnost možemo sagledati i shvaćati kao prethodnikom, posljedicom, medijatorom i transakcijskom varijablom roditeljstva (Jones i Prinz, 2005).

Kada se roditeljska samoefikasnost sagledava kao prethodnik govori se o njezinom utjecaju na roditeljsku kompetenciju (Jones i Prinz, 2005). Kada se roditelji osjećaju kompetentnima u svojoj roditeljskoj ulozi, vjerojatnije je da će iskazivati djelotvorna

roditeljska ponašanja, koja zatim imaju utjecaj na razvojne ishode djeteta (Bloomfield i sur., 2005).

Ekološki kontekst tj. faktori okoline su najčešće varijable koje utječu na roditeljsku samoefikasnost i tada ju shvaćamo i tumačimo kao posljedicu tih faktora. Varijable kao što su nizak socioekonomski status ili karakteristike susjedstva u kojem se živi mogu ograničiti razvoj roditeljske samoefikasnosti. Također, mogući problemi koje dijete može imati, koji predstavljaju izazov roditeljstvu (kao što su ADHD, autizam, itd.) utječu na razvoj i doživljaj roditeljske samoefikasnosti (Jones i Prinz, 2005).

Roditeljska samoefikasnost shvaćena kao medijator tj. posrednik odnosi se na vezu između faktora okoline i roditeljske kompetencije. Određeni uvjeti okoline mogu narušiti pouzdanje u roditeljsku ulogu i time dovesti do manje djelotvornog roditeljstva (Jones i Prinz, 2005). Primjerice, faktor okoline kao što je depresija majke, može umanjiti njezin osjećaj pouzdanja u majčinske sposobnosti. To onda dovodi do toga da je ona zaista manje djelotvorna u ulozi majke, dakle, da iskazuje roditeljska ponašanja koja su manje djelotvorna (COPMI, 2016).

Roditeljska samoefikasnost može djelovati i kao transakcijska varijabla. To znači kako roditeljska ponašanja i uspjesi ili neuspjesi, koji su rezultat tih ponašanja, daju roditeljima određenu povratnu informaciju koja zatim utječe na roditeljsku samoefikasnost. Na primjer, roditelji s višom razinom roditeljske samoefikasnosti mogu iskazati više uspjeha u svom roditeljskom ponašanju, što rezultira boljim ishodima u djetetovom razvoju. Ti dobri ishodi u djetetovom razvoju su roditeljima dobra povratna informacija koja zatim povećava njihovu roditeljsku samoefikasnost (Jones i Prinz, 2005).

1.4.3. Važnost roditeljske samoefikasnosti

Roditeljska percepcija sposobnosti za djelotvorno i uspješno roditeljstvo izravno utječe na to kakvi su oni roditelji. Dakle, roditeljska ponašanja i odgoj djece pod utjecajem je razine roditeljske samoefikasnosti. Da bi roditelji iskazivali poželjna i pozitivna roditeljska ponašanja u svojim obiteljima, potrebna je veća razina roditeljske samoefikasnosti (Coleman i Karakker, 1998).

Majčino visoko vjerovanje o vlastitoj samoefikasnosti u roditeljskog ulozi povezano je s responsivnim, stimulirajućim i nekažnjavajućim odgojem djece (Unger i Waudersman, 1985; prema Coleman i Karraker, 2003) i time da majke koriste aktivne strategije suočavanja s problemima (Wells-Parker, Miller i Topping, 1990; prema Coleman i Karakker, 2003). Niska roditeljska samoefikasnost utječe na različita područja života (Coleman i Karraker, 1998).

Nizak osjećaj majčine samoefikasnosti povezan je s depresijom majke (Teti i Gelfand, 1991; Coleman i Karakker, 2003), sa stvarnim i postojećim ponašajnim problemima djece, majčanim percepcijama zahtjevnosti djeteta (Johnston i Mash, 1989; prema Coleman i Karakker, 2003), pasivnim strategijama suočavanja unutar roditeljske uloge i visokom razinom stresa (Wells-Parker i sur., 1990; prema Coleman i Karakker, 2003).

Također, roditelji koji imaju osjećaj niske roditeljske samoefikasnosti iskazuju nemogućnost uspješne primjene znanja koja imaju o roditeljstvu, postaju preokupirani samima sobom, često budu visoko negativno emocionalno pobuđeni, te ne pokazuju upornost u roditeljstvu (Grusec, Hastings i Mammone, 1994; prema Coleman i Karakker, 2003). Ovi podaci slažu se s Bandurinim shvaćanjem generalnog pojma samoefikasnosti. Osobe s niskim procjenama vlastite učinkovitosti, kada se suoče sa stresnim situacijama, sklonije su brže i lakše odustati, te se povući iz te stresne situacije. Te osobe usvajaju i pripisuju sebi neuspjeh, zatim mogu iskusiti anksioznost i depresiju, te doživjeti smanjeno zadovoljstvo svojom ulogom (Bandura, 1982). Roditelji koji se osjećaju neučinkovito u svojim ulogama skloni su osjećati preopterećenost koju im zadaju njihove roditeljske dužnosti. S druge strane, roditelji koji se osjećaju učinkovito doživljavaju osjećaj osobnog osnaživanja, što utječe na upravljanje i izvršavanje raznih zadataka roditeljstva na više zadovoljavajući način (Kwok i Wong, 2000; prema Coleman i Karakker, 2003).

1.4.4. Roditeljska samoefikasnost i ishodi kod djece

Roditeljska vjerovanja o samoefikasnosti središnji su korelat roditeljskih ponašanja koji je povezan sa stvaranjem pozitivne okoline za odgoj djece, a takva okolina utječe na i pridonosi dječjem razvoju (Coleman i Karakker, 2003). Nekoliko istraživanja ustanovilo je vezu između niske roditeljske samoefikasnosti i ishoda u djece u području socioemocionalnog razvoja (Donovan i Leavitt, 1985, 1989; Swick i Hassell, 1990; sve prema Coleman i Karakker, 2003) i području školskog postignuća (Bandura, Barbaranelli, Caprara i Pastorelli, 2001; Elder, Eccles, Ardeli i Lord, 1995; sve prema Coleman i Karakker, 2003). Autori Ardeli i Eccles (2001; prema Jones i Prinz, 2005) smatraju da roditelji koji se osjećaju efikasnim, tj. koji iskazuju viši stupanj roditeljske samoefikasnosti, češće će iskazivati takve strategije roditeljstva koje povećavaju izgled uspjeha njihovoj djeci u akademskom i socijalno-psihološkome području razvoja. Autori Bor i Sanders (2004) ističu da je roditeljska samoefikasnost povezana s dječjim razvojem u vidu prilagodbe ponašanja, tj. da ono utječe na djetetovo ponašanje, te da se može spriječiti razvoj problema u ponašanju kod djece ako

roditelji porade na svojoj roditeljskoj samoefikasnosti. Autori Abarashi, Tahmassian, Mazaheri, Panaghi i Mansoori (2014) navode da roditeljska samoefikasnost povećava pozitivne interakcije između majke i djeteta, koje zatim doprinose mentalnome zdravlju djeteta. Dakle, roditeljska samoefikasnost preko pozitivnih interakcija utječe na mentalno zdravlje djece.

1.5. Roditeljska ponašanja, roditeljska samoefikasnost i problemi spavanja djece

Problemi sa spavanjem česti su kroz razdoblje razvoja djece dojenačke i najranije dječje dobi te u ranom djetinjstvu (Brandhorst, Hautzinger i Schlarb, 2016). Simóla i suradnici (2010; prema Rhoades i sur., 2012) navode kako se učestalost tih problema kreće između 34% i 45%, dok su Mindell i suradnici (2013; prema Patrick, Millet i Mindell, 2015) u kroskulturalnom uzorku našli kako se učestalost ovoga problema u male djece kreće u rasponu od 15% do 40%. Prisutnost problema sa spavanjem u djetinjstvu povezana je s kasnijim ponašajnim, afektivnim, akademskim, kognitivnim i neurološkim funkcioniranjem (El-Sheikh, Buckhalt, Keller, Cummings i Acebo, 2007; prema Rhoades i sur., 2012). Stoga, važno je identificirati i razumjeti faktore koji mogu utjecati na kvantitetu i kvalitetu sna u pedijatrijskoj populaciji (Patrick i sur., 2015).

Roditeljstvo, roditeljski odgojni stil i razna ponašanja koja roditelji iskazuju prema svojoj djeci utječu na djecu i njihovo djetinjstvo, što uključuje akademske, psihološke, ponašajne i socijalne domene (Reid i sur., 2015). Isto tako, različita istraživanja ukazuju i na povezanost roditeljskih stilova i ponašanja na kvalitetu sna djeteta. Primjerice, struktura koju roditelji uspostave svojim ponašanjima u odgoju povezana je s ranijim odlascima na spavanje, boljom kvalitetom sna i manjim smetnjama sna u djeteta (Adam, Snell i Pendry, 2007; Owens-Stively i sur., 1997; prema Patrick i sur., 2015). S prethodno navedenim se slažu i rezultati istraživanja autora Owens-Stively i suradnika (1997; prema Bell i Belsky, 2008) koji su utvrdili kako je veća roditeljska popustljivost povezana s problemima spavanja djece. Liu i suradnici (2000; prema Bell i Belsky, 2008) su pronašli kako roditeljski stil koji je okarakteriziran nametanjem krivnje i primjenom fizičkih kazni također utječe na san djeteta. Slične rezultate dobili su i Rhoades i suradnici (2012) koji kažu kako izloženost stresnim obiteljskim interakcijama tokom dana, koje uključuju bračnu hostilnost i hostilno roditeljstvo, mogu interferirati s osjećajem sigurnosti djeteta prilikom odlaska na spavanje te osjećajem sigurnosti kroz noć, a to onda dovodi do problema spavanja. Kao bitni faktori koji utječu na san djece predškolske dobi pokazali su se i majčina osjećajnost, njezina podrška autonomije

djeteta i kvaliteta interakcija između oca i djeteta u vrijeme dok su djeca bila dojenčad (Bordeleau, Bernier i Carrier, 2012).

Uz navedeno, na san djece mogu utjecati i ponašanja koja roditelji iskazuju u interakciji s djecom prije odlaska na spavanje ili ponašanja tj. određeni postupci koje roditelji čine kada se dijete budi noću i prekida svoj san. Preko 30% predškolske djece probudi se barem jednom tokom noći te tada traže roditeljsku pažnju i pomoć (Coulombe i Reid, 2014). Roditeljska ponašanja koja su odgovor na ta buđenja igraju važnu ulogu u razvoju, održavanju i tretiranju noćnih buđenja (Johnson i McMahon, 2008) i općenito problema spavanja djece. Tako se primjerice korištenje rutina prije spavanja i rasporeda spavanja koje roditelj napravi pokazalo djelotvornim u smanjenju problema spavanja u djece u različitim rasnim i etničkim grupama ispitanika (Mindell, Sadeh, Kohyama i How, 2010; Mindell, Telofski, Wiegand i Kurtz, 2009; Sadeh, Mindell, Luedtke i Wiegand, 2009; sve prema Patrick i sur., 2015). Sadeh i suradnici (2010) u rezultatima svoga istraživanja dojenčadi zaključuju kako minimalno roditeljsko uključivanje tokom djetetovog procesa smirivanja i započinjanja sna te također minimalnog uključivanja kroz noć (noćna buđenja djeteta) rezultira mirnijim, čvršćim snom djece. Isti zaključak su donijeli i Johnson i McMahon (2008) na populaciji djece predškolske dobi, a zaključak je kako više roditeljskog „uplitanja“, njihovih interakcija s djetetom u vrijeme odlaska na spavanje značajno doprinosi djetetovom problemu spavanja. Roditeljske strategije ponašanja vezane za rane probleme spavanja djece, uključujući spavanje uz dijete, donošenje hrane i pića u spavaću sobu, mogu doprinijeti budućim problemima sna u zdravoj populaciji (Simard, Nielsen, Tremblay, Boivin i Montplaisir, 2008; prema McCarthy, Bastiani i Williams, 2016).

Osjećaj samoefikasnosti, kompetentnosti u roditeljskoj ulozi je još jedan relevantan faktor koji utječe na to kako će se oni ponašati tijekom problema sa snom djeteta, a dakle utječu i na sam taj problem (Brandhorst, 2016). Utvrđeno je da je viši osjećaj samoefikasnosti skrbnika povezan s višom sposobnosti djeteta da sam sebe umiri, a ta sposobnost mu omogućuje ponovno započinjanje sna i nastavak mirnog sna kroz noć (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor, Anders, 2002; prema Brandhorst, 2016). Thunstrom (1999; prema Bell i Belsky, 2008) je svojim istraživanjem novorođenčadi i dojenčadi pronašla kako je stres koji majke doživljavaju, a koji uključuje i osjećaje nekompetentnosti u roditeljskoj ulozi, povezan s produženom latencijom sna djeteta i njegovim čestim buđenjima tijekom noći. Wolfson, Lacks i Futterman (1992) proučavali su efekte koje ima edukacija parova koji će postati roditelji o spavanju novorođenčadi na njihov osjećaj kompetentnosti u roditeljskoj ulozi.

Roditelji koji su prisustvovali edukaciji iskazivali su veću roditeljsku efikasnost u upravljanju djetetovim spavanjem. Edukacija je doprinijela porastu osjećaja kompetencija, a time i boljem snu djece.

Iz do sada napisanoga možemo razabrati opisana tri različita konstrukta koja utječu na san djeteta, to su roditeljski stil ili ponašanja koja roditelj iskazuje u odgoju djeteta, zatim interakcije roditelja i djece kada dijete ide na spavanje, k tome su priključene i strategije koje roditelji koriste kada se njihovo dijete ima problem sa spavanje, i zadnji konstrukt jest osjećaj roditeljske kompetentnosti ili samoefikasnosti. Konstrukte slične ovim navedenima koristili su autori Johnson i McMahon (2008) u svojem istraživanju, te su ispitali njihov utjecaj na problem spavanja u djece. Ispitali su konstrukt roditeljske izdržljivosti (eng. *hardiness*), kognicije roditelja vezane za spavanje djece i interakcije u vrijeme spavanja. Rezultati njihova istraživanja su sljedeći: roditelji koji su postigli niži rezultat na izdržljivosti iskusili su više problema sa kognicijama vezanim za spavanje koje su povezane s dvojbama oko roditeljske kompetencije, te također iskazuju više ljutnje i poteškoće sa postavljanjem granica kada dijete odlazi na spavanje. Dakle, izdržljiv roditelj razumjeti će važnost postavljanja granica i poticati će samostalnost djeteta prilikom rutina koje obavlja prije odlaska na spavanje i prilikom noćnih buđenja, a time će poticati i potkrepljivati djetetov optimalan san (Johnson i McMahon, 2008).

1.6. Cilj istraživanja

Ranija istraživanja pokazala su određenu povezanost s problemima spavanja u djece, te određene doprinose u objašnjenju tih problema. Na našem području tematika problema spavanja djece predškolske dobi, prema našim saznanjima, nije bila sustavno istraživana. Cilj ovog rada jest ispitati tu problematiku i to s novom mjerom problema spavanja. Još jedan cilj jest ispitivanje doprinosa triju konstrukata: roditeljskih ponašanja i dimenzija, interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje i roditeljske samoefikasnosti, u objašnjenju problema spavanja djece predškolske dobi. Konstrukti roditeljskih ponašanja (stila roditeljstva i roditeljskih interakcija s djecom prije odlaska na spavanje) biti će ispitani novijim skalama koje, prema mojim saznanjima, ranije nisu nikada povezane u istraživanjima. Za potrebe ovog istraživanja bit će prevedene i prilagođene skale problema spavanja i nova i jedina postojeća skala interakcija roditelja i djece prije spavanja za djecu predškolske dobi.

2. PROBLEM(I) RADA I HIPOTEZE

2.1. Problemi rada

- 1) Utvrditi izraženost problema spavanja kod djece predškolske dobi.
- 2) Ispitati u kojoj mjeri interakcija između roditelja i djece prije spavanja, roditeljska ponašanja i osjećaj roditeljske kompetencije predviđaju probleme spavanja u djece predškolske dobi.

2.2. Hipoteze

- 1) Konflikti vezani za spavanje, zavisnost djetetovog sna o prisutnosti roditelja i potkrepljivanje spavanja značajno će doprinosti ukupnom problemu spavanja u djece.
- 2) Djeca čiji roditelji potiču autonomiju djeteta, koji su emocionalno topli i koji iskazuju demokratsku disciplinu u svojim roditeljskim ponašanjima, imaju manje problema sa spavanjem.
- 3) Djeca čiji roditelji iskazuju visoku punitivnu disciplinu, permisivnu disciplinu i anksioznu intruzivnost imaju više problema sa spavanjem.
- 4) Osjećaj roditeljske nekompetentnosti predviđa probleme sa spavanjem u djece.

3. METODA

3.1. Sudionici

Ciljana skupina ispitanika bili su roditelji djece starosti od 3 do 6 godina. Prvotno je prikupljeno 467 ispitanika, a izbacivanjem ispitanika zbog duplo poslanih odgovora, te odgovora koji su se odnosili na mlađu ili stariju starosnu skupinu djece od željene, preostalo je 409 ispitanika. Istraživanje su ispunile 402 majke (98,3%) i 7 očeva (1,7%), čiji je raspon dobi bio od 20 do 48 godina. Prosječna dob za majke iznosi 32,75 godina, a za očeve 35,14 godina. Velika većina ispitanika, njih 95,1%, je u braku ili izvanbračnoj zajednici, 7% je samo bez partnera, 9% razvedenih, 3% razvedenih, no imaju novog partnera i 1% je udovac ili udovica. Većina očeva ima završenu srednju školu (58,2%) i velika većina očeva je zaposlena (95,4%) (ovi podaci odnose se na demografske varijable: obrazovanje roditelja i zaposlenost roditelja djeteta, dakle na sve očeve djece, a ne samo na ispitane očeve). Postotak najvišeg stupnja obrazovanja u majki jednak je i za srednju i visoku školu, a ono iznosi 37,9%. Zaposleno je 68,9% majki. Ispitanici su stanovnici raznih područja Republike Hrvatske (87,4%) i mali dio procjenjivača je izvan granica RH (3,1%), a njih 9,5% nije se izjasnilo o mjestu stanovanja. Najveći dio ispitanika je s područja Zagrebačke županije (32,2%), zatim slijede Primorsko-goranska (8,5%), Splitsko-dalmatinska (8,2%), Dubrovačko-neretvanska županija (5,3%), itd. Raspon dobi djece je od 2,5 godina do 6,9 godina, s prosječnom dobi od 4,4 godine. Uzorak djece je prilično podjednak što se tiče spola djece. Od 409 procjenjivane djece bilo je 207 dječaka (50,6%) i 202 djevojčice (49,4%). Od ukupnog uzorka djece 78,5% djece pohađa vrtić, 69,7% ih je prvorodeno, a 46,5% ih ima još jednog brata ili sestru.

3.2. Instrumentarij

U istraživanju korišteni su sljedeći instrumenti: Upitnik roditeljskih ponašanja i dimenzija (The Parenting Behaviours and Dimensions Questionnaire - PBDQ; Reid, Roberts, Roberts i Piek, 2015), Skala interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje (Parent-Child Sleep Interactions Scale - PSIS; Alfano, Smith, Reynolds, Reddy i Dougherty, 2013), Skala roditeljske samoefikasnosti (Keresteš, Brković, Kuterovac Jagodić i Greblo, 2012) i Upitnik problema spavanja djece (Children's Sleep Habits Questionnaire - CSHQ; Owens, Spirito i McGuinn, 2000). Navedene mjere detaljnije su opisane u nastavku.

3.2.1. Upitnik roditeljskih ponašanja i dimenzija

The Parenting Behaviours and Dimensions Questionnaire (PBDQ; Reid i sur., 2015) je upitnik kojim se mjeri 6 sržnih dimenzija „suvremenog“ roditeljskog ponašanja, a to su: emocionalna toplina, punitivna disciplina, anksiozna intruzivnost, podrška autonomije, permisivna disciplina i demokratska disciplina. Primjeri čestica za svaku od 6 dimenzija, tj. subskala glase: za emocionalnu toplinu: „Odgovaram na djetetove osjećaje i potrebe.“, za punitivnu disciplinu: „Kazne koje odredim ovise o mome raspoloženju.“, za anksioznu intruzivnost: „Više sam zabrinut za djetetove osjećaje nego za svoje.“, za podršku autonomije: „Potičem dijete da pokuša samo prije nego što zatraži pomoć.“, za permisivnu disciplinu: „Popuštam svom djetetu kada se uznemiri.“ i za demokratsku disciplinu: „Razgovaram sa svojim djetetom o posljedicama njegovih postupaka.“. Ovaj upitnik sastoji se od 33 čestice. Ispitanike se pita koliko često iskazuju određeno ponašanje opisano u pojedinoj tvrdnji. Svoje odgovore daju na skali Likertovog tipa, od 1 do 6, pri čemu 1 znači „nikada“, a 6 znači „uvijek“. Veći rezultat za subskalu emocionalne topline znači više roditeljskog prihvaćanja i iskazivanja pozitivnoga afekta prema djetetu. Kod subskale punitivne discipline veći rezultat upućuje na upotrebu strategija discipline koje ovise o raspoloženju roditelja i okarakterizirane su grubosti. Na subskali anksiozne intruzivnosti veći rezultat ukazuje na više roditeljske upletenosti u djetetov život, tj. pretjerana briga za dijete i roditeljsko povlađivanje djetetu. Niski rezultati na subskali podrške autonomije odražavaju razvojno neprimjereno, pretjerano i nepotrebno pružanje pomoći djetetu, te također upućuje na roditeljsku restriktivnu kontrolu. Viši rezultat na subskali permisivne discipline znači kako roditelji dopuštaju djeci visoki stupanj slobode ponašanja, tj. znači kako roditelji imaju poteškoća s postavljanjem pravila i granica, kako popuštaju djeci, te su nekonzistentni u svome ponašanju. Kod subskale demokratske discipline veći rezultat ukazuje na roditeljsko prihvaćanje djeteta, osjetljivost na djetetove potrebe, poučavanje autonomije, ali i postavljanje granica i strukture u odgoju djece na način koji omogućuje njihov konstruktivan razvoj.

Koeficijenti unutarnje konzistentnosti su zadovoljavajući ($\alpha = 0,70$) za svaku od 6 subskala upitnika (Reid i sur., 2015). Kako bismo provjerili faktorsku strukturu upitnika provedena je eksploratorna faktorska analiza, metodom glavnih komponenti (PC), uz kosokutnu (Oblimin) rotaciju. Metoda ekstrakcije bila je fiksirana na 6 faktora, koji objašnjavaju 47,20% varijance. Od tih 6 faktora 1 se pokazao neodrživim zbog premalog broja čestica, nelogičnosti i niske pouzdanosti, stoga je zadržano 5 faktora. Neodrživi faktor jest peti ekstrahirani faktor (vidljiv

u tablici u prilogu 1). Saturacije na pojedinim faktorima prikazane su u prilogu 1. Prvi faktor čine čestice koje prema originalnoj skali pripadaju dvama faktorima, to su emocionalna toplina i demokratska disciplina. Osim tih čestica, zasićenje na tom faktoru imala je i čestica 25, koja originalno pripada u dimenziju autonomije. Zbog nastojanja da faktor bude što „čišći“ i jasniji, ta čestica je uklonjena iz prvog faktora. Time nije znatno ugrožena pouzdanost faktora. Koeficijent pouzdanosti iznosi 0,73. Drugi faktor jest faktor permisivne discipline. Čine ga 4 originalne čestice i dvije čestice (3 i 13) koje pripadaju faktoru anksiozne intruzivnosti. Sadržajnom analizom utvrđeno je da te dvije čestice mogu odgovarati ovome faktoru, na što upućuju i analize pouzdanosti koje pokazuju da se njihovim uklanjanjem smanjuje koeficijent pouzdanosti. Cronbach α iznosi 0,76. Treći faktor jest faktor punitivne discipline. Čestice na ovome faktoru su u potpunosti jednake kao u originalnoj skali. Prvotno se uz te čestice pojavila i čestica 1, ali je izbačena, jer se njenim izbacivanjem povećava pouzdanost. Koeficijent pouzdanosti iznosi 0,73. Anksiozna intruzivnost je četvrti faktor. Prvotno je na njemu bilo 5 čestica, 4 originalne i jedne (čestica 9) koja inače pripada faktoru permisivne discipline. Izbacivanjem te čestice pouzdanost faktora se drastično povećava, sa 0,39 na 0,65, stoga je ta čestica uklonjena iz ovog faktora. Peti faktor je faktor podrške autonomije. Sastoji se od 5 čestica, 4 originalne, te još jedne čestice (čestica 10) koja u originalu spada u faktor demokratske discipline. Ta čestica glasi: „Potičem dijete da razmotri posljedice svojih odluka prije nego što ih donese.“ Prema svojem sadržaju ona smisljeno može spadati i u ovaj faktor. Iz tog razloga i razloga zadržavanja dobre pouzdanosti faktora, ta čestica je zadržana unutar ovog faktora. Koeficijent pouzdanosti za ovaj faktor iznosi 0,69. Deskriptivni podaci ove skale prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivni podaci skale Roditeljskih ponašanja i dimenzija

	M	SD	Raspon	Broj čestica	Cronbach Alpha
Emocionalna toplina i demokratska disciplina	42,88	3,46	30-48	8	0,73
Permisivna disciplina	17,71	4,72	6-34	6	0,76
Punitivna disciplina	14,00	4,44	5-30	5	0,73
Anksiozna intruzivnost	16,29	3,88	6-24	4	0,65
Podrška autonomije	24,60	3,13	14-30	5	0,69

3.2.2. Skala interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje

Parent-Child Sleep Interactions Scale (PSIS; Alfano i sur., 2013) je mjera koja se koristi za procjenu raznih ponašanja i interakcija između djeteta predškolske dobi i njihovih roditelja u vrijeme odlaska na spavanje. Te interakcije i ponašanja su zapravo dio večernjih rutina. Ovaj upitnik sastoji se od 12 čestica koje su grupirane u 3 faktora: Potkrepljivanje spavanja (4 čestice), Konflikta vezani uz spavanje (4 čestice) i Zavisnost u spavanju (4 čestice). Skala je za potrebe ovog istraživanja prevedena na hrvatski jezik. Primjer čestice za faktor Potkrepljivanje spavanja glasi: „Nagrađim svoje dijete za dobro ponašanje prije spavanja“, za faktor Konflikta vezanih uz spavanje je: „Moje dijete i ja prepiremo se oko vremena odlaska na spavanje“ i faktor Zavisnosti u spavanju: „Kada je vrijeme za odlazak na spavanje dijete dolazi k meni u moju sobu“. Ispitanici svoje odgovore za navedene tvrdnje upitnika procjenjuju na skali odgovora od 0 do 4, pri čemu 0 znači „nikada“, a 4 znači „uvijek ili gotovo uvijek“. Ispitanici procjenjuju koliko često se neko ponašanje ili interakcija dogodila u zadnjih mjesec dana. Veći rezultat označava veću prisutnost određenog ponašanja, tj. određenih interakcija djeteta i roditelja. Dakle, veći rezultat ukazuje na veću prisutnost ponašanja koja potkrepljuju spavanje, zatim na prisutnost više konflikata vezanih uz spavanje i nepridržavanje dogovorenih ponašanja vezanih uz spavanje, te na djetetovu veću zavisnost u spavanju. Veći rezultati ukazuju na to da vjerojatno nije razvijena dobra večernja rutina. Ova skala pokazuje dobru unutarnju konzistenciju, $\alpha = 0,82$ (Alfano i sur., 2013). Također je dobra pouzdanost svake subskale. Koeficijent pouzdanosti subskale Potkrepljivanje spavanja iznosi 0,76. Za subskalu Konflikta vezani uz spavanje ono iznosi 0,74, dok je za Zavisnost u spavanju 0,82.

Provedena je eksploratorna faktorska analiza, metodom glavnih komponenti (PC) uz kosokutnu (Oblimin) metodu rotacije, fiksirana na 3 faktora. Time je objašnjeno 58,89% varijance. Saturacije čestica na pojedinim faktorima prikazane su u prilogu 2. Faktor Konflikta vezanih uz spavanje isti je kao i u originalnoj skali. Pouzdanost tog faktora iznosi 0,74. Faktor Zavisnosti u spavanju sastoji se od 3 originalne čestice, a nedostaje mu čestica 9 koja je iskazala zasićenost na prvome faktoru. Ta čestica uklonjena je iz faktora Potkrepljivanje spavanja, jer je narušavala njegovu pouzdanost. Koeficijenti pouzdanosti tih faktora su 0,82 i 0,76. Deskriptivni podaci upitnika prikazani su u Tablici 2.

Tablica 2. Deskriptivni podaci skale Interakcija roditelja i djece prije spavanja

	M	SD	Raspon	Broj čestica	Cronbach Alpha
Konflikti vezani uz spavanje	4,88	3,20	0-16	4	0,74
Zavisnost u spavanju	5,40	4,15	0-12	3	0,82
Potkrepljivanje spavanja	8,79	4,39	0-16	4	0,76

3.2.3. Skala roditeljske samoefikasnosti

Skala roditeljske samoefikasnosti (Keresteš i sur., 2012) koristi se za procjenu samoefikasnosti roditelja. Ona je dio Skale roditeljske kompetentnosti. Skalu roditeljske kompetentnosti čine 3 subskele: roditeljska samoefikasnost, roditeljski eksternalni lokus kontrole i roditeljski internalni lokus kontrole. Roditeljska samoefikasnost sadrži 5 čestica na koje ispitanici svojim odgovorima vrše procjenu svojih kompetencija, svoje samoefikasnosti uloge roditelja. Ispitanici tu procjenu čine na ljestvici odgovora od 1 do 4, koja iskazuje stupanj slaganja s navedenim tvrdnjama, s time da 1 znači „uopće se ne slažem“, 2 „uglavnom se ne slažem“, 3 „uglavnom se slažem“ i 4 „potpuno se slažem“. Rezultat skale određuje se kao prosjek danih procjena. U istraživanju roditelja adolescenata za subskalu samoefikasnosti dobiveni su sljedeći Cronbach α koeficijenti: 0,76 za majke i 0,81 za očeve (Keresteš i sur., 2012). Koeficijent pouzdanosti u ovome istraživanju iznosi 0,76. Primjer čestice ove skale jest: „Većinu problema koje imam s djetetom mogu lako riješiti“. U tablici 3 prikazani su deskriptivni podaci ove skale. U ovome istraživanju konstrukt roditeljske kompetentnosti mjerili smo skalom roditeljske samoefikasnosti.

Tablica 3. Deskriptivni podaci skale roditeljske samoefikasnosti

	M	SD	Raspon	Broj čestica	Cronbach Alpha
Roditeljska samoefikasnost	15,84	2,25	7-20	5	0,76

3.2.4. Upitnik problema spavanja djece

Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ; Owens i sur., 2000) je mjera pomoću koje se na osnovi roditeljskih zapažanja i njihovih odgovora mjere djetetove navike vezane za spavanje i djetetovi problemi sa spavanjem. Ovaj upitnik sadrži 33 čestice, koje su

raspoređene u 8 subskala: pružanje otpora prilikom odlaska na spavanje, odgođen odlazak na spavanje, trajanje sna, anksioznost vezana za spavanje, noćna buđenja, parasomnije, disanje tijekom spavanja i pospanost tokom dana. Ovaj upitnik je za potrebe istraživanja također preveden na hrvatski jezik. Ispitanici odgovaraju na svaku tvrdnju na skali od 1 do 3, pri čemu 1 označava „rijetko“, 2 označava „ponekad“, 3 označava „uglavnom“. Odgovori na tvrdnje se zbrajaju i time se dobiva ukupan rezultat problema sa spavanjem u djece. Taj rezultat se interpretira na kontinuumu na kojemu viši rezultat ukazuje na više problema sa spavanjem (Mulraney, Giallo, Lycett, Mensah i Sciberras, 2015). Autori skale navode da rezultat veći od 41 pokazuje najbolju dijagnostičku pouzdanost, no treba naglasiti kako nema ustanovljenih normi za ukupan rezultat skale i subskala. Upitnik ima prihvatljive koeficijente unutarne konzistentnosti od 0,68 i 0,78 za neklinički i klinički uzorak (Owens i sur., 2000). Pouzdanost ove skale na našem uzorku iznosi 0,81. U tablici 4 prikazani su deskriptivni podaci.

Tablica 4. Deskriptivni podaci za probleme spavanja u djece

	M	SD	Raspon	Broj čestica	Cronbach Alpha
CSHQ	44,89	7,25	33-71	33	0,81

3.3. Postupak

Istraživanje je bilo objavljeno u obliku online upitnika preko Google obrasca. Provedeno je na način da je link istraživanja bio rasprostranjen metodom snježne grude. Link je poslan poznanicima putem e-mail adresa, te su oni slali dalje. Link je također objavljen i na osobnim Facebook profilima i u ciljanim Facebook grupama (npr. Mame na fejsu). Jedan mali dio istraživanja (16 ispitanika) bio je proveden u papir-olovka obliku u jednom vrtiću u gradu Metkoviću. Cijelo istraživanje provodilo se tijekom mjeseca ožujka i travnja 2017. godine.

4. REZULTATI

Nakon prikupljanja podataka istraživanja, isti su obrađeni u statističkome paketu za društvene znanosti (SPSS, verzija 20).

4.1. Izraženosti problema spavanja kod djece

Podaci su najprije obrađeni na deskriptivnoj razini obrade. U tablici 4 (kod opisa skale problema spavanja u metodi) vidimo da srednja vrijednost skale problema spavanja u djece iznosi 44,89. Kada podijelimo taj broj s brojem čestica skale (33), dobivamo prosječnu vrijednost odgovora ispitanika na česticama, a ona iznosi 1,36. Odgovori ove skale kreću se od 1 do 3, pri čemu 1 označava da se neki problem rijetko pojavljuje, a 3 znači da je on uglavnom prisutan. Sagledavanjem navedenih podataka, uviđamo kako su na ovome uzorku problemi spavanja djece rjeđe izraženi. Dakle, djeca nemaju pretjeranih problema sa spavanjem. Srednje vrijednosti čestica problema spavanja djece kreću se od najniže vrijednosti od 1,05 do najviše vrijednosti od 1,99. Čestica koja ima najnižu srednju vrijednost odgovora glasi: „Dijete hoda u snu tijekom noći.“, a čestica s najvećom vrijednosti jest: „Djetetu je potrebno da je roditelj u sobi kako bi zaspalo.“. Pregledom frekvencija odgovora po česticama, možemo zaključiti kako djeca dominantno imaju razvijena dobra ponašanja glede spavanja. Odlaze na spavanje u isto vrijeme svake večeri, ujednačeno im je trajanje spavanja svake noći, te spavaju dovoljno vremena svaki dan. Manje dominantno jest ponašanje vezano uz samostalno usnivanje djece. Njih 58,4% uglavnom zaspri samo u svome krevetu, dok ih 26,2% rijetko kada to uspije, a 15,4% djece ponekad zaspri samo u svome krevetu. Djeca nemaju izraženijih problema sa disanjem tijekom spavanja. Također nemaju izraženijih problema spavanja koji spadaju u parasomije. To znači da djeca dominantno rijetko kada hodaju u snu tijekom noći i rijetko kada imaju iskustva noćnog straha, te ne mokre u krevet tijekom noći. Isto tako, nije izraženo buđenje zbog zastrašujućih snova i djeca ne skrguću pretjerano zubima u snu. Ono što je malo izraženije od ostalih problema u kategoriji parasomija, jest pričanje tijekom sna i nemirno spavanje. Postotak djece koja ponekad pričaju u snu iznosi 34,7%, a 30,1% djece ponekad spava nemirno i puno se miče tijekom sna. Djeca nemaju izraženih problema s noćnim buđenjima, iako priličan broj djece, njih 23%, nakon noćnog buđenja uglavnom odlaze iz svoga kreveta u nečiji krevet (bilo kod roditelja ili braće, sestara, itd.). Odgovori ispitanika na čestice, koje se odnose na anksioznost vezanu uz spavanje, dosta su raspršeni. Najizraženija podijeljenost u odgovorima bila kod čestice: „Djetetu je potrebno da je roditelj u sobi kako bi zaspalo“. Postotak djece kojima je

uglavnom potreban roditelj prilikom usnivanja iznosi 40,1%. Ova čestica je već ranije navedena kao ona kod koje je izračunata najveća srednja vrijednost odgovora. Ova čestica sagledava se i unutar faktora pružanja otpora djece u vrijeme odlaska na spavanje, kao i čestica koja se odnosi na samostalno usnivanje (također ranije navedena). Ovi podaci ukazuju na moguću veću prisutnost pružanja otpora djece. No, pružanje otpora kao i ostali faktori ove skale nisu zabrinjavajuće izraženi problemi spavanja.

4.2. Analiza interakcije roditelja i djece prije spavanja

Odgovori ispitanika koji se odnose na faktore interakcija roditelja i djece prije spavanja, ukazuju kako kod našeg uzorka ispitanika nema izraženijih problema u tim interakcijama. One nisu obilježene niti konfliktima, ni zavisnošću, ni potkrepljivanjima spavanja. Prosječni odgovor ispitanika za faktor konflikata vezanih uz spavanje (1,22) i zavisnosti u spavanju (1,8) ukazuje kako su interakcije, kojima su obilježena ta dva faktora, rijetko prisutne kod našeg uzorka ispitanika, dok su za faktor potkrepljivanja spavanja (2,19) ponekad prisutne. Kod dvije čestice, koje se odnose na zavisnost u spavanju, ispitanici su dali podjednako odgovora u jednu i drugu stranu Likertove skale odgovora. Relativno velik dio ispitanika odgovorio je s nulom, a isto tako veliki dio ispitanika odgovorio je s četvorkom, tj. da se određeno ponašanje događa nikad ili uvijek tj. gotovo uvijek. To su čestica 2: „Moje dijete spava u mojoj sobi cijelu noć.“ i čestica 3: „Moje dijete dolazi u moju sobu kada je vrijeme za spavanje.“ Na česticu 2, 27,9% ispitanika odgovorilo je kako to ponašanje nije nikada prisutno, dok je njih 37,2% odgovorilo da je ono uvijek prisutno. Na česticu 3, 35,5% ispitanika kaže kako njihova djeca nikada ne dolaze k njima u sobu kada je vrijeme spavanja, dok 31,8% djece ispitanika uvijek dolazi k roditeljima u dobu u vrijeme odlaska na spavanje. Kod faktora konflikti vezani uz spavanje, ističe se čestica 4: „U vrijeme polaska na spavanje podsjećam svoje dijete/govorim mu više puta da treba poći na spavanje“. Srednja vrijednost odgovora ispitanika za tu česticu iznosi 2,52, s time da je 24,9% ispitanika odgovorilo kako često mora podsjećati dijete, dok 29,8% ispitanika to mora činiti uvijek. Većina roditelja se rijetko kada mora prepirati s djetetom oko vremena polaska na spavanje. Djeca ne iskazuju bijes prilikom odlaska na spavanje, niti je potrebno fizički ih odnositi u sobu zbog odbijanja odlaska na spavanje. Što se tiče faktora potkrepljivanja spavanja, 41,8% ispitanika uvijek mora uvjeravati dijete da je sigurno noću, a 35,7% njih također uvijek mora uvjeravati dijete kako je sposobno zaspati i prospavati noć.

4.3. Analiza roditeljskih ponašanja

Srednje vrijednosti odgovora na čestice faktora roditeljskih ponašanja i dimenzija ponašanja pokazuju da je roditeljsko ponašanje naših ispitanika dominantno često ili uvijek obilježeno ponašanjima koja su obilježena emocionalnom toplinom i demokratskom disciplinom. Roditelji u otprilike pola situacija iskazuju ponašanja karakteristična za podršku autonomije djece i anksioznu intruzivnost. Unutar podrške autonomije roditelji najviše potiču dijete na biranje vlastitih interesa i aktivnosti, te da pokuša samostalno nešto napraviti prije nego što zatraži pomoć roditelja. Anksiozna intruzivnost roditelja najviše dolazi do izražaja kada dijete nije kod kuće, te roditelji više brinu oko djetetovih osjećaja nego svojih. Roditelji rijetko kada upotrebljavaju permisivnu disciplinu u svome odgoju. No, unutar te discipline 27,4% njih ponekad pokušava predvidjeti želje svog djeteta i udovoljiti im prije nego što dijete pita, 24,4% će to nastojati napraviti u otprilike pola situacija, dok će njih 21,5% to često činiti. Također, ponašanja roditelja nisu okarakterizirana kaznama tj. punitivnom disciplinom. A unutar tog faktora pokazalo se kako roditelji najviše ponekad izgube strpljenje kada dijete učini nešto što uzruja roditelje. Ukupno gledano, ovi podaci govore o tome da je roditeljstvo sudionika ovog istraživanja pozitivno roditeljstvo.

Što se tiče skale roditeljske samoefikasnosti, prosječni odgovori ispitanika na sve čestice skale bili su da se roditelji uglavnom slažu s navedenim tvrdnjama. To znači da se roditelji vjerojatno osjećaju dosta samoefikasni u svojoj ulozi.

4.4. Ispitivanje spolnih razlika u problemima spavanja

S ciljem ispitivanja razlike u problemima spavanja s obzirom na spol djeteta proveden je t-test za nezavisne uzorke. T-test nije pokazao statistički značajnu razliku, što znači da prisutnost problema spavanja nije izraženija ni u jednoj od skupina prema spolu. Dakle, izraženost problema je podjednaka i u djevojčica i u dječaka. Rezultati su prikazani u Tablici 5.

Tablica 5. Razlike u problemima spavanja djece s obzirom na spol djeteta

	Spol djeteta	M	SD	N	t-test
Problemi spavanja	Ženski	44,44	7,61	202	1,28
	Muški	45,34	6,86	207	

4.5. Povezanost ispitanih varijabli s javljanjem problema spavanja kod djece

U svrhu ispitivanja i utvrđivanja povezanosti između pojedinih faktora napravljena je matrica korelacija. Izračunati Pearsonovi koeficijenti korelacije prikazani su u Tablici 6.

Tablica 6. Matrica korelacija između faktora

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Spol djeteta	1												
2.Dob djeteta	0,08	1											
3.Red rođenja	-0,07	0,01	1										
4.PSIS_Potkrep.	0,01	0,03	-0,07	1									
5.PSIS_Konflikti	-0,04	-,15**	-,11*	,29**	1								
6.PSIS_Zavisnost	-0,02	-,16**	-0,06	,14**	,26**	1							
7.ET_DD	-0,01	0,05	-,12*	,15**	-0,01	0,02	1						
8.Autonomija	0,08	0	-0,06	0,04	-0,08	-0,01	,49**	1					
9.PermD	-0,1	-,11*	-0,09	,14**	,29**	,22**	0,03	-,18**	1				
10.PunD	-0,09	0,02	-0,02	,26**	,38**	,12*	-0,09	-,24**	,45**	1			
11.Anks.Intr.	-0,1	0,01	-0,07	,30**	,11*	,22**	,25**	0	,41**	,36**	1		
12.Samoeфикаsnost	0,04	0,05	0,02	0,02	-,20**	-0,05	,28**	,18**	-0,03	-,23**	,11*	1	
13.Problemi spavanja	-0,06	-,17**	-0,02	,26**	,48**	,41**	0,04	-0,06	,24**	,26**	,12*	-,24**	1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

PSIS_Potkrep. – Potkrepljivanje spavanja

PSIS_Konflikti – Konflikti vezani uz spavanje

PSIS_Zavisnost – Zavisnost spavanja

ET_DD – Emocionalna toplina s demokratskom disciplinom

Autonomija - Podrška autonomije

PermD – Permisivna disciplina

PunD – Punitivna disciplina

Anks.Intr. – Anksiozna intruzivnost

Samoeфикаsnost – Roditeljska samoeфикаsnost

Iz Tablice 6 vidljivo je da je većina faktora značajno povezana s faktorom problema spavanja. Od demografskih varijabli (spol, dob i redoslijed rođenja djeteta) samo je varijabla dobi djeteta pokazala značajnu povezanost s kriterijskom varijablom, no ta povezanost je izrazito slaba. Sva tri faktora roditeljskih interakcija s djecom prije spavanja pokazala su značajnu povezanost s problemima spavanja. Faktori konflikata vezanih uz spavanje i zavisnosti u spavanju pokazali su najviši koeficijent korelacije. Oni iskazuju pozitivnu i umjerenu visinu povezanosti. To znači da će djeca imati više problema sa spavanjem kada je više konflikata vezanih za spavanje i ponašanja koja iskazuju zavisnost u spavanju. Faktor potkrepljivanja spavanja ima nisku, pozitivnu povezanost s problemima spavanja. Djeca roditelja, koji iskazuju više ponašanja kojima potkrepljuju djetetovo spavanje, imaju više problema sa

spavanjem. Od pet faktora roditeljskih ponašanja i dimenzija, tri faktora su značajno povezana s kriterijem, s time da su faktori permisivne i punitivne discipline iskazali pozitivnu umjerenu korelaciju, dok je faktor anksiozne intruzivnosti u pozitivnoj, ali izrazito niskoj korelaciji. Takvi rezultati upućuju na sljedeće: djeca koja imaju više problema sa spavanjem su djeca roditelja koji su popustljivi, ili onih roditelja koji upotrebljavaju više kazni, ili roditelja koji iskazuju pretjeranu brigu za dijete i povlađuju mu se. Faktor roditeljske samoefikasnosti je u niskoj, negativnoj korelaciji s kriterijem, što bi značilo da djeca, čiji se roditelji osjećaju neefikasno u svojoj roditeljskoj ulozi, imaju više problema sa spavanjem.

Interkorelacije prediktora nisu visoke. Kreću se od izrazito niskih (-0,11) do umjerenih (najviša umjerena korelacija iznosi: 0,49).

4.6. Hijerarhijska regresijska analiza

Kako bismo ispitali doprinos faktora interakcija roditelja i djeteta prije spavanja, roditeljskih ponašanja i dimenzija, te roditeljske samoefikasnosti provedena je hijerarhijska regresijska analiza u četiri koraka. Kao kriterijska varijabla uvršten je faktor problema spavanja u djece. U prvom koraku uvrštene su varijable spola djeteta, dobi djeteta i redoslijeda rođenja djeteta. U drugom koraku nalaze se tri faktora interakcije roditelja i djeteta prije spavanja, a to su faktori zavisnosti spavanja, konflikata vezanih uz spavanje i potkrepljivanje spavanja. S obzirom na ranija istraživanja i već utvrđene veze interakcija roditelja i djece, taj faktor uvršten je u drugi korak ove analize. Dakle, nakon demografskih mjera uvrštena je izravnija mjera, a zatim mjere koje su općenitije. Treći korak obuhvaća pet faktora roditeljskih ponašanja i dimenzija, a u zadnjem, četvrtom koraku uvršten je faktor roditeljske samoefikasnosti.

Tablica 7. Doprinos pojedinih prediktora u objašnjenju problema spavanja u djece predškolske dobi

Varijable	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	β	β	β	β
Spol djeteta	-0,05	-0,04	-0,03	-0,02
Dob djeteta	-0,16**	-0,07	-0,07	-0,07
Red rođenja djeteta	-0,02	0,05	0,05	0,06
Potkrepljivanje spavanja		0,13**	0,13**	0,14**
Konflikti vezani uz spavanje		0,36**	0,32**	0,30**

Zavisnost u spavanju	0,28**	0,29**	0,28**
Emocionalna toplina s demokratskom disciplinom		0,07	0,10*
Permisivna disciplina		0,06	0,08
Punitivna disciplina		0,06	0,02
Anksiozna intruzivnost		-0,08	-0,06
Podrška autonomije		-0,03	-0,03
Roditeljska samoefikasnost			-0,18**
R²	0,02**	0,32**	0,32**
ΔR²		0,30**	0,01
			0,03**

Uvrštavanjem demografskih varijabli u prvi korak analize objašnjeno je samo 2% varijance kriterija ($R=0,18$, $R^2=0,02$, $F_{3,405}=4,28$, $p<0,01$), a pri tome se varijabla djetetove dobi pokazala značajnim prediktorom. U drugom koraku demografske varijable i varijable interakcija roditelja i djece prije spavanja objašnjavaju 32% varijance problema spavanja ($R=0,57$, $R^2=0,32$, $F_{6,402}=33,09$, $p<0,01$). Varijable roditeljskih i djetetovih interakcija značajno su doprinjele objašnjenju kriterija ($\Delta R^2=0,30$, $F_{3,402}=60,03$, $p<0,01$). Značajni prediktori su sve tri varijable interakcija, a varijabla dobi djeteta gubi svoju značajnost. Roditeljska ponašanja i dimenzije, dodana u trećem koraku, ne objašnjavaju značajan dio varijance kriterija ($\Delta R^2=0,01$, $F_{5,397}=1,29$, $p>0,05$). Prediktori koji su bili značajni u prethodnome koraku i dalje ostaju značajni. Zadnji, četvrti korak analize je značajan korak ($R=0,61$, $R^2=0,35$, $F_{12,396}=19,20$, $p<0,01$). Koeficijenti VIF i *Tolerance* pokazuju da nema značajne multikolinearnosti između prediktora. Unutar ovog koraka imamo 5 značajnih prediktora. Prediktori koji su bili značajni u prethodna dva koraka i sada ostaju značajni. Faktor koji je dodan u ovome koraku, roditeljska samoefikasnost, značajno doprinosi objašnjenju varijance problema spavanja ($\Delta R^2=0,03$, $F_{1,396}=16,58$, $p<0,01$), te se pokazuje i značajnim prediktorom. Faktor emocionalne topline s demokratskom disciplinom, koji u prethodnim koracima nije pokazao značajnost, sada postaje značajan prediktor. Ovaj faktor u matrici korelacija nije iskazao značajnu povezanost s kriterijskom varijablom. Također, beta koeficijent ovoga faktora je sada veći od njegove korelacije s kriterijskom varijablom. Stoga možemo zaključiti kako je ova varijabla supresor varijabla.

Hijerarhijskom regresijskom analizom objašnjeno je 35% varijance kriterija. Dobiveni rezultati pokazuju da su značajni prediktori problema spavanja u djece, djetetova zavisnost u

spavanju, konflikti koji su vezani uz spavanje, potkrepljivanje spavanja, roditeljska samoefikasnost i emocionalna toplina s demokratskom disciplinom. Na temelju ovih rezultata možemo zaključiti kako interakcije prije spavanja između roditelja i djeteta, koje su obilježene s više konflikata, ponašanjima koja ukazuju na veću zavisnost spavanja i iskazivanje onih ponašanja koja potkrepljuju spavanje, utječu na pojavu više problema spavanja u djece. Također, kada se roditelji osjećaju manje efikasno, tada njihova djeca imaju više problema sa spavanjem. Ovi rezultati su u skladu s našim pretpostavkama, te smo time djelomično potvrdili naše postavljene hipoteze. Ono što je suprotno pretpostavkama, jest prediktor emocionalne topline s demokratskom disciplinom. Našom analizom taj prediktor ukazuje da kada roditelji iskazuju ponašanja prema svome djetetu koja su okarakterizirana s više emocionalne topline i demokratske discipline, tada dijete ima više problema sa spavanjem, što je suprotno od očekivanog. Već je ranije naglašeno i zaključeno da taj faktor ima supresor efekt. Pretpostavke vezane uz punitivnu i permisivnu disciplinu, podršku autonomije i anksioznu intruzivnost nisu potvrđene.

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ustanoviti izraženost problema spavanja djece predškolske dobi. Zatim, ustanoviti doprinos ponašanja koja uključuju interakcije djece i roditelja u vrijeme ili prije djetetovog odlaska na spavanje, doprinos roditeljskih ponašanja povezanih s odgojem djece, te doprinos osjećaja roditeljske kompetentnosti u objašnjenju problema spavanja kod djece predškolske dobi.

5.1. Izraženost problema spavanja

Sagledavanjem deskriptivnih podataka ovog istraživanja, ustanovljeno je da djeca nemaju izraženijih problema spavanja. Djeca ne iskazuju probleme kao što su pospanost tijekom dana, problemi disanja tijekom spavanja, parasomnije i ne bude se pretjerano često tijekom noći. Njihov san traje dovoljno dugo. Također, nije izražena anksioznost prilikom odlaska na spavanje, niti je prisutno protivljenje odlaska na spavanje. Iako, sagledavanjem čestica pojedinačno za anksioznost i protivljenje, pokazalo se da je velikom broju djece (40,1%) potrebna blizina roditelja kako bi mogli usnuti. Bitan podatak je i činjenica da 26,2% djece rijetko kada zaspi samostalno u svome krevetu. Još jedna bitna brojka jest 23% djece koja nakon noćnog buđenja ustaju iz svoga kreveta te odlaze u nečiji krevet (najvjerojatnije kod roditelja), a ne ostaju u svome krevetu. Uzimajući u obzir ta tri podatka, vidimo kako određen broj djece ima obrazac usnivanja koji zahtjeva roditeljsku blizinu. Dakle, ta djeca su vjerojatno naučila usnuti samo uz određene asocijacije, a to je roditeljska blizina. Na taj način djeca nisu uspjela razviti sposobnost samostalnog umirivanja i usnivanja, pa se iz toga razloga premještaju u roditeljski krevet nakon noćnih buđenja.

5.2. Interakcije roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje

Rezultatima ovog istraživanja ustanovljeno je da interakcija djece i roditelja u vrijeme odlaska na spavanje i roditeljska samoefikasnost značajno doprinose objašnjenju kriterija problema spavanja u djece predškolske dobi. Time su potvrđene dvije pretpostavke koje smo postavili na početku istraživanja. Ovi nalazi su u skladu s ranijim istraživanjima vezanim uz ovu tematiku.

Roditeljske interakcije s djecom, u vrijeme odlaska na spavanje imaju najveću ulogu u objašnjenju problema spavanja u djece, a to nam govori kako ove interakcije izgleda zaista ostvaruju najdirektniju vezu s problemima spavanja u djece. Ovime se potvrđuju nalazi autora Sadeh i suradnici (2010) koji su u svom transakcijskim modelu istaknuli ulogu

roditeljskih interakcija i to kod novorođenčadi. Također, istraživanje interakcija u vrijeme odlaska na spavanje i roditeljskih kognicija, koje se odnose na interakcije i spavanje djece u starosti od 2 do 5 godina, ukazuje na povezanost dobivenih rezultata s rezultatima istraživanja iste problematike kod novorođenčadi (Johnson i McMahon, 2008). Moguće je da je sličan obrazac prisutan i u djece starije dobi. Dakle, ako su roditelji djecu naučili i navikli na određene interakcije u vrijeme odlaska na spavanje kada su djeca bila novorođenčad i vjerojatno nisu pokušavali mijenjati te obrasce moguće je da će se iste te interakcije upotrebljavati i kada su djeca veća, a problemi vezani uz spavanje i dalje ostaju prisutni.

Dobiveni rezultati koji su vezani uz roditeljske interakcije ukazuju na važnost primjene večernjih rutina. Ako je vrijeme prije odlaska na spavanje okarakterizirano konfliktima između roditelja i djeteta, koji se tiču odlaska na spavanje, tada to ukazuje na nepostojanje dobre večernje rutine, ili rutine koja vjerojatno nije konzistentna. Na isto upućuju i interakcije koje ukazuju na zavisnost djetetovog spavanja i ponašanja roditelja koja potkrepljuju spavanje (Alfano i sur., 2013). Večernje rutine djeci stvaraju strukturiranu, sigurnu i ugodnu okolinu koja olakšava cijeli proces odlaska na spavanje i općenito poboljšava djetetov san. Kroz primjenu rutina dijete uspostavlja zdravu higijenu spavanja. Kada se rutine konzistentno primjenjuju tada dijete usvoji određeni raspored koji mu je i te kako na pomoć, jer pridržavanje rasporeda unutar večernjih rutina djeluje potkrepljujuće na san djeteta. Primjenom rutina smanjuje se otpornost koju djeca mogu pružati u vrijeme odlaska na spavanje, tj. manje je konflikata vezanih uz spavanje (Mindell i sur., 2006), te se poboljšava ukupna i količina i kvaliteta sna kroz noć (Mindell i sur., 2009).

Zavisnost spavanja odnosi se na ovisnost djeteta o roditeljskoj blizini. Podrazumijeva djetetove dolaske u roditeljsku sobi kada treba poći na spavanje, djetetovo spavanje u roditeljskoj sobi tj. spavanje zajedno s roditeljima u njihovom krevetu. Zavisnost spavanja je vrlo kulturološki uvjetovana. Naime, neke kulture ne gledaju na zavisnost u spavanju kao na problem spavanja. Dapače, roditelji u kulturama čiji je cilj obiteljska bliskost i međuzavisnost ili imaju mišljenje da su djeca krhka i slaba bića, te im je potrebna blizina roditelja, promicat će zajedničko spavanje uz dijete. Ti će roditelji dopuštati da djeca dođu k njima u krevet i tamo prospavaju noć. Unutar tog konteksta takvo ponašanje se ne smatra problemom, no u nekim drugim kulturama vlada mišljenje kako takva ponašanja potiču zavisnost u spavanju. Primjerice, u područjima Europe i u SAD-u vlada drugačiji kontekst. Tu se cijeni autonomija, pa se sukladno tome djecu ohrabruje da spavaju sama od najranije dobi (Morelli i sur., 1992; prema Giannotti i Cortesi, 2009). Prema rezultatima ovog istraživanja možemo zaključiti kako

naši sudionici imaju shvaćanje koje odgovara poticanju individualizma i razvoja autonomije djeteta. Iako, dosta veliki dio djece, njih 40% , iskazuje da im je potrebna blizina roditelja kako bi mogli usnuti. Zavisnost spavanja se također može objasniti i strategijama fizičkog tješnja, bilo aktivnog ili pasivnog, jer zavisnost podrazumijeva komponentu fizičke blizine roditelja što je karakteristika tih strategija. To je u skladu s navodima autora Coulombea (2010) koji naglašava da aktivno fizičko tješnje uključuje i spavanje roditelja s djetetom u njegovom krevetu ili da se dijete prenese iz svoga kreveta k roditeljima. Fizičko tješnje pokazalo se povezano s problemima spavanja u djece, u dobi novorođenčeta i predškolske djece (Morrell i Cortina-Borja, 2002; Johnson i McMahon, 2008), a to je potvrđeno i našim istraživanjem.

Potkrepljivanje spavanja odnosi se na to da roditelji trebaju uvjeravati svoju djecu kako su sigurna noću, kako oni mogu samostalno prospavati noć, na pružanje nagrada kada dijete iskaže dobra ponašanja vezana uz spavanje. Ono nam ukazuje na činjenicu da se interakcijama, tj. ponašanjima koja uključuje, koriste oni roditelji čija djece imaju problema sa spavanjem. Djeci koja imaju problema sa spavanjem potrebno je više utjehe, umirivanja, uvjeravanja, tj. općenito govoreći, potkrepljivanja spavanja. Većernje rutine ili rituali će i u ovom pogledu djelovati na djecu, jer aktivnosti koje se izvršavaju kao dio rutine djeluju kao određena doza utjehe i umirivanja. Rutine pokazuju djetetu da je to vrijeme sklada i vrijeme koje je ugodno provedeno s roditeljima, što će učvrstiti djetetov osjećaj da mu roditelji pružaju potporu, sigurnost i pažnju (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000) i time učiniti proces usnivanja i samoga spavanja smirenijim i opuštenijim, što će onda utjecati na poboljšanje djetetovog sna tijekom noći.

Bitno je naglasiti kako aktivnosti i interakcije u vrijeme večernjih rutina idu u prilog razvoju djetetove samoregulacije sna, jer se one obavljaju u točno određeno vrijeme za njih, dakle prije spavanja. Zatim dijete odlazi na spavanje i to je period gdje se dijete ostavlja da samostalno usne. Time se potiče razvoj sposobnosti samoregulacije. Autori Kast-Zahn i Morgenroth (2000) navode kako pravilo „prvo se zajedno igramo, a onda idem na spavanje sam“ vrijedi za sve dobi djece i da ga mogu shvatiti i usvojiti već i bebe u starosti od 7 ili 8 mjeseci. U suprotnome, ako se ostaje uz dijete kada ono usniva, dijete će naučiti da može zaspati jedino uz prisutnost roditelja, te će mu biti potrebna fizička prisutnost roditelja prilikom svakog usnivanja, i nakon svih noćnih buđenja, pošto neće uspjeti razviti svoju sposobnost samostalnog umirivanja i samoregulacije sna. Stoga, važno je da djeca idu u krevet pospana i drjemljiva, dakle budna, te takva samostalno zaspe bez pretjeranog uplitanja

roditelja (Ward i sur., 2007). Kada dijete zaspi samostalno njegov san je čvršći i duži, u suprotnome, san je isprekidan i kraći (Sadeh i sur., 2009).

5.3. Roditeljska samoefikasnost

U objašnjenju problema spavanja našeg uzorka djece, bitnom se pokazala i roditeljska samoefikasnost. Djeca onih roditelja koji se u svojoj roditeljskoj ulozi osjećaju neefikasno imaju više problema sa spavanjem, dok djeca roditelja koji smatraju da su efikasni u ulozi roditelja imaju manje problema sa spavanjem. Naši rezultati slažu se s prijašnjim istraživanjima koja su također ustanovila da roditeljska samoefikasnost značajno utječe na san djece. Osjećaj roditeljske nekompetentnosti povezan je s češćim noćnim buđenjima djeteta i s djetetovom produženom latencijom sna (Thunstrom, 1999; prema Bell i Belsky, 2008). Kada se buduće roditelje educiralo o spavanju novorođenčadi, ta edukacija je izazvala porast osjećaja njihovih kompetencija kao roditelja, te je taj porast samoefikasnosti utjecao na san njihove djece (Wolfson, Lacks i Futterman, 1992). Ta djeca su bolje spavala, nego što su djeca onih roditelja koja nisu imala iskustvo edukacije. I kod samoefikasnosti naglašava se važnost razvoja djetetove sposobnosti samostalnog umirivanja. Burnham i suradnici (2002; prema Brandhorst, 2016) utvrdili su da se viši osjećaj samoefikasnosti roditelja pokazao povezanim s djetetovom većom sposobnosti da samo sebe umiri, a to omogućuje djetetu da se nakon noćnih buđenja bez pomoći roditelja, već samostalno, umiri i ponovno usne. Kao što znamo, pojam samoefikasnosti nam govori o vjerovanju pojedinca u svoje sposobnosti da može izvesti neko ponašanje (Bandura, 1982), a roditeljska samoefikasnost podrazumijeva ponašanja koja se tiču roditeljske uloge. Roditelji, koji smatraju da je njihova samoefikasnost niska, ne mogu uspješno primijeniti znanja koja posjeduju o roditeljstvu, često iskazuju visoku negativnu emocionalnu pobuđenost i nisu uporni u roditeljstvu (Grusec, Hastings i Mammone, 1994; prema Coleman i Karakker, 2003). Kada se ovi roditelji suoče sa stresnim situacijama, brže i lakše će odustati, povući se iz te situacije. Dakle, roditeljska samoefikasnost se može očitovati u različitim ponašanjima vezanim za roditeljsku ulogu. Tako možemo sagledati taj konstrukt i unutar konteksta večernjih interakcija između roditelja i djece. Već je ranije bilo govora o tome kako granice vezane uz večernje rituale trebaju biti postavljene od strane roditelja (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000). Ako roditelji nisu uporni oko provođenja večernjih rutina ili krenu iskazivati određenu nesigurnost oko dogovorenog rasporeda spavanja, nesigurnost u svoja ponašanja i svoju ulogu, ona onda može utjecati na to da djeca krenu zahtijevati produljenje večernje rutine, a to može stvoriti određenu nekonzistentnost koja može dovesti do konflikata vezanih uz spavanje.

5.4. Roditeljska ponašanja i dimenzije

Unutar ovog istraživanja roditeljska ponašanja i dimenzije ponašanja nisu se pokazali kao prediktori koji ostvaruju doprinos u objašnjenju problema spavanja djece. Roditeljska ponašanja i dimenzije ponašanja koja su ispitana su emocionalna toplina s demokratskom disciplinom, podrška autonomije, anksiozna intruzivnost, permisivna i punitivna disciplina. Ovaj nalaz suprotan je od očekivanoga i nije u skladu s nekim prijašnjim istraživanjima i pretpostavkama koje su napravljene na temelju njih. Postavljenim pretpostavkama očekivalo se da će pozitivno roditeljstvo utjecati na spavanje djece, tako što je u tom slučaju spavanje djece kvalitetnije i bolje. Dakle, da djeca tih roditelja nemaju problema sa spavanjem. Pozitivno roditeljstvo u ovom istraživanju označava roditeljstvo koje je okarakterizirano s više emocionalne topline, demokratske discipline i podrške autonomije, te u kojem se ne upotrebljava punitivna i permisivna disciplina i anksiozna intruzivnost. Roditeljstvo sudionika ovog istraživanja dominantno je obilježeno pružanjem emocionalne topline djetetu, podrške autonomije i upotrebom demokratske discipline. Roditelji rijetko ili ponekad pribjegavaju permisivnoj i punitivnoj disciplini, dok je njihova anksiozna intruzivnost malo više izražena. Uzimajući sve u obzir, možemo zaključiti da sudionici ovog istraživanja u odgoju svoje djece upotrebljavaju ponašanja i dimenzije ponašanja koje su karakteristične za pozitivno roditeljstvo.

Kako prijašnjim istraživanjima nisu dobiveni jednoznačni rezultati unutar ove problematike, tako niti naši rezultati pretjerano ne iznenađuju. Sacher (2001; prema Bordeleau, 2012) nije pronašao značajnu vezu između majčine osjećajnosti i trajanja sna jednogodišnjaka. Na uzorku predškolaca, autori Bates i ostali (2002; prema Bordeleau, 2012) nisu pronašli značajnu povezanost između sna djece i majčine emocionalne topline. Bordeleau (2012) pronašao je značajnu povezanost između majčine osjećajnosti i podrške autonomije s problemima spavanja kod novorođenčadi s tim konstruktima u djece vrtićke dobi. No, kada se izvršila kontrola socioekonomskog statusa i pohađanja vrtića, majčina osjećajnost i podrška autonomije nisu se pokazale značajnim prediktorima postotka trajanja sna po noći. Uzorak djece autora, koji su pronašli značajnu povezanost između konstrukata osjećajnosti i topline i dječjeg sna, obuhvaćao je djecu koja su školarci (Spilsbury i sur., 2005; Adam, Snell i Pendry, 2007; sve prema Bordeleau, 2012; Bell i Belsky, 2008). Faber (1996; prema Bordeleau, 2012) je predložio da se važnost psiholoških faktora i faktora djetetove okoline povećava s godinama djece. Ovi rezultati mogu upućivati na to da roditeljska ponašanja imaju više utjecaja na san djece koja pohađaju školu. Također, Bordeleau (2012) navodi kako je moguće

da je dob djece manja od 3 godine premala za proučavanje efekta roditeljstva na san djece. Stoga, mogli bismo možda pretpostaviti da roditeljska ponašanja nemaju značajnu ulogu u objašnjenju problema spavanja i kod djece predškolske dobi.

Punitivna disciplina, također, nije iskazala značajan doprinos u objašnjenju problema spavanja djece. Hostilno roditeljstvo očeva je u istraživanju Rhoadesa i suradnika (2012) pokazalo indirektnu vezu između bračne hostilnosti i problema spavanja djece, dok je kod majki bračna hostilnost ostvarila direktan utjecaj na probleme spavanja. Kako naš uzorak velikom većinom čine majke, moguće je da iz tog razloga dimenzija punitivne discipline ne ostvaruje značajan doprinos u objašnjenju problema spavanja djece. Dakle, moguće je da hostilna roditeljska ponašanja majki vrše manji utjecaj na problem spavanja u djece, nego što bi to činila bračna hostilnost. Isti autori su naveli kako hostilnost može interferirati s djetetovim osjećajem sigurnosti prilikom odlaska na spavanje. No, autori Teti, Kim, Mayer i Countermine, 2010 (prema Rhoades i sur.,) otkrili su kako je kod novorođenčadi, čije su majke pokazale emocionalnu dostupnost u vrijeme odlaska na spavanje, bilo manje buđenja tijekom noći, te su imali manje poteškoća sa spavanjem. Takav nalaz ponovno stavlja naglasak na važnost interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje. Kao što znamo vršenje večernjih rutina pruža djetetu osjećaj sigurnosti i prihvaćanja. Dakle, moguće je ako roditelji vrše večernje rutine s djecom i to je zadnja interakcija prije odlaska na spavanje, tada dijete pamt i te zadnje interakcije, te mu one ne ometaju san.

Permisivna disciplina i anksiozna intruzivnost nisu pokazale značajan doprinos u objašnjenju problema spavanja djece. Permisivno roditeljstvo obilježeno je popustljivošću roditelja, ne postavljanju granica za dijete, te udovoljavanju djetetovih želja. Anksiozna intruzivnost odnosi na sklonost roditelja za pretjeranom brigom oko djetetove sigurnosti i sreće, te sklonost ka pretjeranom zaštićivanju djeteta. Veća roditeljska popustljivost (Owens-Stively i sur., 1997; prema Bell i Belsky, 2008) i roditeljsko pretjerano zaštićivanje djece (Sheehan, 2012; prema McCarthy i sur., 2016) povezani su s problemima spavanja djece. U našem istraživanju to nije slučaj, tj. ova dva konstrukta nisu se pokazali značajnim prediktorima problema spavanja djece.

Kada pogledamo korelacije između roditeljskih ponašanja i dimenzija ponašanja s problemima spavanja djece, uviđamo kako povezanosti ili uopće nema ili je ona dosta slaba. Za razliku od tih povezanosti, povezanost interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje i problema spavanja iskazuje više vrijednosti. Konflikti vezani za

spavanje i zavisnost spavanja iskazuju srednju razinu povezanosti. Također, roditeljska ponašanja i interakcija između roditelja i djece prije spavanja iskazali su određenu razinu povezanost. Uzimajući u obzir sve ove povezanosti, možemo zaključiti kako su unutar ovog istraživanja interakcije roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje vjerojatno izravnija mjera problema spavanja. Pa tako prilikom izračuna hijerarhijske regresijske analize su te izravnije mjere došle do izražaja, a roditeljska ponašanja u kombinaciji s njima nisu pokazala značajniju dodatnu ulogu u objašnjenju problema spavanja.

5.5. Prednosti, nedostaci, implikacije istraživanja

Provedeno istraživanje ima određenih prednosti i određenih nedostataka. Jedna od prednost jest veličina uzorka na kojem je provedeno istraživanje. Smatram kako je u zahvaćanju tolikog broja ispitanika uvelike doprinio način prikupljanja podataka. Podaci su većinski prikupljeni on-line istraživanjem. Takav način prikupljanja omogućuje veći odaziv ljudi. Ovim načinom omogućeno je sudjelovanje ispitanika iz raznih područja Republike Hrvatske, te malim dijelom i van njenih granica. Još jedna velika prednost istraživanja on-line putem jest to da nema podataka koji nedostaju, zbog postavljanja opcije koja zahtijeva odgovor u svakom polju. No, iako je to velika prednost, moguće je da ispitanici na neka pitanja odgovore površno i prisilno. Primjerice, ispitanici označe bilo koji odgovor, pretjerano ne razmišljajući o njemu, izvršavajući uvjet da nastave s daljnjim rješavanjem istraživanja. Vrijednost ovog istraživanja jest upotreba nove skale interakcija između roditelja i djece u vrijeme djetetovog odlaska na spavanje. Autori ove skale naglašavaju njezinu važnost, iz razloga što ne postoji niti jedna druga skala za djecu predškolske dobi koja ispituje interakcije djece i roditelja u vrijeme odlaska na spavanje (Alfano i sur., 2013; Smith i sur., 2014). Za potrebe ovog istraživanja, ova skala je prevedena s engleskog jezika na hrvatski jezik. Pokazala je visok koeficijent pouzdanosti unutar ovog istraživanja. Kao još jednu prednost istaknuli bismo istraživanje samog problema spavanja u djece predškolske dobi. Prema našim saznanjima, općenito problematika spavanja djece, te specifičnije ispitivanje tog problema za djecu predškolske dobi, nije često istraživano na našem području.

Ograničenje ovog istraživanja jest to što nam ono ne omogućuje donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnim vezama. Unutar ovog istraživanja govorimo samo o pokazanim određenim povezanostima iz razloga što ovo istraživanje zahvaća problematiku u jednoj vremenskoj točki. Dakle, nemamo podataka na temelju kojih bismo mogli govoriti o uzroku i posljedici. Takvi zaključci bi se mogli donijeti kada bi se problem sagledao iz više

vremenskih točaka, stoga bi bilo potrebno ovu problematiku ispitati longitudinalnim istraživanjem. Još jedno ograničenje jest to što se pokazalo kako ovaj uzorak djece zapravo nema izraženih problema spavanja, a roditelji djece iskazuju pozitivno roditeljstvo. Bilo bi dobro buduća istraživanja napraviti na kliničkom uzorku djece, dakle na djeci koja imaju dijagnosticirane probleme spavanja, te uključiti problematične roditelje, roditelje koji unutar svog roditeljstva koriste negativna ponašanja. Na taj način bi uzorak djece i roditelja bio raznolikiji, te bi nam pružio dodatne informacije i otkrića.

Rezultati ovog istraživanja stavljaju naglasak na važnost interakcija između djece i roditelja u vrijeme odlaska na spavanje i osjećaj roditeljske samoefikasnosti u smanjenju i sprječavanju pojave problema sa spavanjem djece. Bitno je roditeljima osvijestiti važnost uvođenja redovitih večernjih rutina i pridržavanja istih, te osvijestiti važnost posjedovanja osjećaja roditeljske samoefikasnosti. To bi se moglo učiniti kroz razne edukacije i radionice.

6. ZAKLJUČAK

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem ukazuju da su problemi spavanja djece rijetko izraženi. Djeca uglavnom nemaju problema sa spavanjem, osim što je jednom većem dijelu djece (njih 40%) potrebna roditeljska blizina kako bi zaspali.

Interakcija roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje i osjećaj roditeljske samoefikasnosti značajni su prediktori problema spavanja u djece predškolske dobi. Više konflikata u vrijeme odlaska na spavanje, veća zavisnost u spavanju i više potkrepljivanja spavanja doprinosi većim problemima spavanja djece. Također, djeca roditelja, koji imaju veći osjećaj samoefikasnosti u roditeljskoj ulozi, iskazuju manje problema sa spavanjem.

Roditeljska ponašanja i dimenzije ne ostvaruju značajan doprinos u objašnjenju problema spavanja djece. Povrh interakcija roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje, emocionalna toplina s demokratskom disciplinom, podrška autonomije djeteta, anksiozna intruzivnost, punitivna i permisivna disciplina nisu ostvarile značajan doprinos u shvaćanju i objašnjenju problema spavanja djece.

7. LITERATURA

Abarashi, Z., Tahmassian, K., Mazaheri, M.A., Panaghi, L. i Mansoori, N. (2014). Parental Self-Efficacy As a Determining Factor in Healthy Mother-Child Interaction: A Pilot Study in Iran. *Iran Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8, 19-25.

ABR (2017) Poliklinika ABR, < <http://www.poliklinikaabr.hr/objasnjenje-pojmova/137-poremecajispavanja>>. Pristupljeno 6. travnja 2017.

Adair, R.H. i Bauchner, H. (1993). Sleep problem sin childhood. *Current Problems in Pediatrics*, 147-170.

Alfano, C.A., Smith, V.C., Reynolds, K.C., Reddy, R. i Dougherty, L.R. (2013). The Parent-Child Sleep Interactions Scale (PSIS) for preschoolers: factor structure and initial psychometric properties. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(11), 1153-1160.

Amato, P.R. i Fowler, F. (2002). Parenting practices, child adjustment and family diversity. *Journal of marriage and family*, 703-716.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.

Barber, B.K., Maughan, S.L. i Olsen, J.A. (2005). Patterns of parenting across adolescence. *New directions for child and adolescent development*, 108, 5-16.

Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New directions for child and adolescent development*, 108, 61-69.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of early adolescence*, 11, 56-95.

Bell, B.G. i Belsky, J. (2008). Parents, parenting, and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. *British Journal of Developmental Psychology*, 26, 579–593.

Bor, W. i Sanders, M.R. (2004). Correlates of self-reported coercive parenting of preschool-aged children at high risk for the development of conduct problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 738–745.

Bordeleau, S., Bernier, A. i Carrier, J. (2012). Longitudinal Associations Between the Quality of Parent—Child Interactions and Children's Sleep at Preschool Age. *Journal of Family Psychology*, 26, 254-262.

Brandhorst, I., Hautzinger, M. i Schlarb, A.A. (2016). Improving Psychosocial Health, Coping, and Self-Efficacy in Parents of Sleep-Disturbed Young Children. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 6, 1-10.

Brown, S.J., Rhee, K.E. i Gahagan, S.G. (2015). Reading at bedtime associated with longer nighttime sleep in Latino preschoolers. *Clinical pediatrics*, 1-7.

Carno, M-A., Hoffman, L.A., Carcillo, J.A. i Sanders, M.H. (2003). Developmental stages of sleep from birth to adolescence, common childhood sleep disorders: overview and nursing implications. *Journal of Pediatric Nursing*, 274-283.

CCCH (Centre for Community Child Health). (2017). Sleep in the early years (Practice Brief). Preuzeto sa <http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccchdev/0217-CCCH-Practice-Brief-Sleep-in-the-early-years.pdf>

Coleman, P.K. i Karraker, K.H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47–85.

Coleman, P.K. i Karraker, K.H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126-148.

COPMI (2016) Children of parents with a mental illness, <<http://www.copmi.net.au/professionals-organisations/what-works/evaluating-your-intervention/parents-carers-families/competence>>, Pristupljeno 5. ožujka 2017.

Coulombe, A. J. (2010). Parenting at Midnight: Measuring Parents' Thoughts and Strategies to Help Young Children Sleep Through the Night. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*, Paper 56.

Coulombe, J.A. i Reid, G.J. (2014). How Do Mothers Help Their Children Sleep at Night? Night-waking Strategy Use Among Mothers of Preschool-aged Children. *Infant and Child Development*, 23, 494–517.

Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2002). Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 45-68.

Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga.

Dahl, R.E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 3-27.

Darling, N. i Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 487-496.

D'Cruz, O. N. F. i Vaughn, B. V. (2001). Parasomnias - An update. *Seminars in Pediatric Neurology*, 251-257.

Giannotti, F. i Cortesi, F. (2009). Family and Cultural Influences on Sleep Development. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18, 849-861.

Gregory, A.M. i O'Connor, T.G. (2002). Sleep Problems in Childhood: A Longitudinal Study of Developmental Change and Association With Behavioral Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 964-971.

- Hale, L. Berger, L.M., LeBourgeois, M.K. i Brooks-Gunn, J. (2009). Social and demographic predictors of preschoolers' bedtime routines. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 30, 394-402.
- Hayes, M.J. i Roberts, S.M. (1996). Early Childhood Co-Sleeping: Parent-Child and Parent-Infant Nighttime Interactions. *Infant mental health journal*, 17, 348-357.
- Iwata, S., Iwata, O., Iemura, A., Iwasaki, M. i Matsuishi, T. (2011). Sleep architecture in healthy 5-year-old preschool children: associations between sleep schedule and quality variables. *Acta paediatrica*, 101, 110-114.
- Jenni, O.G. i O'Connor, B.B. (2005). Children's Sleep: An Interplay Between Culture and Biology. *Pediatrics*, 115, 204-216.
- Johnson, N. i McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 765-773.
- Jones, T.L. i Prinz, R.J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Kast-Zahn, A. i Morgenroth, H. (2000). *Svako dijete može naučiti spavati – Od novorođenčeta do školskog djeteta: kako spriječiti i ukloniti probleme spavanja*. Zagreb: Alinea.
- Keresteš, G., Brković, I., Kuterovac Jagodić, G. i Greblo, Z. (2012). Razvoj i validacija upitnika roditeljskog ponašanja. *Suvremena psihologija* 15, 23-42.
- Koller-Trbović, N. (1994). Struktura odgojnih stilova roditelja djece predškolske dobi. *Kriminologija i socijalna integracija*, 127-143.
- Lamborn, S.D., Mounts, N.S., Steinberg, L. i Dornbusch, S.M. (1990). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. Educational resources information center.
- Ljubetić, M. (2007). *Biti kompetentan roditelj*. Zagreb: Mali profesor.
- McCarthy, M.C., Bastiani, J. i Williams, L.K. (2016). Are parenting behaviors associated with child sleep problems during treatment for acute lymphoblastic leukemia?. *Cancer Medicine*, 5(7), 1473-1480.
- Milan, S., Snow, S. i Belay, S. (2007). The Context of Preschool Children's Sleep: Racial/Ethnic Differences in Sleep Locations, Routines, and Concerns. *Journal of family psychology*, 21, 20-28.
- Mindell, J.A., Kuhn, B., Lewin, D.S., Meltzer, L.J. i Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29, 1263-1276.

- Mindell, J.A., Meltzer, L.J., Carskadon, M.A. i Chervin, R.D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*, 10, 771–779.
- Mindell, J.A., Telofski, L.S., Wiegand, B. i Kurtz, E.S. (2009). A Nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood, *Sleep*, 32, 599-602.
- Moore, M. (2012). Behavioral sleep problems in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 77-83.
- Morrell, J. i Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employed to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11, 17–41.
- Morrell, J. i Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior, in persistent infant sleeping problems. *Journal of Infant Mental Health*, 24, 447-468.
- Moturi, S. i Avis, K. (2010). Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders. *Psychiatry*, 7, 24-37.
- Mulraney, M., Giallo, R., Lycett, K., Mensah, F. i Sciberras, E. (2015). The bidirectional relationship between sleep problems and internalizing and externalizing problems in children with ADHD: a prospective cohort study. *Sleep Medicine*, 17, 45-51.
- NIH (2012) National Institutes of Health < <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/sdd/why> > Pristupljeno 22. siječnja 2017.
- Owens, J.A., Spirito, A. i McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 23(8), 1-9.
- Owens, J.A. i Witmans, M. (2004). Sleep problems. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 154-179.
- Patrick, K.E., Millet, G. i Mindell, J.A. (2015). Sleep Differences by Race in Preschool Children: The Roles of Parenting Behaviors and Socioeconomic Status. *Behavioral Sleep Medicine*, 1-13.
- Pettit, G.S., Bates, J.E. i Dodge, K.A. (1997). Supportive parenting, ecological context and children's adjustment: a seven-year longitudinal study. *Child development*, 908-923.
- Reid, C.A.Y., Roberts, L.D., Roberts, C.M. i Piek, J.P. (2015). Towards a model of contemporary parenting: The parenting behaviours and dimensions questionnaire, PLoS ONE, 1-23.
- Rhoades, K.A., Leve, L.D., Manering, A.M., Shaw, D.S., Harold, G.T., Neiderhiser, J.M., Natsuaki, M.N. i Reiss, D. (2012). Marital Hostility and Child Sleep Problems: Direct and Indirect Associations via Hostile Parenting. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 488-498.

Reynolds, K.C. (2014). *Childhood sleep problems as predictors of adolescent internalizing symptoms: The intermediary role of emotional reactivity* (Master's thesis, University of Houston). Preuzeto sa <https://uhir.tdl.org/uhir/bitstream/handle/10657/698/REYNOLDS-THESIS-2014.pdf?sequence=1>

Sadeh, A. i Acebo, C. (2002). The role of actigraphy in sleep medicine. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 113–124.

Sadeh A., Mindell J., Luedtke K. i Wiegand B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first three years. *Journal of Sleep Research*, 18, 60–73.

Sadeh, A., Tikotzky, L. i Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14, 89-96.

SleepDisordersGuide (2017) Sleep Disorders Guide, <<http://www.sleepdisordersguide.com/article/sleep-disorders/dyssomnia-causes-of-dyssomnias-dyssomnia-symptoms-dyssomnia-treatment>>, Pristupljeno 6. travnja 2017.

Smith, V.C., Leppert, K.A., Alfano, C.A., Dougherty, L.R. (2014). Construct Validity of the Parent-Child Sleep Interactions Scale (PSIS): Associations with Parenting, Family Stress, and Maternal and Child Psychopathology, *Sleep Medicine*.

Sremić, I. i Rijavec, M. (2010). Povezanost percepcije majčinog i očevog roditeljskog ponašanja i školskog uspjeha kod učenika osnovne škole. *Odgojne znanosti*, 2, 347-360.

Stein, M.A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W.H., Amromin, J. i Benca, R. (2001). Sleep and Behavior Problems in School-Aged Children. *Pediatrics*, 107, 1-9.

Thunström, M. (2002). Severe Sleep Problems among Infants. A Five-Year Prospective Study. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1108. 77 pp.

Touchette, E., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R.E. i Montplaisir, J.Y. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 159, 242-249.

Touchette, E. (2011). Factors associated with sleep in early childhood. *Encyclopedia on early childhood development*, 1-7.

Ward, T.M., Rankin, S. i Lee, K.A. (2007). Caring for children with sleep problems. *Journal of Pediatric Nursing*, 283-296.

Wolfson, A., Lacks, P. i Futterman, A. (1992). Effects of Parent Training on Infant Sleeping Patterns, Parents' Stress and Perceived Parental Competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 41-48.

Žižak, A. (1993). Relacije roditeljskog odgojnog stila i socioemocionalnog statusa djece. *Kriminologija i socijalna integracija*, 107-117.

8. PRILOZI

Prilog 1. Matrica uzorka – saturacija čestica na pojedinim faktorima roditeljskih ponašanja

Čestice	Faktori					
	1	2	3	4	5	6
PBDQ1[Kažem svom djetetu kako se ponosim njime.]			-,311			
PBDQ4[Pokazujem zanimanje za život svog djeteta.]					,558	
PBDQ16[Pokazujem djetetu da ga bezuvjetno volim.]						,327
PBDQ20[Nađem vremena za dijete kada me ono treba.]						,411
PBDQ26[Odgovaram na djetetove osjećaje i potrebe.]						,625
PBDQ32[Prepoznajem djetetove potencijale i talente.]						,708
PBDQ7[Izgubim strpljenje kada moje dijete učini nešto što me uzruja.]			-,674			
PBDQ14[Djetetu prijetim kaznama koje ne bih nikad zapravo primijenio/primijenila.]			-,473			
PBDQ18[Prema djetetu sam u jednom trenutku popustljiv/popustljiva, a u drugom strog/stroga.]			-,434	-,306		
PBDQ21[Kazne koje odredim ovise o mom raspoloženju.]			-,696			
PBDQ29[Dijete kažnjavam strože nego što sam namjeravao/namjeravala.]			-,712			
PBDQ2[Potičem dijete da bira vlastite interese i aktivnosti.]	,600					
PBDQ8[Potičem dijete da pokuša samo prije nego što zatraži pomoć.]	,865					
PBDQ19[Prilagođavam stupanj pomoći u zadacima ovisno o djetetovoj dobi i sposobnosti.]	,446					
PBDQ25[Djetetu dajem odgovornosti primjerene njegovoj dobi.]						,397
PBDQ30[Puštam dijete da samo pokuša nešto shvatiti prije nego što se uključim.]	,597				-,312	
PBDQ5[Popuštam svom djetetu		,728				

kada se uznemiri.]			
PBDQ9[Ne kažnjavam dijete ako iskazuje žaljenje.]		,628	
PBDQ15[Radim stvari za dijete koje ono može samo napraviti.]	,475	-,300	
PBDQ24[Kada dijete odbije nešto učiniti, ja to činim umjesto njega.]	,671		
PBDQ27[Dozvoljavam djetetu da prekida druge odrasle.]	,623		,312
PBDQ31[Ne kažnjavam dijete kada se loše vlada.]			,448
PBDQ10[Potičem dijete da razmotri posljedice svojih odluka prije nego što ih donese.]	,605		
PBDQ12[Djetetu dajem do znanja kakvo ponašanje se očekuje.]		,373	,311
PBDQ17[Objašnjavam djetetu razloge zbog kojih mu nije dozvoljeno nešto raditi.]			,478
PBDQ23[Razgovaram sa svojim djetetom o posljedicama njegovih postupaka.]			,656
PBDQ33[Objašnjavam djetetu kako se osjećam u vezi njegovog ponašanja.]			,631
PBDQ3[Pokušavam predvidjeti želje svog djeteta i udovoljiti im prije nego što pita.]	,574		
PBDQ6[Zabrinut/zabrinuta sam za dijete kada nije kod kuće.]		-,599	
PBDQ11[Više sam zabrinut za djetetove osjećaje nego za svoje.]		-,600	
PBDQ13[Nastojim odmah udovoljiti željama svog djeteta.]	,665		
PBDQ22[Sa svojim djetetom dijelim više o svom životu nego s bilo kim drugim.]		-,524	
PBDQ28[Nastojim zaštititi svoje dijete od negativnih emocija.]		-,574	

Prilog 2. Matrica uzorka – saturacija čestica na pojedinim faktorima interakcija između roditelja i djece u vrijeme odlaska na spavanje

Čestice	Faktori		
	1	2	3
PSIS1[Moje dijete spava negdje drugdje, a ne u svome krevetu.]		-,763	
PSIS2[Moje dijete spava u mojoj sobi cijelu noć.]		-,886	
PSIS3[Moje dijete dolazi u moju sobu kada je vrijeme za spavanje.]		-,892	
PSIS4[U vrijeme polaska na spavanje podsjećam svoje dijete/govorim mu više puta da treba poći na spavanje.]			-,555
PSIS5[Uvjeravam svoje dijete da je ono sigurno noću.]	,834		
PSIS6[Uvjeravam svoje dijete da je sposobno zaspati i prospavati noć.]	,841		
PSIS7[Pohvalim svoje dijete za dobra ponašanja vezana uz spavanje.]	,728		
PSIS8[Pružam svome djetetu neke povlastice ili nagrade za dobro ponašanje vezano uz spavanje.]	,555		
PSIS9[Čitam svome djetetu ako ono ne može spavati.]	,371		
PSIS10[Prepirem se sa svojim djetetom oko rasporeda, tj. vremena kada bi trebalo poći na spavanje.]			-,785
PSIS11[Moram fizički odnijeti svoje dijete u njegovu sobu zbog odbijanja polaska na spavanje.]			-,820
PSIS12[Moje dijete ima napad bijesa/vrišti/plače kada mora ići na spavanje.]			-,828