

Co przeżywają rodzice dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka: strategie radzenia sobie ze stresem, poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego

Experiences of parents of children hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit: coping strategies, perceived stress and symptoms of posttraumatic stress disorder

Anna Aftyka¹ A,B,D,E,G, Agnieszka Kopeć² D,E,F, Aleksandra Wróbel¹ E, F,
Ilona Rozalska – Walaszek¹ B, E, Patryk Rzońca³ C,
Beata Rybojad^{3,4} B,E, Hanna Karakuła-Juchnowicz^{5,6} D, E

¹Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Promocji Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

³Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

⁵Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁶I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Katedry Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie: Hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN), podyktowana zagrożeniem zdrowia lub życia dziecka, wiąże się z wysokim poziomem stresu u jego rodziców.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy była ocena strategii radzenia sobie ze stresem oraz ich wpływu na nasilenie stresu i objawów zespołu stresu pourazowego u rodziców dzieci, które w przeszłości były hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka.

Materiał i metoda: 67 rodziców (40 kobiet i 27 mężczyzn) 42 niemowląt w wieku od 1 do 16 miesięcy, które w okresie noworodkowym były hospitalizowane w OITN, zostało poddanych badaniu przy pomocy Skali Odczuwanego Stresu (PSS-10), Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skali Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusza własnego.

Wyniki: Średni czas hospitalizacji dziecka w OITN wyniósł 23 ± 26 dni. Objawy PTSD stwierdzono u 43,3% badanych rodziców. Strategiami radzenia sobie ze stresem, najczęściej stosowanymi przez rodziców z badanej grupy były Planowanie, Akceptacja i Aktywne Radzenie Sobie. Matki istotnie częściej niż ojcowie stosowali strategie takie jak: Akceptacja, Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie oraz Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego. Rodzice z objawami PTSD częściej stosowali strategie Aktywnego Radzenia Sobie, Powstrzymywanie się od Działania, Zaprzeczania i Odwracania Uwagi. Z nasileniem odczuwanego stresu dodatnio korelowało stosowanie strategii Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie oraz Zaprzestanie Działań, a ujemnie – strategii Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój. Nasilenie PTSD dodatnio korelowało ze stosowaniem strategii Unikanie Konkurencyjnych Działań, Planowanie, Powstrzymanie się od Działania, Akceptacja, Zaprzeczanie i Odwracanie Uwagi, Aktywne Radzenie Sobie oraz Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie.

Wnioski: Częstym problemem u rodziców dzieci leczonych w OITN w okresie noworodkowym jest PTSD. Niektóre strategie radzenia sobie ze stresem w sposób istotny statystycznie korelują z nasileniem odczuwanego stresu i objawów PTSD. W związku z tym uzasadnione wydaje się wprowadzenie wczesnej konsultacji psychologicznej oraz wdrożenie psychoterapii podstawowej przez personel medyczny w trakcie hospitalizacji dziecka.

Słowa kluczowe: stres, noworodek, wcześniak, intensywna terapia noworodka, stres rodzicielski

Abstract

Introduction: Hospitalization of a newborn in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is associated with high levels of stress in the parents.

Aim of the study: The aim of this study was to evaluate stress coping strategies and their impact on the severity of stress and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in parents of children who were hospitalized in the NICU after their birth.

Material and Methods: Sixty seven parents (40 mothers and 27 fathers) of the 42 infants aged 1 to 16 months hospitalized in the NICU during the neonatal period were examined by means of Perceived Stress Scale (PSS-10), COPE Inventory (COPE), Impact Event Scale - Revised (IES-R) and the Authors' questionnaire.

Results: Mean length of stay in the NICU was 23 ± 26 days. PTSD symptoms were observed in 43.3% of the parents. Planning, Acceptance and Coping were most commonly used Strategies for coping with stress. Mothers significantly more often used strategies such

as: Acceptance, Emotion focused and their Discharge and Instrumental Support Search comparing with fathers. Parents with symptoms of PTSD more frequently used Active Coping strategies, Refraining from taking actions, Denial and Distraction. The use of strategies Emotion-focused and their Discharge and Discontinuation of Action positively correlated with the intensification of perceived stress but Positive reevaluation and Development correlated negatively with the intensification of perceived stress. The severity of PTSD positively correlated with the use of strategies: Avoiding Competitive Action, Planning, Refraining from taking actions, Acceptance, Denial and Distraction, Active Dealing and focusing on emotions and their discharge.

Conclusions: PTSD is a common problem of the parents of children hospitalized in the NICU after their birth. Some coping strategies correlate with the severity of stress and symptoms of PTSD in a statistically significant way. Therefore, it seems reasonable to introduce early psychologist intervention and implementation of basic psychotherapy by medical personnel during hospitalization.

Keywords: stress, newborn, premature, neonatal intensive care, parental stress

Wprowadzenie

Hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN) wiąże się z wysokim poziomem stresu u jego rodziców [1,2,3,4,5]. Zaniepokojeni są oni stanem zdrowia swojego dziecka, jego wyglądem odbiegającym od wyglądu zdrowych noworodków, doświadczając obaw o jego życie i zdrowie. Należy zaznaczyć, że ta trudna sytuacja pojawia się często nagle, niespodziewanie [6]. Negatywne emocje budzą także organizacyjne aspekty pobytu dziecka na oddziale: począwszy od mnogości aparatury otaczającej ich dziecko, wydawanych przez nią dźwięków, po niemożność swobodnego kontaktu z dzieckiem i brak możliwości pielęgnowania go. U rodziców pacjentów OITN stwierdza się często wysoki poziom lęku, stany depresyjne oraz zaburzenia związane ze stresem – zespół ostrego stresu (ASD) i zespół stresu pourazowego (PTSD) [7].

Celem niniejszej pracy była ocena strategii radzenia sobie ze stresem oraz ich wpływu na nasilenie stresu i objawów zespołu stresu pourazowego u rodziców dzieci, które w okresie noworodkowym były hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka.

Materiał i metoda

Badaną grupę stanowiło 67 biologicznych rodziców (40 kobiet i 27 mężczyzn) 42 niemowląt, które w okresie noworodkowym były hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Część rodziców z różnych powodów (np. praca zarobkowa poza granicami kraju, przyczyny psychologiczne) rezygnowała z udziału w badaniu – w takiej sytuacji do badania włączano tylko jednego rodzica. Średni wiek niemowląt w momencie przeprowadzania badania wynosił $8,1 \pm 3,1$ miesięcy, a średni czas od wypisu z OITN – $7,9 \pm 2,8$ miesiąca. Respondenci byli drogą telefoniczną informowani o celu i przebiegu badania. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, drogą pocztową otrzymywali pisemną informację dotyczącą udziału w badaniu wraz z instrukcją oraz formularzem świadomej zgody, kwestionariuszem ankiety i zaadresowanymi kopertami zwrotnymi ze znaczkiem. Kryteriami wyłączenia były: brak zgody na udział w badaniu i nieznaną języka polskiego.

Narzędzie badawcze zawierało szereg standaryzowanych narzędzi, takich jak: Skala Odczuwanego Stresu

(PSS-10), Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusz własny.

Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) autorstwa S. Cohen, T. Kamarck i R. Mermelstein w polskiej adaptacji Zygrydy Juczyńskiego i Niny Ogińska-Bulik. Skala składa się z 10 pytań pozwalających na określenie subiektywnych wrażeń dotyczących przeżywania zmartwień i przeżyć osobistych oraz sposobów zachowania się i radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Ogólny wynik surowy skali mieści się w zakresie od 0 do 40 punktów – im wyższy wynik, tym nasilenie odczuwanego stresu jest większe. Wynik surowe mogą zostać przeliczone na jednostki standardowe w skali stenowej [9].

Wielowymiarowy kwestionariusz do pomiaru radzenia sobie ze stresem (COPE) w polskiej adaptacji Zygrydy Juczyńskiego i Niny Ogińska-Bulik składa się z 60 stwierdzeń tworzących 15 skal odpowiadających 15 różnym sposobom radzenia sobie ze stresem [8]. Są to: Aktywne Radzenie Sobie (1), Planowanie (2), Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego (3), Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego (4), Unikanie Konkurencyjnych Działań (5), Zwrot ku Religii (6), Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój (7), Powstrzymanie się od Działania (8), Akceptacja (9), Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowywanie (10), Zaprzeczanie (11), Odwracanie Uwagi (12), Zaprzestanie Działań (13), Zażywanie Alkoholu i Innych Środków Psychoaktywnych (14), Poczucie Humoru (15) [8].

Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) autorstwa Weissa i Marmara w polskiej adaptacji Zygrydy Juczyńskiego i Niny Ogińska-Bulik. Jest to kwestionariusz samooceny składający się z 22 twierdzeń i przeznaczony do oceny subiektywnego odczuwania stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem. Twierdzenia skali odpowiadają objawom zespołu stresu pourazowego (PTSD). Według autorów adaptacji, polska wersja IES-R jest rzetelnym i trafnym narzędziem, użytecznym jako krótkie narzędzie przesiewowej oceny stresu. Zawiera 3 podskale: Intruzja, Pobudzenie i Unikanie [10].

Autorski kwestionariusz „Dane o dziecku hospitalizowanym w OITN i jego rodzicu”. Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła respondenta i zawierała pytania o podstawowe dane socjodemograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, choroby przewle-

kle w wywiadzie, dietność, miejsce zamieszkania i dane dotyczące zatrudnienia. Matki dodatkowo były pytane o poronienia, porody przedwczesne oraz o hospitalizacje w trakcie ostatniej ciąży. Druga część kwestionariusza zawierała dane dotyczące dziecka: aktualny wiek dziecka, wiek od poczęcia w momencie porodu, urodzeniowa masa ciała i choroby przebyte w okresie noworodkowym.

Analizę materiału badawczego wykonano w oparciu o oprogramowanie komputerowe: STATISTICA v. 10.0 (StatSoft, Polska) oraz IBM SPSS Statistics 20. Dla zbadania siły związków pomiędzy zmiennymi i wykazania różnic pomiędzy badanymi podgrupami wykorzystano test *U* Manna-Whitney'a. Do zbadania korelacji zastosowano analizę korelacji *r* Pearsona. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Niniejsza praca jest częścią większego projektu badawczego, zaaprobowanego przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/77/2013).

Wyniki

Średnia wieku badanych rodziców wynosiła $31,8 \pm 5,1$ lat. Przeważały kobiety, które stanowiły niemal 60% respondentów. Hospitalizowane dziecko było pierwszym potomkiem nieco ponad połowy badanych rodziców. Średni wiek ciążowy w chwili porodu wyniósł 34 tygodnie, przy średnim wyniku skali APGAR w pierwszej minucie po urodzeniu dziecka 6,2 punktów. Czas hospitalizacji dziecka w OITN wyniósł średnio 22,5 dnia. Dziecko co trzeciego rodzica wymagało operacji (34,3%), a dziesięcioro rodziców (14,9%) doświadczyło straty

dziecka. Objawy PTSD stwierdzono u 43,3% badanych, a zaobserwowane w badanej grupie średnie natężenie PTSD (wynik surowy: $44,9 \pm 18,6$ punktów) odpowiada poziomowi umiarkowanemu. Średni poziom odczuwanego stresu odpowiadał 7 stenowi, co wskazuje na znaczny stres – tabela 1.

Objawy sugerujące PTSD stwierdzono u 29 rodziców (43,3%), a poziom odczuwanego stresu wynosił średnio $7,0 \pm 2,0$ punkty skali stenowej (od 0 do 10), co wskazuje na wysoki poziom stresu.

Jednocześnie żadna ze zmiennych socjodemograficznych nie miała istotnego statystycznie wpływu na poziom odczuwanego stresu (tabela 2).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Charakterystyka rodziców:	
Płeć żeńska, n (%)	40 (59,7)
Pierwsze dziecko, n (%)	34 (50,7)
Mieszkańcy miasta, n (%)	33 (49,3)
Wykształcenie wyższe, n (%)	33 (49,3)
Charakterystyka noworodków:	
Wiek ciążowy (HBD), średnia (SD)	34,2 (5,0)
Urodzeniowa masa ciała (g), średnia (SD)	2290,6 (1111,2)
Wiek dziecka w momencie badania (msc), średnia (SD)	8,1 (3,1)
Punktacja APGAR w 1 minucie, średnia (SD)	6,2 (2,9)
Liczba dni spędzonych w OITN, średnia (SD)	22,5 (26,6)
Zgon dziecka, n (%)	10 (14,9)
Operacje, n (%)	23 (34,3)
Charakterystyka ciąży (dotyczy kobiet)	
Poronienia w wywiadzie, n (%)	6 (9,0)
Hospitalizacje w ostatniej ciąży, średnia (SD)	1,3 (1,3)

Tabela 2. Wpływ danych socjodemograficznych i medycznych na poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów PTSD u rodziców dzieci

		Poziom odczuwanego stresu X(SD)	p	Nasilenie objawów PTSD X(SD)	p
Płeć	kobieta	22,10 (7,48)	0,403	51,26 (16,62)	< 0,005
	mężczyzna	20,56 (6,68)		40,81 (13,65)	
Miejsce zamieszkania	miasto	20,82 (7,68)	0,372	48,23 (16,36)	0,814
	wieś	22,12 (6,64)		45,88 (16,26)	
Wykształcenie	wyższe	21,30 (6,72)	0,898	45,79 (16,33)	0,284
	podst.lub średnie	21,84 (7,86)		48,41 (16,83)	
Poronienia w wywiadzie (dotyczy kobiet)	tak	25,67 (3,88)	0,186	61,50 (7,12)	0,061
	nie	21,47 (7,92)		48,48 (18,31)	
Pierwsze dziecko	tak	20,21 (7,15)	0,080	46,88 (16,45)	0,690
	nie	23,13 (6,89)		47,61 (16,30)	
Operacje u dziecka	tak	21,64 (6,49)	0,833	45,14 (11,87)	0,295
	nie	21,39 (7,53)		48,00 (18,14)	
Losy dziecka, n (%)	przeżyło	21,00 (7,37)	0,150	47,07 (15,98)	0,832
	zmarło	24,10 (5,32)		46,70 (18,37)	

Tabela 3. Wpływ danych dotyczących stanu zdrowia dziecka na poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów PTSD - korelacje

	Poziom odczuwanego stresu	p	Nasilenie objawów PTSD	p
Wiek ciążowy (HBD)	-0,2050	0,099	0,1028	0,419
Urodzeniowa masa ciała (g)	-0,2748	0,026	-0,0050	0,969
Punktacja APGAR w 1 minucie	-0,1717	0,168	0,0888	0,485
Liczba dni spędzonych w OITN	0,2619	0,034	0,0239	0,852
Wiek dziecka w momencie badania (msc)	-0,2345	0,058	-0,0266	0,834

Tabela 4. Sposoby radzenia sobie ze stresem u matek i ojców dzieci hospitalizowanych w OITN

Strategia Radzenia Sobie ze Stresem	Ogółem		Płeć rodzica				p
			Matki		Ojcowie		
	X	SD	X	SD	X	SD	
Aktywne Radzenie Sobie	2,80	0,45	2,87	0,48	2,69	0,38	0,082
Planowanie	2,84	0,56	2,92	0,59	2,72	0,52	0,142
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	2,78	0,74	2,94	0,78	2,53	0,61	0,011
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	2,59	0,87	2,75	0,94	2,36	0,71	0,057
Unikanie Konkurencyjnych Działań	2,70	0,51	2,73	0,54	2,66	0,48	0,692
Zwrot ku Religii	2,71	0,93	2,86	0,92	2,48	0,91	0,093
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	2,68	0,64	2,89	0,65	2,36	0,50	0,0006
Powstrzymywanie się od Działania	2,37	0,46	2,45	0,46	2,26	0,43	0,093
Akceptacja	2,80	0,66	2,96	0,70	2,56	0,52	0,005
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	2,77	0,62	2,88	0,63	2,61	0,58	0,087
Zaprzeczanie	1,64	0,52	1,63	0,53	1,66	0,51	0,764
Odwracanie Uwagi	1,88	0,51	1,91	0,46	1,84	0,58	0,527
Zaprzestanie Działań	1,61	0,55	1,61	0,59	1,61	0,48	0,725
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	1,22	0,48	1,15	0,35	1,33	0,61	0,361
Poczucie Humoru	1,23	0,39	1,21	0,39	1,26	0,40	0,310

X - średnia, SD - odchylenie standardowe

Tabela 5. Zależność pomiędzy częstością stosowania wybranych strategii radzenia sobie ze stresem a występowaniem PTSD u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN

Strategia	Objawy PTSD				p
	Tak		Nie		
	X	SD	X	SD	
Aktywne Radzenie Sobie	2,94	0,40	2,70	0,45	0,031
Planowanie	2,97	0,57	2,74	0,55	0,158
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	2,79	0,78	2,76	0,71	0,742
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	2,59	0,92	2,59	0,84	0,900
Unikanie Konkurencyjnych Działań	2,84	0,50	2,59	0,50	0,060
Zwrot ku Religii	2,93	0,88	2,53	0,93	0,070
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	2,72	0,70	2,65	0,60	0,688
Powstrzymywanie się od Działania	2,53	0,43	2,26	0,40	0,015
Akceptacja	2,91	0,63	2,72	0,67	0,318
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	2,91	0,54	2,66	0,66	0,121
Zaprzeczanie	1,84	0,57	1,48	0,42	0,009
Odwracanie Uwagi	2,10	0,46	1,71	0,48	0,0007
Zaprzestanie Działań	1,72	0,64	1,52	0,45	0,220
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	1,16	0,40	1,28	0,53	0,362
Poczucie Humoru	1,19	0,41	1,26	0,38	0,336

X - średnia, SD - odchylenie standardowe

Tabela 6. Sposoby radzenia sobie ze stresem a poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów PTSD u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN – korelacje

Strategia	Poziom odczuwanego stresu	Nasilenie PTSD
Aktywne Radzenie Sobie	0,033	0,381**
Planowanie	- 0,033	0,311*
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	0,006	0,202
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	0,022	0,213
Unikanie Konkurencyjnych Działań	0,229	0,423***
Zwrot ku Religii	0,044	0,159
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	- 0,264*	- 0,013
Powstrzymywanie się od Działania	0,137	0,285*
Akceptacja	0,011	0,250*
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	0,370**	0,494***
Zaprzeczanie	0,195	0,312**
Odwracanie Uwagi	0,233	0,290**
Zaprzestanie Działań	0,251*	0,090
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	0,023	- 0,005
Poczucie Humoru	- 0,166	- 0,152

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Poziom odczuwanego przez rodziców stresu był tym wyższy, im niższa była masa urodzeniowa dziecka i im dłuższy jego pobyt w OITN (tabela 3).

Na nasilenie objawów PTSD istotny statystycznie wpływ miała wyłącznie płeć respondentów: u kobiet stwierdzono znaczne większe nasilenie objawów PTSD niż u mężczyzn, nie stwierdzono natomiast wpływu na tę zmienną obiektywnych wykładników stanu zdrowia dziecka – tabela 3.

Strategiami radzenia sobie ze stresem, najczęściej stosowanymi przez rodziców z badanej grupy, były Planowanie, Akceptacja i Aktywne Radzenie Sobie. Matki najczęściej stosowały Akceptację, Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego i Planowanie, podczas, gdy ojcowie w największym stopniu stosowali strategię: Planowanie, Aktywne Radzenie Sobie i Unikanie Konkurencyjnych Działań. W przypadku większości strategii różnice w ich popularności pomiędzy kobietami a mężczyznami nie były istotne. W sposób znaczący kobiety i mężczyźni różnili się w zakresie stosowania strategii: Pozytywnego Przewartościowania i Rozwoju, Akceptacji i Poszukiwania Wsparcia Instrumentalnego. Wszystkie one były w większym stopniu stosowane przez matki niż ojcowie – tabela 4.

Jedyną strategią radzenia sobie ze stresem, którą częściej stosowali ojcowie było zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, choć różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

Stwierdzono występowanie zależności pomiędzy stosowanymi przez badanych sposobami radzenia sobie ze stresem a występowaniem PTSD. Rodzice z objawami PTSD częściej stosowali strategię Aktywnego Radzenia Sobie, Powstrzymywania się od Działania, Zaprzeczania i Odwracania Uwagi, co zostało przedstawione w tabeli 5.

Zbadano również korelacje pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem a poziomem odczuwanego stresu i nasileniem PTSD. Najsilniejsze związki odnotowano w przypadku strategii Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie. Wraz ze wzrostem częstości jej stosowania wzrastał również poziom odczuwanego stresu i nasilenie PTSD. Z poziomem odczuwanego stresu dodatnio korelowało również stosowanie strategii Zaprzestanie Działań, a ujemnie – stosowanie strategii Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój. Nasilenie PTSD dodatnio korelowało ze stosowaniem strategii Unikanie Konkurencyjnych Działań, Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Powstrzymanie się od Działania, Akceptacja, Zaprzeczanie i Odwracanie Uwagi - tabela 6.

Omówienie wyników

Zarówno piśmiennictwo, jak i wyniki własne sugerują, iż to nie samo zdarzenie traumatyczne, ale jego percepcja przez jednostkę oraz posiadane przez nią zasoby i strategię radzenia sobie ze stresem decydują o wystąpieniu i nasileniu objawów PTSD. W związku z tym,

celem niniejszych badań była ocena strategii, jakie stosują rodzice hospitalizowanych noworodków w radzeniu sobie ze stresem oraz ich wpływu na nasilenie odczuwanego stresu i objawów zespołu stresu pourazowego. Najpopularniejsze okazały się strategię: Planowanie, Akceptacja i Aktywne Radzenie Sobie. Planowanie i Aktywne Radzenie Sobie należą do grupy strategii aktywnych, nakierowanych na stresor, podczas gdy Akceptacja (zaistniałej sytuacji) to strategia z grupy zachowań unikowych [8]. Jeśli weźmiemy pod uwagę strategię wybierane najczęściej przez matki: Planowanie, Akceptacja i Poszukiwanie Instrumentalnego Wsparcia, to okaże się, że należą one do trzech różnych grup strategii, co nie potwierdza zależności stwierdzonych w innych badaniach, wskazujących, że kobiety częściej podejmują działania ukierunkowane na emocje, głównie poprzez poszukiwanie różnych rodzajów wsparcia [5,8,11,12,13,14,15]. Należy jednak nadmienić, że w części cytowanych badań stosowano inne metody oceny strategii radzenia sobie ze stresem, co może częściowo tłumaczyć różnice w uzyskanych wynikach. Badani ojcowie, zgodnie z oczekiwaniami [5,8,14,15], najczęściej stosowali strategię aktywne: Planowanie, Aktywne Radzenie Sobie i Unikanie Konkurencyjnych Działań. Nie stwierdzono natomiast oczekiwanej różnicy pomiędzy płaciami w zakresie strategii Zażywania Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych i strategii Zwrotu ku Religii. Pierwszy z nich (Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych) zazwyczaj bywa preferowany przez mężczyzn, a drugi (Zwrotu ku Religii) – przez kobiety [8,11,12]. Można domniemywać, że brak istotnej różnicy w strategii Zażywania... może wynikać stąd, że w ramach tej kategorii znajduje się zarówno alkohol – tradycyjnie preferowany przez mężczyzn oraz środki uspokajające, po które częściej sięgają kobiety, jako częściej szukające profesjonalnej pomocy.

Wyniki badania miały również odpowiedzieć na pytanie, czy i jak styl radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN wpływa na nasilenie odczuwanego stresu oraz występowanie i natężenie objawów PTSD. Im bardziej rodzice potrafili przeformułować pozytywnie znaczenie swojego doświadczenia (Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój), tym mniejszy poziom stresu był ich udziałem, co wiąże się ze zjawiskiem rozwoju potraumatycznego [16]. Im bardziej natomiast badani używali strategii Koncentrowania się na Emocjach i ich Wyładowaniu oraz Zaprzestania Działań, tym odczuwany przez nich stres był silniejszy. Wyniki częściowo odbiegające od oczekiwanych uzyskano badając związki strategii radzenia sobie ze stresem z występowaniem i nasileniem PTSD [10]. Respondenci z objawami PTSD częściej stosowali strategię Zaprzeczania (skierowana na emocje) i Odwracania Uwagi (unikowa), ale też aktywne strategię: Aktywne Radzenie Sobie i Powstrzymywanie się

od Działania. Również badając korelacje natężenia PTSD ze stopniem stosowania danego stylu otrzymano podobne wyniki. Pozytywna korelacja wystąpiła pomiędzy nasileniem PTSD a czterema z pięciu strategii zaliczanych do aktywnych: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Unikanie Konkurencyjnych Działań oraz Powstrzymanie się od działania. Należy podkreślić, iż obserwowanych zależności nie można interpretować w kategoriach przyczynowo-skutkowych tj. że wybór aktywnych strategii radzenia sobie wpływa na nasilenie objawów PTSD. Wprawdzie pojęcie strategii radzenia sobie ze stresem odnosi się do względnie stałej dyspozycji danej osoby, jednak w momencie wystąpienia stresora aktywizują się różne strategie sytuacyjne. Zależność może przebiegać również w odwrotnym kierunku: pod wpływem traumatycznego stresu, jaki jest doświadczeniem rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN, badani aktywizowali dostępne w tej sytuacji strategie: silniejszy stres wymagał większych nakładów aktywnych działań, co mogło znaleźć odbicie w uzyskanych wynikach.

Warto odnotować, że interwencje nakierowane na radzenie sobie ze stresem, zarówno poznawcze, jak i wspierające pozwalają znacząco zredukować poziom odczuwanego stresu i ryzyko wystąpienia PTSD zarówno u rodziców chorego dziecka, jak i innych grup poddanych działaniu silnego stresu [17,18,19].

Wnioski

1. Zespół stresu pourazowego jest częstym problemem u rodziców dzieci, które w okresie noworodkowym były leczone w OITN.
2. Nasilenie objawów PTSD jest istotnie wyższe u matek niż u ojców dzieci hospitalizowanych w OITN. Urodzeniowa masa ciała dziecka oraz czas trwania hospitalizacji dziecka w OITN mają wpływ na poziom odczuwanego stresu, ale nie na nasilenie objawów PTSD.
3. Niektóre strategie radzenia sobie ze stresem w sposób istotny korelują z poziomem odczuwanego stresu i nasileniem objawów PTSD.
4. Uzasadnione wydaje się wprowadzenie wczesnej konsultacji psychologicznej oraz wdrożenie psychoterapii podstawowej przez personel medyczny w trakcie hospitalizacji dziecka.

References

1. Łuczak-Wawrzyniak J. Matka wcześniaka – sytuacja psychologiczna i społeczna w trakcie pobytu dziecka w szpitalu i po opuszczeniu oddziału noworodkowego. *Gin Prakt* 2009; 1: 7-8.
2. Borimnejad L, Mehrnoosh N, Fatemi NS, Haghan H. Impacts of creating opportunities for parent empowerment on maternal stress: A quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013; 18(3): 218-221.
3. Carvalho AE, Linhares MB, Padovani FH, Martinez FE. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological

- intervention during hospitalization in neonatal ICU. *Span J Psychol.* 2009; 12: 61–70.
4. Griffin T. Supporting families of infants with congenital heart disease. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2002; 2: 83–89.
 5. Lau R, Morse CA. Parents' coping in the neonatal intensive care unit: a theoretical framework. *J PsychosomObstetGynecol.* 2001; 22:41-47.
 6. Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13 (Suppl 1):S13.
 7. Ward-Begnoche W. Posttraumatic Stress Symptoms in the Pediatric Intensive Care Unit. *JSPN.* 2007; 12(2): 84-92.
 8. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE. W: *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*, Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. (red.). Warszawa 2009, 23-42.
 9. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) W: *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*, Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. red. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009, 11-22.
 10. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria.* 2009, 1(6): 15-25.
 11. Salgado CL, Lamy ZC, Nina RVdAH, Melo LA, Lamy Filho F, Nina VJdS. Pediatric cardiac surgery under the parents view: A qualitative study. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011; 26.1: 36-42
 12. Kaflik-Pieróg M, Ogińska-Bulik N. Wyznaczniki stanu zdrowia personelu ratownictwa medycznego. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica.* 2004; 8: 79-89.
 13. Orzechowska A, Zajączkowska M, Talarowska M, Gałeczki P. Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Med Sci Monit* 2013; 19: 1050-1056.
 14. Affleck G, Tennen H. The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *ChildHealthCare.* 1991; 20: 6–14.
 15. Hughes M, McCollum J, Sheftel D, Sanchez G. How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Child Health Care.* 1994; 23(1): 1-14.
 16. Aftyka A, Rozalska-Walaszek I, Celej-Szuster J, Rzońca P, Kopeć A. Rozwój potraumatyczny u rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziale intensywnej terapii noworodka - doniesienie wstępne. *Hygeia Public Health.* 2014, 49(3): 602-608.
 17. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz JH, Bonde JP. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35(2): 145–152.
 18. Jotzo M, Poets CF. Helping Parents Cope with the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics.* 2005; 115: 915-919.
 19. Bianchinia V, Roncone R, Tomassinia A [et al.]. Cognitive Behavioral Therapy for Young People after L'Aquila Earthquake. *ClinPractEpidemiolMent Health.* 2013; 9: 238-242.

Correspondence address

Anna Aftyka
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej,
Uniwersytet Medyczny, Lublin
Ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin