

Stres u rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka – doniesienie wstępne

Stress in parents of children hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit – preliminary report

Anna Aftyka

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Aftyka
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej
WPiNoZ UM w Lublinie
ul. Szkolna 18
20-124 Lublin
E-mail: a.aftyka@gmail.com

STRESZCZENIE

STRES U RODZICÓW DZIECI HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA – DONIESIENIE WSTĘPNE

Wstęp. Stres jest poważnym problemem wśród rodziców noworodków hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii.

Materiał i metoda. Badanie miało charakter jakościowy. Zastosowano w nim szereg narzędzi badawczych: Skalę Odczuwanego Stresu PSS-10, Wielowymiarowy Kwestionariusz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE, Skalę Wpływu Zdarzeń IES R, Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) oraz Nurse Parent Support Tool (NPTS) oraz autorskie kwestionariusze zawierające dane o rodzicach dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN) i dane dotyczące hospitalizowanych noworodków. W badaniu udział wzięło sześć rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Wszystkie noworodki urodziły się przedwcześnie.

Wyniki badań. U wszystkich rodziców stwierdzono wysoki poziom stresu. Najczęściej wykorzystywanymi strategiami radzenia sobie ze stresem były: Zwrot ku Religii, Aktywne Radzenie Sobie oraz Planowanie i Poszukiwanie Wsparcia Instytucjonalnego. Najwyższy poziom stresu rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN był związany z wyglądem dziecka i stosowanymi procedurami leczniczymi. Lekarze, podobnie jak pielęgniarki, najczęściej udzielali rodzicom wsparcia instrumentalnego, a najrzadziej – wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Zaburzenie po stresie urazowym stwierdzono u dwojga rodziców.

Słowa kluczowe:

rodzice, noworodek, Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, stres psychologiczny, zespół stresu pourazowego

ABSTRACT

STRESS IN PARENTS OF CHILDREN HOSPITALIZED IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT – PRELIMINARY REPORT

Introduction. Stress is a major concern among parents of newborns hospitalized in the Intensive Care Unit.

Material and method. The study was of a qualitative character. It used a range of research tools: The Scale of Stress PSS-10, Multidimensional Questionnaire for Measuring Coping COPE, The Impact of Events Scale- Revised IES R, Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) and the Nurse Parent Support Tool (NPTS) and author's questionnaires containing data about parents of children hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and data on hospitalized infants. The survey involved six parents of children hospitalized in the NICU, Children's University Hospital in Lublin. All infants were born prematurely.

Results. In all of the parents, high level of stress was detected. The most common strategies for coping with stress included: Turning to Religion, Active Coping, Planning and Seeking Institutional Support. The highest stress levels of parents of children hospitalized in the NICU were associated with the appearance of the child and therapeutic procedures used. Parents were mostly given instrumental support, and the least – emotional and evaluative support from both nurses and doctors. Post-traumatic stress disorder was found in two of the examined parents.

Keywords:

parents, infant, Neonatal Intensive Care Unit, psychological distress, posttraumatic stress disorder

WSTĘP

Badania dotyczące stresu u rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka w Polsce (OITN) są nieliczne i fragmentaryczne. Ponieważ poziom stresu rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN jest zależny od czynników środowiskowych, wydaje się zasadne prowadzenie badań z zakresu tej tematyki w poszczególnych krajach i populacjach.

CEL PRACY

Wskazanie najbardziej stresujących sytuacji dla rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka jest naszym zdaniem podstawą przy planowaniu i wdrażaniu działań mających na celu podniesienie jakości świadczeń oferowanych przez te jednostki. Analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród rodziców o zróżnicowanym poziomie jego odczuwania może pomóc w tworzeniu praktycznych wskazówek i standardów dla personelu medycznego chcącego wspierać rodziców swoich małych podopiecznych. Wydaje się że potrzebne jest również zwrócenie uwagi na częstość występowania zespołu stresu pourazowego u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN w Polsce. W związku z brakiem tego typu opracowań w Polsce i trudnościami w doborze badanej grupy w początkowym etapie badań zdecydowaliśmy się skoncentrować na badaniach jakościowych.

MATERIAŁ I METODA

W pracy posłużono się metodą badawczą jaką jest analiza indywidualnego przypadku. Zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Odczuwanego Stresu PSS-10 (Cohen, Kamarck i Mermelstein, polska adaptacja Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik), Wielowymiarowy kwestionariusz do pomiaru radzenia sobie ze stresem COPE (Carver i wsp.) i Skalę Wpływu Zdarzeń IES-R (Weissa i Marmar, adaptacja Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik) [1,2,3]. Wykorzystano także dwa narzędzia które nie posiadają jeszcze polskiej adaptacji kulturowej i opracowania psychometrycznego: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) oraz zmodyfikowaną skalę Nurse Parent Support Tool (NPTS) – oba narzędzia są autorstwa M. S. Miles [4,5]. O wykorzystaniu tychże narzędzi pomimo braku ich adaptacji kulturowej w polskich warunkach zadecydowała ich unikalność i brak polskich odpowiedników. Sformułowania zastosowane w tych narzędziach charakteryzują się naszym zdaniem dużą neutralnością kulturową. W celu zebrania danych dotyczących dzieci hospitalizowanych w OIT i ich rodziców zastosowano autorskie kwestionariusze: „Dane o rodzicu dziecka hospitalizowanego w OITN” oraz „Dane o dziecku hospitalizowanym w OITN”.

Założono, iż udział w badaniu będzie proponowany rodzicom dzieci hospitalizowanych przez przynajmniej 14 dni w OITN. Warunkiem niezbędnym do zakwalifikowania do badań było zapoznanie się respondentów z celem i przebiegiem badań oraz podpisanie formularza świadomej zgody. Kwestionariusze były przekazywane rodzi-

com przez pracownika OITN, wypełniane w warunkach domowych bez ograniczenia czasu, a następnie zamykane w kopercie i pozostawiane w sekretariacie OITN, skąd przekazano je kierownikowi projektu.

W związku ze znacznymi podobieństwami występującymi w historiach i doświadczeniach respondentów zdecydowano się na ich jednoczesny opis ze szczególnym zwróceniem uwagi na występujące podobieństwa i różnice. Łącznie rozdano rodzicom 10 kompletów narzędzi badawczych, z czego 6 zostało zwróconych i poddanych analizie.

WYNIKI BADAŃ

W badaniu udział wzięło sześcioro rodziców trojga dzieci hospitalizowanych w OITN Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Wiek rodziców badanych noworodków wynosił od 29 do 33 lat, czworo respondentów miało wykształcenie wyższe, a dwoje – średnie. Czworo mieszkało w mieście, a dwoje na terenach wiejskich. Żaden rodzic nie podawał w wywiadzie przewlekłych chorób.

Wszystkie noworodki urodziły się przedwcześnie (30/31 Hbd, 32 Hbd i 35Hbd). Noworodki z ciąż pojedynczych charakteryzowały się małą masą urodzeniową (1500 g i 2080 g), a z ciąż mnogiej – bardzo małą masą urodzeniową (1190 g). Wszystkie dzieci przyszły na świat drogą cesarskiego cięcia. Tylko jedno z nich miało starsze rodzeństwo. Wywiad dotyczący poronień i porodów przedwczesnych u wszystkich respondentek był negatywny. Przebieg wszystkich ciąż z których pochodziły noworodki był w mniejszym lub większym stopniu powikłany – tabela 1.

W opinii lekarzy ginekologów – położników prowadzących ciążę troje dzieci (w tym bliźniaki) charakteryzowało się prawidłowym rozwojem prenatalnym. U czwartego dziecka, urodzonego z mnogimi wadami rozwojowymi, w 25 tygodniu ciąży stwierdzono wodonercze. Wszystkie kobiety w trakcie ciąży były objęte opieką położniczą, o czym świadczą wielokrotne wizyty u lekarza ginekologa – położnika, liczne badania ultrasonograficzne, a w przypadku dwóch matek – także kilkukrotne hospitalizacje.

Wszyscy rodzice byli w stanie wymienić główne problemy zdrowotne swoich dzieci. W przypadku jednej pary ojciec dziecka wymienił jednak znacznie więcej problemów zdrowotnych dziecka niż matka. W przypadku dwóch pozostałych par odpowiedzi były jednakowe lub prawie jednakowe.

U wszystkich rodziców badanie z zastosowaniem Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 stwierdzono wysoki poziom stresu: uzyskali oni od 21 do 32 na 40 możliwych punktów. Wszystkie matki noworodków hospitalizowanych w OITN w Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 otrzymały wynik większy od 31 punktów, co odpowiada 10 stenowi. Ojcowie prezentowali nieco niższy poziom stresu – uzyskali oni od 21 do 29 punktów, co odpowiada 7-9 stenowi – tabela 2.

W celu rozpoznania najważniejszych strategii radzenia sobie ze stresem w sytuacji hospitalizacji nowo narodo-

■ Tab. 1. Medyczne i demograficzne dane noworodków hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka i ich rodziców

	Inicjały	Noworodek 1		Noworodek 2 - bl. II		Noworodek 3	
Dane o dziecku	Wiek ciążowy	35 Hbd		30/31 Hbd		32 Hbd	
	Masa ciała	2080		1190		1500	
	Poród	CC		CC		CC	
	Rozpoznanie przy przyjęciu do OIT	Wrodzone zapalenie płuc, ciężka zamartwica urodzeniowa, posocznica noworodka		Niewydolność oddechowa noworodka, dysplazja oskrzelowo-płucna, zab. rytmu serca		Mnogie wrodzone wady rozwojowe, wodogłowie wrodzone, wspólny pierś tętniczy	
	Czas hospitalizacji w OIT (dni)	47		16		96	
	Dane o przebiegu ciąży - wywiad	naciśnienie, poronienie zagrażające, przedwczesne odklejenie łożyska przyrost masy ciała u matki – 10 kg		cięża bliźniacza, krwawienie, skracająca się szyjka macicy, infekcje dróg moczowych, kolka nerkowa przyrost masy ciała u matki – 11 kg		przedwczesne odpłynięcie wód płodowych przyrost masy ciała u matki – 15 kg	
	Opieka położnicza w ciąży	• wizyty u ginekologa – ok. 8 • hospitalizacje – 4 • USG – ok. 10		• wizyty u ginekologa – ok. 8 • hospitalizacje – 3 • USG – 6/7		• wizyty u ginekologa – ok. 7 • USG – 6	
Dane o rodzicu	Rozwój dziecka w opinii ginekologa	Prawidłowy		prawidłowy		wodonercze – 25 Hbd poza tym rozwój prawidłowy	
	Inicjały	Matka I	Ojciec I	Matka II	Ojciec II	Matka III	Ojciec III
	Wiek	33	33	29	32	30	31
	Wykształcenie	wyższe	wyższe	wyższe	wyższe	średnie	średnie
	Choroby przewlekłe	nie podaje	nie podaje	nie podaje	nie podaje	nie podaje	nie podaje
	Starsze dzieci	tak (1)	tak (1)	nie	nie	nie	nie
	Wywiad położniczy	C II, P II	-	C I, PI Cięża bliźniacza	-	C I, PI	-
	Znane rodzicom problemy zdrowotne dziecka	• zamartwica • niedotlenienie	• zamartwica • niedotlenienie • obniżone napięcie mięśniowe • niewydolność nerek • niewydolność płuc	Bl i II: • niewydolność oddechowa • niedokrwistość • wcześniactwo • stan po niedotlenieniu okołoporodowym Bl I: • zaburzenia rytmu serca	Bl i II: • niewydolność oddechowa • niedokrwistość • wcześniactwo • stan po niedotlenieniu okołoporodowym Bl I: • zaburzenia rytmu serca	• wady: przełyku, serca, nerek • niewykształcona tchawica • brak odbytu	• wady: przełyku, serca, nerek, • odbytu • niewykształcona tchawica

nego dziecka w OITN wykorzystano Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stressem COPE. U każdego z respondentów rozpoznano pięć strategii które były najczęściej wykorzystywane w zaistniałej sytuacji (jeśli kilka strategii było wykorzystywanych z tą samą częstością (otrzymało tyle samo punktów) były one włączane do grupy najistotniejszych). U wszystkich kobiet najczęściej wykorzystywaną strategią radzenia sobie ze stresem był Zwrot ku Religii, strategia ta była także najczęściej wykorzystywana przez jednego z mężczyzn. Co ciekawe była ona obecna wśród najważniejszych strategii także u pozostałych ojców. Innymi często stosowanymi strategiami (stwierdzono je wśród najważniejszych strategii u pięciu z sześciu rodziców) były: Aktywne Radzenie Sobie oraz Planowanie i Poszukiwanie Wsparcia Instytucjonalnego. Wśród najważniejszych strategii radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN u żadnego z respondentów nie stwierdzono Zaprzeczania, Odwracania Uwagi, Zaprzestania Działań, Zażywania Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych oraz Poczucia Humoru.

Największy poziom stresu u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN był związany z wyglądem dziecka i stosowanymi procedurami leczniczymi, średni – z realizacją ról rodzicielskich i relacją z dzieckiem, a najmniejszy – z dźwiękami i widokami w OITN. Warto podkreślić, iż liczba sytuacji wywołujących „ekstremalny stres” znacznie różniła się u poszczególnych respondentów, ale była zdecydowanie wyższa u kobiet (5-8) niż u mężczyzn (0-2). Wśród sytuacji wywołujących „ekstremalny stres” najczęściej (dwukrotnie) wymieniane były: nagłe dźwięki alarmów monitorów, wystąpienie nietypowego lub zaburzonego oddechu u dziecka, wystąpienie bezdechu u dziecka („moje dziecko nagle przestaje oddychać”), cierpienie dziecka, bezradność w związku z niemożnością chronienia dziecka przed bólem oraz bezradność w związku z niemożnością pomocy dziecku.

Ocena wsparcia udzielanego rodzicom przez personel medyczny wykazała, iż wszystkim respondentom, zarówno lekarze jak i pielęgniarki, najczęściej udzielali wsparcia instrumentalnego. Najrzadziej udzielanym przez lekarzy rodzajem wsparcia u czworga rodziców było wsparcie emocjonalne, a u pojedynczych rodziców – wsparcie

■ Tab. 2. Stres u rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka – poziom stresu, strategie radzenia sobie ze stresem, najważniejsze stresory, ocena wsparcia udzielanego przez lekarzy i pielęgniarki, rozpowszechnienie zaburzenia stresu pourazowego (PTSD)

Inicjały rodzica		M. W.	R. D.	E. K.	T. K.	R. M.	I. M.
PSS - 10	Poziom stresu (wynik, sten)	32 (10)	22 (7)	32 (10)	29 (9)	32 (10)	21 (7)
COPE		Zwrot ku religii (4,0) Planowanie (3,75) Aktywne radzenie sobie (3,5) Poszukiwanie wsparcia inst. (3,5) Pozytywne przewartościowanie i rozwój (3,5)	Aktywne radzenie sobie (3,5) Pozytywne przewartościowanie i rozwój (3,25) Akceptacja (3,0) Poszukiwanie wsparcia inst. (2,75) Zwrot ku religii (2,75)	Zwrot ku religii (4,0) Koncentracja na emocjach (3,75) Unikanie konkurencyjnych działań (3,0) Aktywne radzenie sobie (2,75) Planowanie (2,75) Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (2,75)	Poszukiwanie wsparcia inst. (3,75) Koncentracja na emocjach (3,75) Planowanie (3,25) Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (3,25) Unikanie konkurencyjnych działań (3,0) Zwrot ku religii (3,0)	Zwrot ku religii (3,5) Planowanie (3,25) Powstrzymywanie się od działań (3,25) Poszukiwanie wsparcia inst. (3,0) Unikanie konkurencyjnych działań (3,0)	Zwrot ku religii (3,75) Poszukiwanie wsparcia inst. (3,25) Unikanie (3,0) Akceptacja (2,5) Aktywne radzenie sobie (2,25) Planowanie (2,25)
PSS:NICU	Sytuacje uznawane za najbardziej stresujące (5 punktów w pięciopunktowej skali typu Likerta)	• alarmy • zaburzony oddech • nie mogę chronić dziecka przed bólem • nie mogę pomóc dziecku • nie mam możliwości bycia z dzieckiem na osobności	• nie mogę pomóc dziecku	• alarmy • stosowanie respiratora • dużo sprzętu • zasinienia, nacięcia, rany na skórze dziecka • nienaturalny kolor skóry dziecka • zaburzony oddech • bardzo mała masa ciała	• moje dziecko cierpi • moje dziecko nagle przestaje oddychać	• moje dziecko cierpi • moje dziecko wykonuje zbyt słabe/gwałtowne ruchy • moje dziecko nagle przestaje oddychać • nie mogę chronić dziecka przed bólem	
PSS:NICU - poziom stresu wywołanego przez różne czynniki (skala 1-5)	dźwięki i widoki	3,2	1,2	4,0	1,6	2,2	2,2
	wygląd dziecka	3,3	2,1	5,0	3,9	3,9	3,1
	i procedury lecznicze						
	relacja z dzieckiem	3,4	1,9	4,1	2,4	3,6	3,1
NPST - ocena wsparcia przez lekarzy (skala 1-5)	ogółem	3,3	1,8	4,5	2,9	3,4	2,9
	największe wsparcie	instrumentalne (4,0)	instrumentalne (4,6)	instrumentalne (4,4)	instrumentalne (4,4)	instrumentalne (5,0)	instrumentalne (5,0)
	najmniejsze wsparcie	emocjonalne (1,0)	emocjonalne (1,0)	informacyjne (2,9)	wartościujące (3,0)	emocjonalne (1,3)	emocjonalne (1,5)
	największe wsparcie	instrumentalne (3,8)	instrumentalne (4,0)	instrumentalne (5,0)	instrumentalne (4,6)	instrumentalne (4,8)	instrumentalne i informacyjne (4,2)
NPST - ocena wsparcia przez piel. (skala 1-5)	najmniejsze wsparcie	emocjonalne (1,7)	emocjonalne (1,0)	wartościujące (2,8)	wartościujące (2,8)	emocjonalne (1,3)	emocjonalne (1,0)
	zdarzenie traumatyczne (pisownia oryginalna)	„niespodziewany poród w 35 t. c., oddzielenie łóżyska, zamartwica u dziecka”	„dramatyczne sytuacje porodowe”	„bezdach, częstoskurcz nadkomorowy”	„częstoskurcz nadkomorowy syna”	„kiedy lekarz powiedział o wszystkich wadach dziecka i dał do zrozumienia że dziecko może umrzeć”	„że moje dziecko może umrzeć”
	Intruzja	3,00	2,50	2,50	3,25	2,75	Skala wypełniona nieprawidłowo
	Pobudzenie	2,57	2,14	2,86	2,43	2,86	
IES-R - nasilenie zaburzeń po stresie pourazowym (skala 0-4)	Unikanie	2,29	2,00	0,00	1,43	1,43	
	Ogółem	2,64	2,23	1,82	2,41	2,36	
	PTSD	tak	tak	nie	nie	nie	

informacyjne i wartościujące. Także w przypadku wsparcia udzielanego przez pielęgniarki najrzadziej udzielanym rodzajem wsparcia u czworga rodziców było wsparcie emocjonalne, a u dwojga – wartościujące.

Wszyscy rodzice poproszeni podczas wypełniania „Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń” (IES-R) o wymienienie bardzo przykrych, traumatycznych zdarzeń życiowych wymieniali sytuacje związane z nagłymi, przedwczesnymi narodzinami dziecka lub jego stanem zdrowia. Zaburzenie po stresie urazowym stwierdzono u dwojga rodziców. Stosunkowo wysokie, choć nie pozwalające na rozpoznanie zaburzenia po stresie urazowym w świetle obowiązującej definicji, stwierdzono u rodziców dwojga innych noworodków (matki u jednego i ojca u drugiego dziecka). Rozpoznanie zaburzenia po stresie traumatycznym jest możliwe w przypadku współwystępowania trzech objawów: intruzji, pobudzenia i unikania. W przypadku zastosowania skali IES-R w badaniach przesiewowych dotyczących występowania zaburzenia po stresie urazowym wskazuje się na wartość graniczną 1,5 punktu w odniesieniu zarówno do poszczególnych wymiarów, jak i ogólnego wskaźnika nasilenia objawów po stresie traumatycznym. We wspomnianych przypadkach zarówno wskaźnik ogólny jaki i wskaźniki wymiarów Intruzji i Pobudzenia przekraczały wartość graniczną, natomiast wskaźnik wymiaru Unikania był od niej nieznacznie niższy (1,43 vs. 1,50). Co ciekawe jeszcze u jednej z matek hospitalizowanych w OITN noworodków wskaźnik ogólny jaki i wskaźniki wymiarów Intruzji i Pobudzenia przekraczały wartość graniczną, natomiast wskaźnik wymiaru Unikania był równy zeru. Jeden z mężczyzn nieprawidłowo wypełnił skalę, w związku z czym w analizie nie uwzględniono jego kwestionariusza.

OMÓWIENIE

Stres jest poważnym problemem wśród rodziców noworodków hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii, na co uwagę zwracają liczni autorzy [6,7,8,9]. Reakcje psychiczne tej szczególnej grupy rodziców obejmują takie stany jak: lęk, niepokój, smutek, drażliwość, depresję, trudności w koncentracji uwagi oraz poczucie winy i beznadziejności [10,11,12,13]. Należy podkreślić, że zadaniem całego personelu oddziałów neonatologicznych i OITN jest otoczenie profesjonalną opieką nie tylko chorego noworodka, ale także jego rodziców. Wśród interwencji pielęgniarskich mogących wpływać na poprawę komfortu rodziców chorych noworodków, można wymienić między innymi zapoznanie rodziców z aparaturą wykorzystaną w terapii i monitorowaniu noworodka oraz zachęcanie do budowania relacji z dzieckiem przez dotyk, przytulanie, śpiewanie dziecku i mówienie do niego. Jeśli istnieje możliwość karmienia dziecka mlekiem matki, to warto zachęcić mamę noworodka do odciągania pokarmu dla dziecka. Warto także pamiętać o możliwości włączenia rodziców w czynności pielęgnacyjne, takie jak natłuszczenie skóry dziecka oliwką czy zmiana pieluszki [13].

Wydaje się, iż w Polsce występuje tendencja do koncentracji zespołów terapeutycznych na ściśle medycznych zagadnieniach, a zbyt mało uwagi poświęca się psychicznym

i społecznym potrzebom pacjentów i ich rodzin. Świadczyć o tym mogą uzyskane przez nas wyniki, w świetle których poziom wsparcia emocjonalnego i wartościującego, udzielanego rodzicom zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki, jest bardzo niski.

Badania nad stresem pokazują, że jego skutki dla człowieka w znacznym stopniu zależą od sposobu rodzenia sobie, a w mniejszym – od obiektywnych cech działających stresorów. Radzenie sobie ze stresem jest definiowane jako wszystkie akty działania człowieka, które mają na celu przezwyciężenie stresu. Parker i Endler uważają, że człowiek w sytuacji stresowej podejmuje działania zaradcze, które są wynikiem interakcji pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie specyficznym dla danej osoby. Wyróżnia się trzy podstawowe style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach oraz skoncentrowany na unikaniu. Wydaje się, że najlepsze efekty przynosi stosowanie strategii skoncentrowanej na zadaniu [14]. Należy jednak podkreślić, że w początkowym etapie każda strategia radzenia sobie z traumą przedwczesnych narodzin i choroby dziecka przynosi pewną ulgę i pozwala zmobilizować się do działania. W takiej sytuacji zadaniem personelu medycznego jest wspieranie rodziców bez odbierania im nadziei [12].

Hospitalizacja noworodka w Oddziale Intensywnej Terapii jest traumą, którą trudno porównać z jakimkolwiek innym doświadczeniem. U wielu rodziców sytuacja ta jest przyczyną wystąpienia zaburzenia po stresie urazowym (PSTD) [15,16,17].

PODSUMOWANIE

Naszym zdaniem problem stresu u rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka wymaga pogłębionych badań w populacji polskich rodziców. Niezbędne jest także wdrażanie w praktyce pielęgniarskiej działań profilaktycznych, mających na celu zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu i częstości występowania zaburzenia po stresie urazowym (PTSD) u rodziców ciężko chorych noworodków.

WNIOSKI

1. U wszystkich badanych rodziców stwierdzono wysoki poziom stresu.
2. Najczęściej wykorzystywanymi strategiami radzenia sobie ze stresem były: Zwrot ku Religii, Aktywne Radzenie Sobie oraz Planowanie i Poszukiwanie Wsparcia Instytucjonalnego.
3. Największy poziom stresu rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN był związany z wyglądem dziecka i stosowanymi procedurami leczniczymi.
4. Lekarze, podobnie jak pielęgniarki, najczęściej udzielali rodzicom wsparcia instrumentalnego, a najrzadziej – wsparcia emocjonalnego i wartościującego.
5. Zaburzenie po stresie urazowym stwierdzono u dwojga z sześciorga badanych rodziców.

PIŚMIENNICTWO

1. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Skala Odczuwanego Stresu – PSS-10, [w:] Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. 2009; 11-22.
2. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE, [w:] Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem.. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. 2009; 23-43.
3. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*. 2009; 6: 15-25.
4. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 1993; 42:148-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8506163>
5. Miles MS, Carlson J, Brunssen S. The nurse parent support tool. *J Pediatr Nurs*. 1999; 14: 44-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10063248>.
6. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *J Perinat Educ*. 2009; 18: 23-29. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/>
7. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings*. 2010; 17: 230-7. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10880-010-9202-7>
8. Cleveland LM Parenting in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37: 666-91. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x/abstract;jsessionid=E2C9819298828A1E8A0FD0D87B0D7462.d03t03>
9. Dudek-Shriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J Occup Ther*. 2004; 58: 509-20. <http://ajot.aotapress.net/content/58/5/509.full.pdf+html>
10. Carvalho AE, Linhares MB, Padovani FH et al. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *Span J Psychol*. 2009;12: 61-70.
11. Borimnejad L, Mehrnoosh N, Fatemi NS et al. Impacts of creating opportunities for parent empowerment on maternal stress: A quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(3):218-221.
12. 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.
13. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka M, Konofalska N i wsp. Koncepcja opieki nad wcześniakiem lub (i) dzieckiem chorym – pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka i jego rodzicami. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2010; 3 (1): 63-67.
14. Parker JDA, Endler NS. Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*. 1992; 6 (5): 321-344.
15. Mackley AB, Locke RG, Spear ML et al. Forgotten parent: NICU paternal emotional response. *Adv Neonatal Care*. 2010; 10: 200-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20697219>
16. Peebles-Kleiger MJ. Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: implications for intervention. *Bull Menninger Clin*. 2000; 64: 257-80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10842450>
17. Joseph RA, Mackley AB, Davis CG, et al. Stress in fathers of surgical neonatal intensive care unit babies. *Adv Neonatal Care*. 2007; 7: 321-5. http://www.unboundmedicine.com/washingtonmanual/ub/citation/18097216/Stress_in_fathers_of_surgical_neonatal_intensive_care_unit_babies_

Praca przyjęta do druku: 24.02.2014

Praca zaakceptowana do druku: 10.03.2014