

Stres, jego skutki i emocje przeżywane przez rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka

Stress, its effects and emotions experienced by parents of children hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit

Ilona Rozalska-Walaszek¹ A,B,D,E, Anna Aftyka¹ B,E,
Aleksandra Wróbel¹ D,F, Hanna Karakuła-Juchnowicz^{2,3} D,E

¹Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej

²Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Katedry Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Dzięki znacznym postępom zaistniałym w dziedzinie perinatologii, które miały miejsce pod koniec ubiegłego stulecia, możliwe stało się ratowanie noworodków ciężko chorych i skrajnie niedojrzałych, które wcześniej nie miały szansy na przeżycie. Noworodki te wymagają wysokospecjalistycznej opieki, która jest zapewniana w Oddziale Intensywnej Terapii. Życie i zdrowie dziecka często udaje się uratować, jednak zaistniała sytuacja jest źródłem bardzo silnego, a nawet traumatycznego stresu u jego rodziców. W niniejszym artykule opisano emocje towarzyszące rodzicom podczas hospitalizacji ich dziecka w oddziale intensywnej terapii ze szczególnym uwzględnieniem problematyki związanej ze stresem, jego skutkami, metodami radzenia sobie oraz działań, które powinny być podejmowane przez personel w celu złagodzenia traumy związanej z leczeniem noworodka.

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

Abstract

Because of significant advances in the field of perinatology that took place at the end of last century, it became possible to save the critically ill and extremely immature newborns, who hadn't had chance to survive. These newborns require specialized care, which is provided in the Neonatal Intensive Care Unit. Life and health of newborn is often saved, however this situation is the source of very acute or even traumatic stress for parents. This article describes parents emotions during the hospitalization of their child in intensive care unit in particular regard to issues related to stress, its consequences, coping methods and actions, which should be taken by staff, in order to alleviate the trauma related to the treatment of the newborn.

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

Wstęp

Dzięki rozwojowi medycyny i znacznym postępom zaistniałym w dziedzinie perinatologii oraz neonatologii, które miały miejsce w latach 90-tych ubiegłego wieku, możliwe jest ratowanie noworodków ciężko chorych i skrajnie niedojrzałych, urodzonych na granicy przeżycia, czyli pomiędzy 22 a 26 tygodniem życia łonowego [1]. Pomimo postępów, wcześniactwo i wady wrodzone pozostają głównymi przyczynami śmiertelności noworodków, dzieci i młodzieży oraz zachorowalności i niepełnosprawności w tej populacji [2]. Dla przykładu szansa na przeżycie wcześniaków urodzonych przed 23 tygodniem życia płodowego wynosi od 1% do 5%, a następnie z każdym kolejnym tygodniem rośnie, by w 25 tygodniu wynieść 50-75% [1].

Dzieci ciężko chore i urodzone przed czasem, pozostając w stanie zagrożenia życia, muszą przebywać w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN), co

niewątpliwie jest źródłem silnego stresu dla ich rodziców. Jego poziom przewyższa zwykły, codziennie odczuwany stres oraz zdolności do radzenia sobie z nim. Dochodzi wówczas do wyczerpania zasobów osobistych, konsekwencją czego jest występowanie silnych reakcji emocjonalnych u obydwojga rodziców [2-6].

Pojęcie stresu

Według Seyle'go, twórcy fizjologicznej teorii stresu, stres jest nieswoistą reakcją organizmu na stawiane mu żądanie. Stres może mieć charakter pozytywny (eustres) oraz negatywny (dystres). Stres pozytywny prowadzi do rozwoju osobowości i motywuje do działania, natomiast dystres prowadzi do cierpienia i dezorganizacji działania. Odpowiedzią na stres jest Ogólny Zespół Adaptacyjny, który złożony jest z 3 stadiów: reakcji alarmowej, stadium odporności i stadium wyczerpania [7,8].

Reakcja alarmowa obejmuje 2 fazy: fazę szoku, w której pod wpływem zadziałania czynnika szkodliwego dochodzi do silnego pobudzenia w celu obrony oraz fazę przeciwdziałania, gdy jednostka podejmuje działania obronne. Stadium odporności obejmuje względną adaptację organizmu do sytuacji, dzięki mobilizacji zasobów energetycznych i mechanizmów obronnych. W stadium wyczerpania dochodzi do obniżenia możliwości energetycznych i obronnych organizmu, co może prowadzić do rozregulowania funkcji fizjologicznych [8].

W ujęciu psychologicznym stres jest różnie definiowany i opisywany przez wiele różnorodnych teorii odnoszących się do tej tematyki. Jedną z nich jest teoria napięcia emocjonalnego, której twórcą jest Janis. Stres określany jest tutaj jako zmiana w otoczeniu, która u przeciętnego człowieka wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego, co przeszkadza w normalnym sposobie reagowania. W myśl tej teorii wyróżnia się sytuację stresową oraz reakcję stresową (która wywołuje określone zmiany zachowania pod wpływem bodźca stresowego). Podobnie jak Selye, Janis wyróżnił 3 fazy stresu: fazę zagrożenia, fazę działania oraz fazę skutków [8,9].

Faza zagrożenia obejmuje dostrzeganie przez jednostkę oznak niebezpieczeństwa, które wywołuje strach. Faza działania obejmuje dostrzeganie przez jednostkę niebezpieczeństwa, a jego uniknięcie zależy od działań jego lub innych ludzi. Faza skutków odnosi się do dostrzegania przez jednostkę mniej lub bardziej długotrwałych negatywnych skutków sytuacji stresowej [8].

Inne podejście przedstawia Hobfoll, który stworzył teorię zachowania zasobów. Definiuje on stres jako reakcję wobec otoczenia, w którym istnieje: (1) zagrożenie utratą zasobów netto, (2) utrata zasobów netto lub (3) brak wzrostu zasobów, następujący po ich zainwestowaniu. Teoria ta odnosi się do ochrony i ciągłego odtwarzania zasobów swojej energii. Zmiany oraz wymagania nie są stresujące, dopóki jednostka posiada zasoby, gdy uda się przezwyciężyć stresującą sytuację - następuje pomnażanie zasobów [8,10,11].

Kolejna teoria - salutogenetyczna, której twórcą jest Antonovsky, zakłada, że brak homeostazy i uporządkowania jest stanem normalnym. Skuteczne unikanie lub radzenie sobie ze stresorami są uzależnione od odpornościowych zasobów jednostki, czyli: wszelkich materialnych, fizycznych, poznawczych i emocjonalnych czynników, postaw i relacji interpersonalnych oraz poczucia koherencji. Zasoby odpornościowe wpływają na poczucie koherencji, które jest tym większe, im wyższe zasoby posiada jednostka. Zasoby dostarczają doświadczeń życiowych, a te kształtują poczucie koherencji. Silne poczucie koherencji powoduje mobilizację ogólnych rezerw odpornościowych w celu opanowania sytuacji stresowej [8,12]. Podobne podejście wykazuje Strelau, według którego stan stresu jest spowodowany brakiem

równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami jednostki co do radzenia sobie z nimi [8].

Radzenie sobie ze stresem

Stres wywołuje mobilizację organizmu oraz stan napięcia emocjonalnego, co skutkuje potrzebą powrotu do równowagi i zredukowania napięcia. W literaturze przedmiotu występuje wiele klasyfikacji radzenia sobie ze stresem. Endler i Parker opisali 3 style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach oraz skoncentrowany na unikaniu [13-15].

W stylu skoncentrowanym na działaniu, jednostka podejmuje szereg czynności zmierzających do rozwiązania problemu, dąży do zrozumienia sytuacji i wprowadzenia zmian, które obniżą poziom odczuwanego stresu. Styl skoncentrowany na emocjach opisuje sytuację, w której jednostka poddana stresorom koncentruje się na własnych przeżyciach, może fantazjować i myśleć życzeniowo, co może (ale nie musi) wiązać się ze spadkiem napięcia. Styl skoncentrowany na unikaniu charakteryzuje się wystrzeganiem myślenia o sytuacji i przeżywania jej. Jednostki stosujące ten styl mogą angażować się w czynności zastępcze, jak np. jedzenie, oglądanie telewizji czy spotkania towarzyskie [8,13].

Strategie radzenia sobie ze stresem są postrzegane jako wysiłki podejmowane przez jednostkę w danej sytuacji stresowej. W relacyjnej teorii radzenia sobie ze stresem Lazarus wyodrębnił 4 strategie zaradcze: poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, powstrzymanie się od działania oraz procesy intrapsychiczne [8,15,16]. Poszukiwanie informacji jest pomocne podczas podejmowania decyzji o sposobie zachowania w danej sytuacji, umożliwia zmianę pierwotnego postrzegania sytuacji dzięki przewartościowaniu szkód, strat i zagrożeń. Pozyskane informacje mogą również utwierdzić jednostkę w słuszności uprzednio podjętej decyzji oraz pozwalają na samouspokojenie. Bezpośrednie działanie polega na podejmowaniu wysiłków w celu zmiany zaistniałej sytuacji oraz niwelowaniu negatywnych skutków stresu [8,15].

Powstrzymanie się od działania może okazać się w niektórych sytuacjach korzystniejsze od podejmowania nieodpowiedniego działania. Nawykowe powstrzymanie się od działania może być uwarunkowane brakiem wpływu podjętego działania na sytuację, co prowadzi do bierności, apatii oraz braku wiary w sens podejmowania wysiłku [8,15]. Procesy intrapsychiczne z kolei obejmują wewnątrzpsychiczne procesy zaradcze, takie jak mechanizmy poznawcze służące unikaniu i oddzieleniu się od zagrożenia poprzez samooszukiwanie się, zaprzeczenie, pozorowanie reakcji, udawanie, wycofywanie się, racjonalizację. W konsekwencji dochodzi do samouspokojenia, bez bezpośredniego wpływu na sytuację stresową [8].

Źródła stresu rodzicielskiego w OITN

W świetle literatury przedmiotu, źródłami stresu dla rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN są: wygląd chorego noworodka i jego zachowanie, obecność dużej liczby personelu i innych pacjentów, stosowanie inwazyjnych procedur, hałas generowany przez aparaturę monitorującą oraz podtrzymującą funkcje życiowe dziecka (np. respirator), a także niespodziewane uruchomienie głośnego alarmu. Wysoce stresujące jest także występowanie bezdechów u noworodka, brak możliwości płaczu dziecka i jego niewielka masa ciała, poczucie odseparowania od dziecka, wcześniejszy wypis matki ze szpitala, przekonanie, że dziecko odczuwa ból, obecność zasinień oraz sprzętu (kaniul, zglębników, cewników), przyjęcie roli matki/ojca chorego dziecka i budowaniem relacji z potomkiem [5,17-19].

Przedwczesne narodziny dziecka są dla jego rodziców nie tylko przyczyną silnego stresu, ale często wręcz traumatycznym przeżyciem [2]. Poziom odczuwanego stresu wydaje się być wyższy u kobiet niż u mężczyzn. Może mieć to związek z ilością czasu spędzanego przy dziecku w oddziale oraz różnicami w rolach biologicznych i społecznych pomiędzy matką a ojcem [5,20].

Działanie silnych stresorów oraz brak odpowiednich umiejętności do radzenia sobie ze stresem może skutkować mniej lub bardziej poważnymi zaburzeniami w stanie zdrowia [21]. Wśród nich wymienia się między innymi zaburzenia emocjonalne, zwiększony niepokój, zaburzenia snu i apetytu. U niektórych osób mogą wystąpić dodatkowe reakcje takie jak strach, poczucie winy czy gniew. Wśród problemów psychicznych pojawiających się w odpowiedzi na traumę wymienia się depresję, zespół ostrego stresu (ASD), zespół stresu pourazowego (PTSD) i nadużywanie substancji psychoaktywnych [22].

Ostra reakcja na stres

Zespół ostrego stresu (Acute Stress Disorders - ASD) jest skrajnie silną reakcją na stres, która może poprzedzać wystąpienie zespołu stresu pourazowego [23]. Kryteria diagnostyczne ASD obejmują ekspozycję na stresor oraz silną odpowiedź emocjonalną organizmu, połączoną z wystąpieniem przynajmniej trzech objawów dysocjacyjnych, takich jak: poczucie odrętwienia, oderwania lub braku emocjonalnej reakcji, zmniejszenie koncentracji uwagi na otoczenie (np. oszołomienie), derealizacja, depersonalizacja oraz niepamięć. Zespół ostrej reakcji na stres charakteryzuje się ciągłym przeżywaniem stresującego zdarzenia, poprzez np. powracające obrazy, myśli i sny związane ze stresorem. Mogą pojawić się próby unikania bodźców wywołujących wspomnienie urazu a także objawy lęku, wzmożone pobudzenie i zaburzenia snu. ASD rozpoznaje się, gdy wymienione objawy utrzymują się przy-

najmniej 2 dni i nie są wywołane przez spożycie substancji psychoaktywnych lub stan medyczny jednostki, a od wydarzenia minęło nie więcej niż miesiąc [22,23].

Według Jubinville i wsp. ASD dotyczy 28% matek doświadczających porodu przedwczesnego i hospitalizacji dziecka w OITN [24]. Podobne wyniki uzyskali Shaw i wsp. (28% rodziców). Jednocześnie autorzy wykazali, że występowanie ASD jest związane z płcią żeńską, opóźnionym przyjęciem roli rodzicielskiej i powściągliwością emocjonalną [25]. W innych badaniach, które zostały przeprowadzone od 3 do 5 dni od przyjęcia dziecka do oddziału, Lefkowitz i wsp. wykazali, że zespół ostrego stresu wystąpił wśród 35% matek i 24% ojców [26].

Zespół stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego (PTSD – posttraumatic stress disorder) powstaje jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na stres i może być poprzedzony zespołem ostrego stresu. Rozpoznawany jest po upływie 4 tygodni od traumatycznego zdarzenia u pacjentów z objawami intruzji, pobudzenia i unikania [22,27]. Mechanizm powstawania PTSD może być rozpatrywany na dwóch poziomach: neurobiologicznym i psychologicznym. Neurobiologicznie PTSD powstaje w przebiegu nadwrażliwości i utrzymującej się aktywności w podkorowych strukturach układu limbicznego. Mechanizm psychologiczny odnosi się natomiast do psychologii poznawczej i schematów poznawczych. Według teorii niedopasowania Horowitz człowieka, który doznał traumatycznego stresu posługuje się pewnymi schematami poznawczymi, do których stara się dopasować nowe informacje, płynące z otoczenia. Horowitz wyodrębnił 5 faz reakcji potraumatycznej: faza krzyku (bezpośrednia reakcja na wydarzenie, może pojawić się lęk, smutek), faza zaprzeczenia (jednostka ignoruje wydarzenie), faza intruzji (powracają myśli, emocje i obrazy związane ze zdarzeniem), faza przepracowania (powstają nowe schematy lub zrewidowanie już istniejących, co powoduje stopniowe odbudowywanie wewnętrznej równowagi) oraz ostatnia faza – zakończenia (utrwalanie nowych schematów związanych z traumą). Zespół stresu pourazowego rozwija się jako następstwo silnej reakcji pourazowej na traumatyczne zdarzenie i jest wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią reakcją na traumę. Powstawanie tego zaburzenia zależy od wsparcia społecznego, osobowości, innych zdarzeń życiowych, wcześniejszych doświadczeń oraz cech biologicznych jednostki [27].

Badania Misund i wsp. dowodzą, że PTSD rozwija się u ponad połowy matek doświadczających porodu przedwczesnego [28]. Inne doniesienia wykazują, że 30 dni po przyjęciu dziecka do OITN, zespół stresu pourazowego dotyczył 15% matek i 8% ojców [26]. Natomiast Feeley i wsp. w swoich badaniach po 6-ciu miesiącach od

wypisania dziecka z oddziału dowodzą, że u 23% matek występowały objawy PTSD, które były związane ze stanem noworodka w trakcie hospitalizacji [29]. Youngblut i wsp. z kolei skupili się na rodzicach dzieci, które w trakcie hospitalizacji w OITN zmarły. Ich badania dowodzą, że wraz z upływem czasu częstość występowania PTSD maleje. W miesiąc po śmierci dziecka zespół stresu pourazowego dotyczył 71% matek i 64% ojców, a 13 miesięcy po niej - odpowiednio 35% i 30% [30].

Depresja

Innym problemem spotykanym wśród rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN jest depresja. Doniesienia Rogers i wsp. mówią, że depresja częściej dotyczy matek dzieci, które wymagały przedłużonej wentylacji mechanicznej oraz kobiet zamężnych, zwłaszcza gdy jakość relacji pomiędzy małżonkami jest niska [31]. Występowanie depresji u mężczyzn nie jest tak częste, jak u kobiet, ale powoduje niemożność udzielania wsparcia matce, które jest istotne w okresie hospitalizacji dziecka w OITN [32].

Nasilenie depresji u rodziców jest uzależnione od stanu noworodka: depresja jest bardziej nasiloną wśród rodziców dzieci bardziej niedojrzałych, których stan jest poważniejszy. Z czasem jej nasilenie oraz częstość występowania spada [20]. Mimo to może być ona istotnym problemem nawet po wypisie dziecka ze szpitala - w badaniu Miles i wsp. stwierdzono jej występowanie u 13% matek w 27 miesięcy po opuszczeniu szpitala [6]. Youngblut, i wsp. wykazali, że w miesiąc po śmierci dziecka w OITN depresja dotyczyła 69% matek oraz 56% ojców, natomiast 13 miesięcy po tym wydarzeniu - 35% matek i 24% ojców [30].

Emocje rodziców

Po porodzie rodzice często są zaniepokojeni pilnymi działaniami podejmowanymi na sali porodowej oraz natychmiastowym transportem noworodka do OITN [2]. Reakcje emocjonalne towarzyszące rodzicom, których dzieci przebywają w oddziale intensywnej terapii noworodka obejmują rozczarowanie, poczucie winy, smutek, depresję, lęk, przygnębienie, niepokój, żalobę poczucie bezradności, porażki oraz brak poczucia własnej wartości [5,6]. Kobiety odczuwają przytłaczające poczucie winy. Związane jest ono z własną koncepcją przyczyn wcześniactwa, którą buduje wiele matek, niezależnie od faktycznych przyczyn porodu przedwczesnego [33-35]. Matki obwiniają się także o problemy zdrowotne dziecka oraz spowodowanie bolesnego leczenia [20]. Badania Pukas i wsp. dowodzą, iż rodzice spędzający więcej czasu z dzieckiem w oddziale odczuwają większe poczucie winy [36].

Rodzice boją się dotykać noworodka, w obawie przed zrobieniem mu krzywdy lub przeniesieniem drobnoustrojów. Matki obawiają się rozwoju interakcji

z dzieckiem, co może powodować utrudnione kontakty z dzieckiem w przyszłości [35]. Mogą także obawiać się konsekwencji wynikających z zastosowanego leczenia dziecka - martwią się o jego przyszły wygląd i stan psychiczny. Rodzicom towarzyszy niepewność, oraz świadomość, że w trakcie terapii dziecko może umrzeć - matki częściej biorą tę możliwość pod uwagę niż ojcowie, którym częściej towarzyszy nadzieja [3,35,37]. Poziom odczuwanego lęku przez rodziców jest uzależniony od stanu fizycznego dziecka i odczuwania bezradności rodziców [36]. Matki odczuwają poczucie krzywdy i straty, które związane jest ze zburzonymi wyobrażeniami względem porodu i noworodka, które stworzyły podczas ciąży. Dodatkowo odczuwają mniejszą pewność siebie w przyjęciu roli matki, a często muszą poradzić sobie z opieką nad noworodkiem wymagającym większej uwagi, ze względu na wcześniactwo oraz choroby towarzyszące [2,4,33,34].

Znaczna część rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie ma problemy ze snem. Niektóre badania wykazują występowanie zaburzeń snu, zwłaszcza wśród matek, które cierpią z powodu bezsenności w nocy, a w ciągu dnia odczuwają zmęczenie. Ponadto, odczuwanie silnych emocji i ciągłe napięcie wpływają negatywnie na rodziców, powodując spadek koncentracji uwagi [3,35].

Odczuwanie tak silnego stresu i negatywnych emocji może skutkować wystąpieniem zaburzeń lękowych oraz ograniczeniem, a nawet zaburzeniem roli rodzicielskiej oraz więzi pomiędzy rodzicami i dzieckiem. Zaburzona relacja z dzieckiem może negatywnie wpłynąć na rozwój niemowlęcia [5,19,35]. Przygotowując się na przyjęcie potomka, rodzice wyobrażają sobie pierwsze spotkanie z dzieckiem, budują obraz noworodka zdrowego i podobnego do jednego z nich. Już w ciąży zaczyna tworzyć się więź pomiędzy nienarodzonym jeszcze dzieckiem i jego rodzicami [2,33,34]. Procesy te zostają gwałtownie przerwane w momencie porodu przedwczesnego. Dochodzi do zaburzenia równowagi emocjonalnej rodziców, a ich niespełnione oczekiwania prowadzą do odczuwania stresu i mogą przeistoczyć się w sytuację krytyczną [35]. Niektóre doniesienia mówią, że niski wynik w skali Apgar po urodzeniu, problemy zdrowotne w okresie noworodkowym, wcześniactwo oraz mała urodzeniowa masa ciała mogą wiązać się ze zwiększoną częstością stosowania przemocy wobec dziecka [38].

Działania mające na celu wsparcie rodzica w budowaniu więzi z dzieckiem, które są podejmowane w trakcie hospitalizacji pacjenta w OITN, nie tylko ułatwiają rodzicom podjęcie ról rodzicielskich, ale także pozytywnie wpływają na rozwój poznawczy noworodka [39].

Rozwój potraumatyczny

Silny stres może jednak, poza szeregiem negatywnych konsekwencji, prowadzić także do zmian postrzega-

nych jako pozytywne. Ogólnie rzecz biorąc, wystąpienie traumy może wiązać się z trzema różnymi scenariuszami, które można określić jako: (1) przetrwanie, (2) powrót do stanu równowagi oraz (3) wzrost i rozwój. Pozytywne zmiany, zaistniałe pod wpływem stresującego wydarzenia określane są jako rozkwit, czerpanie siły z przeciwności, transformacyjne radzenie sobie oraz rozwój potraumatyczny. Pod wpływem stresu jednostka przechodzi swego rodzaju transformację, dzięki czemu uzyskuje wyższy poziom funkcjonowania, większą świadomość życiową. Na potraumatyczny rozwój składają się trzy grupy pozytywnych zmian: zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i w filozofii życiowej. Zmiany w percepcji siebie dotyczą postrzegania własnej wartości, poczucia bycia lepszą osobą, wzrostu osobistej siły, większego zaufania do siebie i własnych możliwości. Jednostki dostrzegają zwiększone możliwości przetrwania i radzenia sobie z trudną sytuacją, wyznaczają sobie nowe cele. Zmiany w relacjach z innymi ludźmi obejmują głównie większą wrażliwość oraz współczucie dla innych, a także większą skłonność do otwierania się przed innymi. Zmiana filozofii życia następuje pod wpływem siły, dzięki której jednostka może zdystansować się do wydarzeń oraz zmienić swoje życie na lepsze. Mogą nastąpić zmiany dotyczące przekonań religijnych, zwiększenie przywiązywania uwagi do drobnych codziennych wydarzeń oraz docenianie życia [40].

Wsparcie

Pierwsze zetknięcie rodziców z salą intensywnej terapii jest dla nich ciężkim przeżyciem. Obok obawy o życie dziecka i jego przyszły stan zdrowia, u rodziców można zaobserwować poczucie zagubienia w nowym otoczeniu [33,35]. Odczuwanie niepokoju i stresu potęgowane jest przez wyobcowanie, spowodowane niezajomością środowiska OITN, języka, którym posługują się pracownicy oddziału oraz skomplikowaną aparaturą, która pomaga w leczeniu noworodka. Rodzice muszą skonfrontować własne oczekiwania odnośnie przyścia na świat ich zdrowego dziecka, względem rzeczywistości, gdy malutki noworodek podłączony jest do skomplikowanego sprzętu, podtrzymującego go przy życiu. Adaptacja rodziców do nowej sytuacji, jaką jest hospitalizacja ich przedwcześnie narodzonego dziecka, zależy od kilku czynników: zasobów osobistych, jakości relacji z personelem oraz wsparcia społecznego i funkcjonalnego [2].

Wsparcie społeczne można określić jako korzyści materialne i niematerialne, dostarczane jednostce w trakcie stresujących sytuacji przez osoby z ich otoczenia [41]. Może ono przyjąć postać wsparcia instrumentalnego lub informacyjnego, oraz aktywnej interakcji pomiędzy jednostką i wspierającymi (pielęgniarkami, a rodzicami dzieci hospitalizowanych w OITN), które są odbierane przez

rodzica jako pomocne. Za wsparcie informacyjne uważa się wykazywanie inicjatywy w udzielaniu wszelkich informacji dotyczących stanu noworodka, jego rozwoju i chorób towarzyszących, stosowanego leczenia i opieki nad dzieckiem, jego potrzeb i reakcji, a także posiadanych praw i obowiązków rodzica podczas hospitalizacji. Jako wsparcie emocjonalne określa się budowanie atmosfery zaufania i możliwości swobodnego zadawania pytań, aktywne słuchanie, odpowiadanie na pytania, wykazywanie zachowań opiekuńczych i troski w stosunku do rodziców i ich sposobów radzenia sobie z trudną sytuacją. Wsparcie instrumentalne zostało zastąpione przez psychospołeczną i fizyczną jakość opieki pielęgniarskiej. Wymienia się tu sprawowanie dobrej opieki nad dzieckiem, pomoc w budowaniu relacji pomiędzy matką i dzieckiem, wspomaganie w przyjęciu ról rodzicielskich i akceptacji sytuacji oraz niwelowanie odczuwanego stresu [4,42].

Częścią holistycznej opieki nad noworodkiem i rodzicami sprawowanej przez lekarza jest utrzymywanie dobrego kontaktu z rodzicami, przekazywanie wiedzy na temat pacjenta i sprawdzanie jej zrozumienia. Przyczynia się to do zmniejszenia negatywnych skutków stresogenicznej sytuacji [3,37,41]. W trakcie hospitalizacji rodzice odczuwają potrzebę otrzymywania bieżących informacji dotyczących zdrowia, planowanych procedur, aktualnej sytuacji dziecka i ewentualnych prognoz. Rodzice oczekują szczerych i wyczerpujących odpowiedzi na nurtujące ich pytania oraz aktywnego słuchania [3,41]. Przekazywanie aktualnych informacji o stanie zdrowia noworodka powoduje rozbudowanie wiedzy rodziców, dzięki czemu mogą oni włączyć się w opiekę nad noworodkiem [4]. Umożliwia także aktywne uczestniczenie rodziców w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, co z kolei w połączeniu z otwartą komunikacją z pielęgniarkami i lekarzami, zmniejsza poziom odczuwanego lęku i stresu [35]. Integracja rodziców z zespołem opiekującym się dzieckiem wywołuje u nich poczucie bezpieczeństwa i sprawowania kontroli nad sytuacją, podnosi pewność siebie oraz wzmacnia więź z dzieckiem. Dodatkowo, bardzo ważne dla matek jest wykazywanie troski przez pielęgniarki w stosunku do ich dziecka, a także wykazywanie zainteresowania oraz aktywne słuchanie podczas rozmów [3,37,41]. Istotnym elementem w opiece nad noworodkiem i rodzicami jest zachęcanie do włączania się w opiekę nad dzieckiem. Zaangażowanie kobiet w sprawowanie opieki wywołuje poczucie bycia matką, daje możliwość skupienia się na podejmowanych czynnościach, poczucie posiadania kontroli na sytuacją oraz zaspokaja potrzebę bliskości z dzieckiem, co zmniejsza poziom odczuwanego niepokoju. Im więcej czynności podejmuje matka, tym lepiej się czuje. Podejmowanie działań daje możliwość bycia rodzicem, zachęcanie wykazywane przez pielęgniarki są dla rodziców bardzo istotne. Udzielone wsparcie stanowi źródło siły dla kobiet, które czują się przytłoczone sytuacją [4,41].

Badania wykazują, że brak wsparcia społecznego jest najsilniejszym predyktorem wystąpienia PTSD, a wyższy poziom wsparcia wiąże się z mniejszym poziomem odczuwanego stresu rodzicielskiego, minimalizuje ryzyko wstąpienia depresji, poprawia jakość życia i samopoczucie oraz wzmacnia więź pomiędzy rodzicami i dzieckiem [4,17,41].

Działania podejmowane przez pielęgniarki obejmują pomoc w oswojeniu się z otoczeniem oddziału, zapoznanie z aparaturą niezbędną do prowadzenia leczenia, udzielanie wsparcia emocjonalnego, dostarczanie jasnych informacji a także zachęcanie do opieki nad noworodkiem oraz do budowania więzi pomiędzy rodzicami i dzieckiem. Gdy jest to możliwe budowanie relacji może odbywać się za pomocą dotyku (poprzez kangurowanie), śpiewanie, mówienie do dziecka, odciąganie mleka i karmienie [37]. Należy podkreślić, iż udzielanie wsparcia rodzicom przez pielęgniarki w trakcie hospitalizacji ich dziecka stanowi bardzo ważną część obowiązków. Personel powinien także pamiętać, że podmiotem opieki jest cała rodzina, a nie tylko nad chory noworodek [42].

Podsumowanie

Stres oraz silne emocje towarzyszące rodzicom pacjentów OITN mogą wywoływać u nich szereg problemów zdrowotnych [21], w tym zespół ostrego stresu, zespół stresu pourazowego czy depresję [31]. W związku z tym zespół opiekujący się chorymi noworodkami i wcześniakami hospitalizowanymi w OITN powinien otoczyć opieką nie tylko dziecko, ale również jego rodziców, na co należy zwrócić uwagę środowiska medycznego. Opieka powinna być wielodyscyplinarna, a do zespołu terapeutycznego powinien również należeć psycholog, który pomógłby zaakceptować rodzicom zaistniałą sytuację i wypracować strategię radzenia sobie z nią [37].

Badania wykazują konieczność minimalizowania stresu związanego z narodzinami chorych noworodków i jego negatywnych konsekwencji u rodziców dziecka. Zarówno personel położniczy, jak i noworodkowy powinien posiadać szeroką wiedzę i umiejętności umożliwiające wdrożenie wczesnej interwencji psychologicznej. Podkreśla się rolę personelu medycznego, który powinien wspierać rodziców w adaptacji do nowej roli matki i ojca. Tworzenie programów wsparcia edukacyjnego i emocjonalnego pomaga zmniejszyć poziom odczuwanego stresu przez rodziców [19]. Równie istotna jest konieczność prowadzenia badań przesiewowych oraz opracowania strategii postępowania z osobami szczególnie narażonymi na występowanie stresu związanego z wcześniactwem i hospitalizacją dziecka w OITN [2].

Pielęgniarki pracujące w oddziałach intensywnej terapii noworodka powinny mieć świadomość potrzeb

rodziców hospitalizowanych noworodków i w miarę możliwości spełniać je, co przynajmniej częściowo pomoże zniwelować negatywne skutki stresu i silnych emocji doświadczanych w trakcie leczenia noworodka, a w konsekwencji przyczyni się do lepszego rozwoju dziecka [35].

References

1. Rutkowska M. Noworodek urodzony na granicy możliwości przeżycia. Część druga: rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych. *Med.WiekuRozwoj*, 2011; XV(3):356-367.
2. Lasiuk G.C., Comeau T., Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2013;13(Suppl 1):S13-S22.
3. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka M., Konofalska N., Bukowska A., Gadzinowski J. Rodzice wcześniaka – analiza emocji i oczekiwań rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego w Poznaniu. *Przegl. Gin.Pol*, 2009;9:321-325.
4. Mok E., Leung S.F. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J.Clin.Nurs*, 2006;15(6):726-734.
5. Frank L.S., Cox S., Allen A., Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *J.Adv.Nurs*, 2005;49(6):608-615.
6. Busse M., Stromgren K., Thorngate L., Thomas K.A. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit.Care.Nurse*, 2013;33(4):52-59.
7. Lazarus R.S., Folkman S. The stress concept in the life science. In: Lazarus R.S., Folkman S. red., *Stress appraisal and coping*. New York; Springer: s. 1-21.
8. Brodowska M., Kostecka-Rogowska M., Kozak B. Radzenie sobie ze stresem W: Brodowska M., Kostecka-Rogowska M., Kozak B. red., *Podręcznik stosowania metody diagnostycznej kwestionariusz kompetencji społeczno-zawodowych*. doi: <http://samodzielni.org.pl/dokumenty-dopobrania-2/> dostęp: 15.02.2015
9. Andersen B.L., Tewfik H.H. Psychological reactions to radiation therapy: reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *J. Pers. Soc.Psychol*, 1985; 48(4):1024-1032.
10. Resick P.A. Psychological theories of stress and trauma. In: Resick P.A. red., *Stress and trauma*. East Sussex; Psychology Press LTD: s. 57-76.
11. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am.Psychol*, 1989; 44(3):513-524.
12. McCahon C.P. Client and family education. In: Lubkin I.M., Larsen P.D. red., *Chronic illness: impact and interventions*. Burlington; Jones and Barnett PublishersInc: s. 351-374
13. Endler N.S., Parker J.D.A. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J. Per. Soc.Psychol*, 1990;58(5):844-854.
14. Han K., Burns G.N., Weed N.C., Hatchett G.T., Kurokawa N.K.S. Evaluation of an observer form of the Coping Inventory for Stressful Situations. *Educ. Psychol.Meas*, 2009; 69(4):675-695.
15. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Wielowymiarowy inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem – COPE. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. red., *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa; PracowniaTestówPsychologicznych: s. 23-43.
16. Folkman S., Lazarus R.S. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto; Consulting Psychologists Press.
17. Sikorova L., Kucova J. The needs of mothers to newborns hospitalized in intensive care units. *Biomed. Pap. Med. Fac. Univ.Palacky Olomouc. Czech.Repub*, 2012; 156(4):330-336

18. Grosik C, Snyder D, Cleary GM, Breckenridge DM, Tidwell B. Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. *Perm J*. 2013;17(3):36-41.
19. Abdeyazdan Z, Shahkolahi Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iran. J.Nurs. Midwifery Res*, 2014;19(4):349-353.
20. Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *NeonatalNetw*, 2000;19(6):27-37.
21. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria*, 2012;9(1):1-10.
22. Australianguidelines for the treatment of acutestressdisorder and posttraumaticstressdisorder: guidelinessummary. Carlton Vic: Australian Centre of Posttraumatic Mental Health:s. 6-7.
23. Bryant R.A., Friedman M.J., Spiegel D., Ursano R., Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress. Anxiety*, 2011;28(9):802-17.
24. Jubinville J, Newburn-Cook C., Hegadoren K, Lacaze-Masmonteil T. Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Adv. Neonatal Care*, 2012;12(4):246-53. doi: 10.1097/ANC.0b013e31826090ac.
25. Shaw R.J., Deblois T., Ikuta L., Ginzburg K., Fleisher B., Koopman C. Acute Stress Disorder among parents of infants in Neonatal Intensive Care Nursery. *Psychosomatics*, 2006;47(3):206-212.
26. Lefkowitz D.S., Baxt C., Evans J.R. Posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the neonatal intensive care unit (NICU). *J.Clin.Psychol.Med. Settings*, 2010;17(3):230-237.
27. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 2009; 6(1):15-25.
28. Misund A.R., Nerdrum P., Diseth T.H. Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014,14:263 doi: 10.1186/1471-2393-14-263.
29. Feeley N., Zelkowitz P., Cormier C., Charbonneau L., Lacroix A., Papageorgiou A. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Appl.Nurs. Res*, 2011; 24(2):114-117.
30. Youngblut J.M., Brooten D., Cantwell G.P., Moral T., Totapally B. Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death. *Pediatrics*, 2013; 132(5):e1295-e1301.
31. Rogers C.E., Kidokoro H., Wallendorf M., Inder T.E. Identifying mothers of very preterm infant at-risk for postpartum depression and anxiety prior to discharge. *J.Perinatol*, 2013;33(3):171-176.
32. Gönülal D., Yalaz W., Altun-Köroğlu Ö., Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk. J.Pediatr*, 2014;56(2):171-176.
33. Kmita G. Rodzice i ich przedwześnie urodzone dziecko – z doświadczeń współpracy psychologa z kliniką patologii i intensywnej terapii noworodka. *Med.WiekuRozwoj*, 2000; IV(2)supl:119-127.
34. Kmita G. Wybrane metody wspierania wczesnych kontaktów pomiędzy rodzicami a hospitalizowanym noworodkiem. *Med. Wieku Rozwoj*, 2000; IV(4):413-421.
35. Heidari H., Hasanpour M., Fooladi M. The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran. J.Nurs.Midwifery Res*, 2013;18(3):208-213.
36. Pukas A., Suda W., Kwiatkowska-Gruca M., Behrendt J., Godula-Stuglik U. Poziom lęku u rodziców noworodków leczonych w oddziale intensywnej terapii a wsparcie ze strony rodziny i personelu medycznego. *Pediatr. Pol*, 2010;85(4):341-344.
37. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka M., Konofalska N., Bukowska A., Gadzinowski J. Holistyczna koncepcja opieki nad wcześniakiem lub (i) dzieckiem chorym– pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka i jego rodzicami. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2010;3(1):63-66.
38. Ishizaki Y., Nagahama T., Kaneko K. Mental health of mothers and their premature infants for the prevention of child abuse and maltreatment. *Health*, 2013;5(3a):612-616
39. Browne J.V., Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *J.Pediatr.Psychol*, 2005;30(8): 667-677.
40. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwójpotraumatyczny-charakterystykaipomiar. *Psychiatria*, 2010;7(4):129-142.
41. Kara S., Tan S., Aldemir S., Yılmaz A., Tath M., Dilmen U. Investigation of perceived social support in mothers of infants hospitalized in neonatal Intensive Care Unit. *Hipokratia*, 2013;17(2):130-135.
42. Miles M.S., Carlson J., Brunssen S. The Nurse Parent Support Tool. *J.Pediatr.Nurs*, 1999;14(1):44-50.

Correspondence address

Ilona Rozalska-Walaszek
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej,
Uniwersytet Medyczny, Lublin
Ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin