

ARTYKUŁ POGLĄDOWY / REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 30.01.2019 • Zaakceptowano/Accepted: 20.06.2019

© Akademia Medycyny

Rola psychologa i postępowanie w zespole stresu pourazowego u rodziców noworodków leczonych na oddziale intensywnej terapii

The role of the psychologist and post-traumatic stress disorder management in parents of newborns hospitalized in the intensive care unit

Katarzyna Białek

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach



Streszczenie

Hospitalizacja noworodka na oddziale intensywnej terapii (OITN) jest źródłem wielu negatywnych emocji, takich jak depresja, złość, rozpacz, gniew czy poczucie winy. Są one następstwem silnego lęku wynikającego najczęściej z faktu przedwczesnego porodu oraz zagrożenia życia i zdrowia dziecka. Może to stanowić ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego. Celem artykułu jest opisanie reakcji psychologicznych i doświadczeń rodziców dzieci hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej oraz przedstawienie wybranych metod pomocy psychologicznej w zapobieganiu wystąpienia zespołowi stresu pourazowego. *Anestezjologia i Ratownictwo 2019; 13: 174-183.*

Słowa kluczowe: oddział intensywnej terapii noworodka, zespół stresu pourazowego, wsparcie psychologiczne, doświadczenia rodziców

Abstract

Hospitalization in the neonatal intensive care unit (NICU) is the source of many negative emotions, such as depression, anger, despair, anger or guilty feeling. They are a consequence of anxiety resulting from the fact of premature delivery and threaten of the life and health of the child. It may be a risk of post-traumatic stress disorder. The aim of the article is to describe psychological reactions and experiences of parents of newborns hospitalized in the neonatal intensive care unit and presenting selected methods of psychological support in the prevention of post-traumatic stress disorder.. *Anestezjologia i Ratownictwo 2019; 13: 174-183.*

Keywords: neonatal intensive care unit, post-traumatic stress disorder, psychological support, parent's experiences

Wstęp

Ciąża i oczekiwanie na pojawienie się nowego członka w rodzinie to czas niezwykle dla przyszłych rodziców, którzy przygotowują się do nadchodzących zmian w ich życiu na poziomie psychologicznym, funkcjonalnym i egzystencjalnym. Rodzice wiążą z dzieckiem wiele oczekiwań, wizualizują swoje pierw-

sze spotkanie z niemowlęciem, wyobrażają sobie jak będzie wyglądać i jaka będzie jego osobowość. Niestety w sytuacji przedwczesnego porodu, w większości przypadków jako nieoczekiwanego rezultatu komplikacji medycznych i zagrożenia życia lub zdrowia dziecka, następuje zderzenie tych planów z rzeczywistością. Proces przygotowań do narodzin zostaje nagle przerwany, a plany i oczekiwania zatrzymane zmieniając

euforię i radość rodziny w rozpacz.

Przyjęcie noworodka na oddział intensywnej terapii (OITN) jest źródłem silnego stresu i wystąpienia wielu negatywnych reakcji psychologicznych i somatycznych, takich jak lęk, depresja czy zaburzenia snu [1]. Stres doświadczany przez rodziców jest spowodowany wieloma czynnikami. Wynikają one z samego faktu przedwczesnego i nagłego porodu i dotyczą przede wszystkim lęku o życie niemowlęcia, niepewności co do rokowania, oceny jego stanu zdrowia i nagłej separacji z dzieckiem. Związane są także z obciążającym i przytłaczającym środowiskiem oddziału, podłączonej do noworodka aparatury medycznej, podejmowanymi wobec niego procedurami diagnostyczno-terapeutycznymi, ryzykiem powikłań medycznych i obaw dotyczących długoterminowych skutków wcześniactwa [2-3].

Długość hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej zależy od stanu zdrowia niemowlęcia i wynosi od kilku dni do kilku miesięcy. Powoduje to szereg implikacji psychospołecznych. W głównej mierze związane są one z przedwczesnym rodzicielstwem, w którym nie są realizowane naturalne oczekiwania kobiety. Pełny czas trwania ciąży umożliwia adaptację emocjonalną do dynamicznych zmian psychologicznych i neurohormonalnych, które mogą mieć wpływ na emocjonalny stan matki i ojca oraz ich reprezentacje umysłowe dotyczące postrzegania siebie jako rodziców [4-5]. Kiedy jednak niemowlę zostaje przyjęte na OITN, kontakt z nim jest nagle przerwany i mogą czuć się oni nieprzygotowani do stawienia czoła wyzwaniu walki o zdrowie i życie swojego dziecka. Izolacja fizyczna i specyficzne emocjonalne reakcje w środowisku oddziału mogą także negatywnie wpływać na tworzenie i budowanie więzi rodzic-niemowlę i zdolność do opieki nad nim, co z kolei może również oddziaływać na rozwój dziecka [6-7].

Wszystko to daleko odbiega od wyobrażenia o zdrowym, prawidłowo rozwijającym się noworodku i stanowi ryzyko wystąpienia szeregu powikłań psychologicznych, w tym zespołu stresu pourazowego.

Stres i ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego u rodziców noworodków leczonych na oddziale intensywnej terapii

Pomimo że ocena jakości leczenia i wskaźniki przeżywalności noworodków w oddziałach neonatologicznych w Polsce wciąż rosną i zbliżone są do tych

uzyskiwanych w ośrodkach międzynarodowych, nadal mało podkreślany jest aspekt emocjonalnych przeżyć rodziców hospitalizowanych noworodków. Kwestia ta wydaje się jednak kluczowa, ponieważ dotychczasowe badania jednoznacznie wykazały występowanie wielu negatywnych reakcji i powikłań psychologicznych w tej grupie.

W trakcie pobytu dziecka na OITN rodzice mogą doświadczać różnorodnych emocji, takich jak smutek, żal, rozpacz, złość, bezradność, zagubienie i poczucie winy, że nie zdołali oni uchronić swojego dziecka przed niedojrzałością do życia poza organizmem matki [5;8-13]. W rzeczywistości sytuacja ta może być tak przytłaczająca, zwłaszcza dla kobiet, że mogą one reagować skrajnie emocjonalnie dystansując się od niemowlęcia lub wykazując istotne klinicznie występowanie objawów depresji i zaburzeń lękowych [14]. Badania wykazały, że znaczące objawy depresji odnotowano aż u 43% matek w ciągu pierwszego tygodnia i 41% matek w pierwszym miesiącu hospitalizacji na OITN [6]. Co więcej, częstość występowania depresji poporodowej w wyniku przedwczesnego porodu można oszacować nawet u 70% matek [5]. W podobnym kierunku zmierzały rozważania innych autorów [12]. Biorąc pod uwagę przyjęcie noworodka na OITN wykazano, że rodzice prezentują powikłania psychologiczne od 2-5 do nawet 160 dni. Czynniki, które sprzyjają przedłużaniu się niekorzystnych reakcji rodzicielskich to niski wiek ciążowy ich dziecka, jego mała masa urodzeniowa, powikłania i komplikacje porodowe w aspekcie medycznym oraz dłuższy czas trwania hospitalizacji [15]. Nie wykazano jednak związku nasilenia objawów depresji i lęku z długością pobytu w szpitalu, co oznacza, że negatywne emocje matek i ojców mogą być stabilne i trwałe, niezależnie od spędzonego przez dziecko czasu na oddziale. Niektórzy autorzy sugerują jednak, że najsilniejszy stres występuje u rodziców w pierwszych dniach hospitalizacji, w szczególności podczas przyjęcia dziecka do jednostki i maleje w ciągu następnych dni, co prawdopodobnie spowodowane jest tym, że rodzice stopniowo przyzwyczajają się do stanu zdrowia swojego dziecka i adaptują do specyfiki i środowiska oddziału intensywnej terapii [2]. Niemniej jednak wczesne objawy depresji u matek mogą mieć i najczęściej mają negatywny wpływ na ich relację z niemowlęciem oraz budowanie i podtrzymanie więzi z dzieckiem [5]. Co więcej, Olshstein-Mann i Auslander [16] wykazali, że przedwczesny poród

znacząco wpływa na rolę rodzica w sposób negatywny, co szczególnie widocznie jest u matek, które są wobec siebie bardzo krytyczne i obwiniają za zaistniałą sytuację [17].

Oddział intensywnej terapii noworodka generuje więc bardzo dużo czynników stresogennych. Rodzice nagle i niespodziewanie zostają zmuszeni do przyjęcia dużych ilości informacji od lekarzy na temat podjętych wobec dziecka działań terapeutycznych i stanu jego zdrowia. Przeprowadzone badania wykazały jednak, że wielu z nich nie rozumie w pełni przekazywanych wiadomości i wymaga ich uzupełniania nawet wielokrotnie zadając te same pytania i prosząc o ponowne wyjaśnienie [18]. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że początkowo są w stanie szoku i zaprzeczają temu, co ich spotkało. Co więcej, w miarę upływu czasu mogą demonstrować coraz skrajne i ambiwalentne emocje, takie jak gniew, frustracja czy nadmierny optymizm, niejednokrotnie w tym samym dniu [19].

W badaniach dotyczących określenia poziomu stresu doświadczanego przez rodziców w przypadku przedwczesnego porodu w skali od 1 do 5, aż 56% z nich wybrało najwyższy jego poziom, a 22% zaznaczyło czwarty [2]. Najbardziej stresującymi dla rodziców czynnikami podczas hospitalizacji na OITN były wygląd i zachowanie noworodka oraz podejmowane wobec niego procedury medyczne, alarmy zapowiadające pogorszenie stanu zdrowia, konieczność zastosowania wentylacji mechanicznej, problemy związane z oddychaniem oraz poczucie, że nie są w stanie ochronić go przed bólem podczas przeprowadzanych zabiegów. Równie stresująca okazała się separacja z dzieckiem i niemożność sprawowania w pełni roli rodzica [9;11;17;20-21].

Istotne okazały się także doświadczenia prenatalne i okołoporodowe [7;9;17]. U kobiet szczególnym źródłem stresu był również brak możliwości pełnienia funkcji kluczowych dla macierzyństwa, takich jak karmienie piersią, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych czy przytulenie dziecka [11]. Uczucie stresu i niepokoju u rodziców wzbudzał także kontakt i relacje z personelem medycznym oraz niewystarczająca wiedza na temat choroby i jej objawów oraz wpływu na funkcjonowanie dziecka w przyszłości [22]. Im mniejsza masa urodzeniowa, niższy wiek, cięższe rokowania i dłuższy pobyt na oddziale, tym wyższy okazał się poziom odczuwanego stresu [23-24].

Porównując emocje odczuwane przez rodziców w odniesieniu do ich płci odnotowano, że silniejszy

stres odczuwały kobiety, zwłaszcza w aspekcie pełnionej funkcji rodzicielskiej. Poziom ten nie różnił się jednak pomiędzy matkami i ojcami w kontekście wyglądu i zachowania dziecka oraz podłączonej do niego aparatury medycznej. Czynnikiem wpływającym na poziom stresu okazał się wiek matki, zaawansowanie choroby dziecka i ilość podejmowanych wobec niego procedur inwazyjnych. I chociaż jednoznacznie nie wykazano czy stres był bezpośrednio związany także z otrzymywanym wsparciem społecznym, odnotowano, że najbardziej pomocna w trakcie hospitalizacji noworodka na OITN okazała się obecność współmałżonka [7].

Jak podaje piśmiennictwo, osoby z opisanymi powyżej odczuciami spędzały znacznie więcej czasu na oddziale i w pełni skoncentrowane były na opiece, co jednocześnie prowadziło do deprywacji ich własnych potrzeb fizycznych i psychicznych [8]. U wielu ojców i matek zaobserwowano bezsenność, zaburzenia snu poniżej 7 godzin i utratę apetytu [17;25].

Skutki tak silnego stresu nie ograniczają się jedynie do czasu hospitalizacji noworodka na oddziale intensywnej terapii, ale mogą utrzymywać się nawet do 6 miesięcy po wypisie [26]. Oznacza to, że rodzice leczonych dzieci na OITN są szczególnie narażeni na wystąpienie zespołu ostrego stresu (*ang. acute stress disorder, ACD*) lub zespołu stresu pourazowego (*ang. posttraumatic stress disorder, PTSD*) [23,25,27-29]. Objawy PTSD stwierdzono aż u 43,3% badanych rodziców [23]. Czynnikiem determinującymi ich nasilenie okazały się czynniki takie jak płeć respondentów (u kobiet stwierdzono znaczne większe nasilenie objawów niż u mężczyzn) [23], wiek i masa ciała noworodka w momencie urodzenia [30], większa liczba podejmowanych wobec dziecka zabiegów inwazyjnych [28] i występująca wcześniej depresja [26]. Matki z wyższym poziomem objawów PTSD wykazywały także większą trudność w zacieśnianiu więzi i budowaniu relacji z dzieckiem [28] oraz deklarowały mniejsze zaufanie do siebie jako matki [31].

Objawy związane ze stresem niosą więc ze sobą ryzyko wielu powikłań psychologicznych, co może mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie rodziny. Pobyt w szpitalu wiąże się z kosztami finansowymi, społecznymi i osobistymi. Rodzice, którzy towarzyszą hospitalizowanemu dziecku odkładają na bok swoje potrzeby i pozostałe role, np. zawodową, rodzinną i w pełni dostosowują się do jego choroby i harmonogramu wizyt w szpitalu. Czują się zaniepokojeni i poruszeni

atmosferą OITN, martwią się i obawiają fizycznych i psychicznych konsekwencji leczenia dziecka. Szczególną wydaje się więc rola personelu medycznego i włączonych w pracę oddziału psychologów w udzieleniu rodzicom noworodka właściwego wsparcia emocjonalnego i otoczeniu troską oraz potraktowanie jako partnerów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym ich dziecka.

Rola psychologa w zapobieganiu zespołowi stresu pourazowego u rodziców noworodków leczonych na oddziale intensywnej terapii

Psycholog na oddziale intensywnej terapii noworodka powinien otoczyć rodzinę pomocą psychologiczną w następujących aspektach:

- radzenia sobie ze stresem wynikającym z samego pobytu w szpitalu i na oddziale intensywnej terapii,
- adaptacji do nowej sytuacji,
- kontaktu ze środowiskiem medycznym,
- emocjach związanych z przedwczesnym porodem,
- nagłością wystąpienia choroby dziecka oraz podejmowanych wobec niego badań diagnostycznych i procedur terapeutycznych.

Działania tych nie można jednak określić mianem długoterminowej psychoterapii, ponieważ wszystkie z nich nastawione są na interwencje „tu i teraz”, czyli rozwiązywanie bieżących problemów związanych z hospitalizacją, indywidualną percepcją choroby, adaptacją do środowiska oddziału oraz podejmowania konstruktywnych strategii radzenia sobie w krytycznych wydarzeniach życiowych.

Przedwczesny poród, zagrożenie życia i zdrowia dziecka oraz niepewność co do rokowania to sytuacja niezwykle trudna dla rodziców i wiąże się z wieloma intensywnymi i negatywnymi emocjami. W pierwszym etapie interwencji celem pomocy psychologicznej powinno być więc wsparcie w opanowaniu i zmniejszeniu napięcia emocjonalnego i lęku, tym bardziej, że w początkowym okresie pobytu w szpitalu rozpoczyna się intensywną diagnostykę oraz leczenie. Użyteczna w tym kontekście wydaje się być koncepcja psychoterapii elementarnej w opiece ogólnomedycznej, której kluczowym założeniem jest okazywanie postawy wspierającej [32]. Jej nadrzędnym celem jest skuteczne wyciszenie emocji i łagodzenie emocjonalnych skut-

ków choroby poprzez redukcję lęku, depresji i poczucia bezradności oraz wzmacnianie psychicznych sił i zasobów. Obszarami poruszonymi w rozmowach z rodzicami w obliczu tej sytuacji powinny być więc sposoby konstruktywnej adaptacji do choroby i radzenia sobie. Niemniej jednak psycholog powinien unikać sformułowań typu „wszystko będzie dobrze” czy „proszę się nie martwić”, ale stwarzać odpowiednie warunki do emocjonalnej ekspresji, co sprzyja mobilizacji emocji pozytywnych oraz zmniejszaniu negatywnych [33]. Jednakże przede wszystkim podstawą dobrego kontaktu terapeutycznego jest odpowiednia postawa specjalisty, która wyraża się poprzez okazywanie empatii, wsparcia, zrozumienia subiektywnych odczuć i szacunku do sytuacji, w jakiej znaleźli się rodzice hospitalizowanego noworodka.

Podsumowując, zadaniem psychologa w pierwszym etapie pracy i kontakcie z rodzicami chorego dziecka po jego przyjęciu na oddział intensywnej opieki powinno być:

- opanowanie emocji i napięcia emocjonalnego związanych ze specyfiką funkcjonowania OITN oraz samego faktu pobytu w szpitalu i kontaktu z personelem medycznym, zwłaszcza w trakcie podejmowania czynności ratujących życie i zdrowie dziecka,
- redukcja strachu, niepokoju i lęku,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,
- udzielenie emocjonalnego wsparcia.

W praktyce klinicznej istotne jest także tworzenie interdyscyplinarnych zespołów. Uczestniczenie osób o różnych specjalnościach w procesie diagnostyczno-terapeutycznym daje możliwość rozpatrywania problemu na wielu płaszczyznach: medycznej, psychologicznej i społecznej. Stwarza to również możliwości wykorzystywania szerokiego zakresu interwencji i programów wsparcia. Dlatego adekwatnym obszarem w pracy psychologa na oddziale jest także ścisła i bieżąca współpraca z zespołem terapeutycznym.

Znaczenie psychologa w komunikacji personelu medycznego z rodziną chorego

Podczas pobytu na OITN rodzice są pod wpływem specyficznych warunków sytuacyjnych związanych z funkcjonowaniem oddziału, ciężkością choroby dziecka oraz długością hospitalizacji. Na szczególne reakcje może także wpływać niemożność pełnienia

funkcji rodzicielskiej i separacja z dzieckiem. W tę trudną sytuację każdy z rodziców wnosi również swój indywidualny układ cech osobowościowych, temperament, doświadczenia związane ze środowiskiem szpitalnym, style radzenia sobie oraz aktualnie przeżywane emocje. Każdy także inaczej i w subiektywny dla siebie sposób rozumie i interpretuje przekazywane mu informacje. Wobec powyższego szczególną uwagę zwrócono na aspekt komunikacji personelu oddziału intensywnej terapii z rodzicami leczonych dzieci.

W badaniach dotyczących satysfakcji rodzin chorych leczonych na OITN odnotowano, że prawidłowa forma komunikacji i bieżący kontakt z personelem medycznym były jednymi z ważniejszych potrzeb rodziców w trakcie hospitalizacji noworodka [19-20]. Co więcej, rzetelne, pełne zrozumienia i troski komunikowanie się z matkami i ojcami dziecka umożliwiało im skuteczniejsze radzenie sobie ze stresem emocjonalnym i zwiększało poczucie bezpieczeństwa. Kluczową okazała się także możliwość zadawania pytań i udzielania na nie wyczerpujących odpowiedzi przez lekarzy [25]. Procesy te stanowiły integralną część zaangażowania rodziców w opiekę nad dzieckiem i wszelkich decyzji dotyczących zastosowanego wobec niego leczenia [29]. Co interesujące, im bardziej zaawansowane działania terapeutyczne i dłuższy pobyt w OITN, tym większe znaczenie miała prawidłowa i rzeczowa komunikacja z pracownikami szpitala [35].

Rozmowa z personelem medycznym może więc być źródłem wsparcia, zarówno emocjonalnego, jak i informacyjnego. To właśnie od lekarzy neonatologów rodzice otrzymywali najwięcej wskazówek i instrukcji dotyczących stanu zdrowia dziecka, kwestii pielęgnacji, rozpoznawania objawów oraz ewentualnych skutków choroby w przyszłości. Niestety, pomimo tak dużego zaangażowania lekarzy i pielęgniarek badania Kruszeckiej-Krówki [4] wykazały, że nadal więcej niż połowa rodziców uważała ich przygotowanie teoretyczne i praktyczne do opieki nad dzieckiem po wypisie ze szpitala za niewystarczające, a jako najbardziej problematyczne odnotowano karmienie, rozpoznawanie symptomów choroby i wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Wydaje się, że przyczyn niezadowolającego wsparcia rodziców przez personel medyczny można upatrywać w przeładowaniu obowiązkami, braku czasu i intymnego miejsca na rozmowę czy stosowaniu niezrozumiałej i zbyt fachowej terminologii medycznej [8].

Na satysfakcję i poziom zadowolenia z opieki i komunikacji z personelem medycznym wpływa także stres, jakiego doświadczają rodzice podczas hospitalizacji dziecka. Badania wykazały, że jego podwyższony poziom prowadzi do niższych wskaźników zadowolenia i znacznie utrudnia wypracowanie właściwego kontaktu z zespołem leczącym. Co więcej, ta grupa rodziców, która odnotowała występowanie silnego stresu deklarowała także ciągłe niezadowolenie, mając tym samym nierealistyczne wymagania i oczekiwania wobec lekarzy i pielęgniarek [22].

Nie świadczy to oczywiście, że personel medyczny nie jest świadomy przeżyć matek i ojców hospitalizowanych dzieci. Wydaje się jednak, że może mieć niewystarczającą wiedzę, jak radzić sobie w takich sytuacjach i opiera się przede wszystkim na swojej empatii, życzliwości, wrażliwości i doświadczeniach z własnej praktyki klinicznej.

W świetle powyższych rozważań nie sposób nie zauważyć, że praca personelu medycznego na oddziale intensywnej terapii jest niezwykle trudna. Dlatego jednym z zadań, jakie podejmuje psycholog w tej sytuacji powinno być współuczestnictwo w procesie komunikowania się rodziny chorego z personelem medycznym. Psycholog powinien zadbać o prawidłowy i bezpieczny przebieg rozmowy i stworzyć jak najbardziej odpowiednie dla niej warunki, poprzez chociażby zorganizowanie bezpiecznego i dającego poczucie intymności miejsca. Niekorzystnym jest, jeśli wiadomości przekazywane są w obecności innych osób, w biegu lub na korytarzu szpitalnym. Również lekarze powinni czuć się komfortowo w tej sytuacji i mieć czas na rzeczowe wytłumaczenie i omówienie stanu zdrowia dziecka i podejmowanych wobec niego procedur. Bezpieczne i ustronne miejsce ułatwia także przyjęcie różnych, niejednokrotnie gwałtownych i rozpaczliwych reakcji rodziców. Dlatego po skończonej rozmowie psycholog może jeszcze raz omówić z rodzicami informacje otrzymane od lekarzy, zostawiając jednocześnie czas na odreagowanie emocji i ich wyciszenie. Badania wykazały, że umożliwienie rodzicom, zwłaszcza matkom, wyrażenie obaw i natłoku przeżyć zmniejszyło natężenie stresu i korzystnie wpłynęło na jakość i poziom zrozumienia przekazywanych wiadomości [27]. Szczera i rzeczowa komunikacja oraz bieżąca i pozbawiona niedomówień wiedza na temat zdrowia dziecka mają także kluczowe znaczenie w budowaniu poczucia nadziei i pozwalają docenić wysiłek zespołu terapeutycznego w leczeniu ich dziecka.

Współuczestnictwo rodziców w opiece nad noworodkiem i inne formy pomocy psychologicznej na OITN

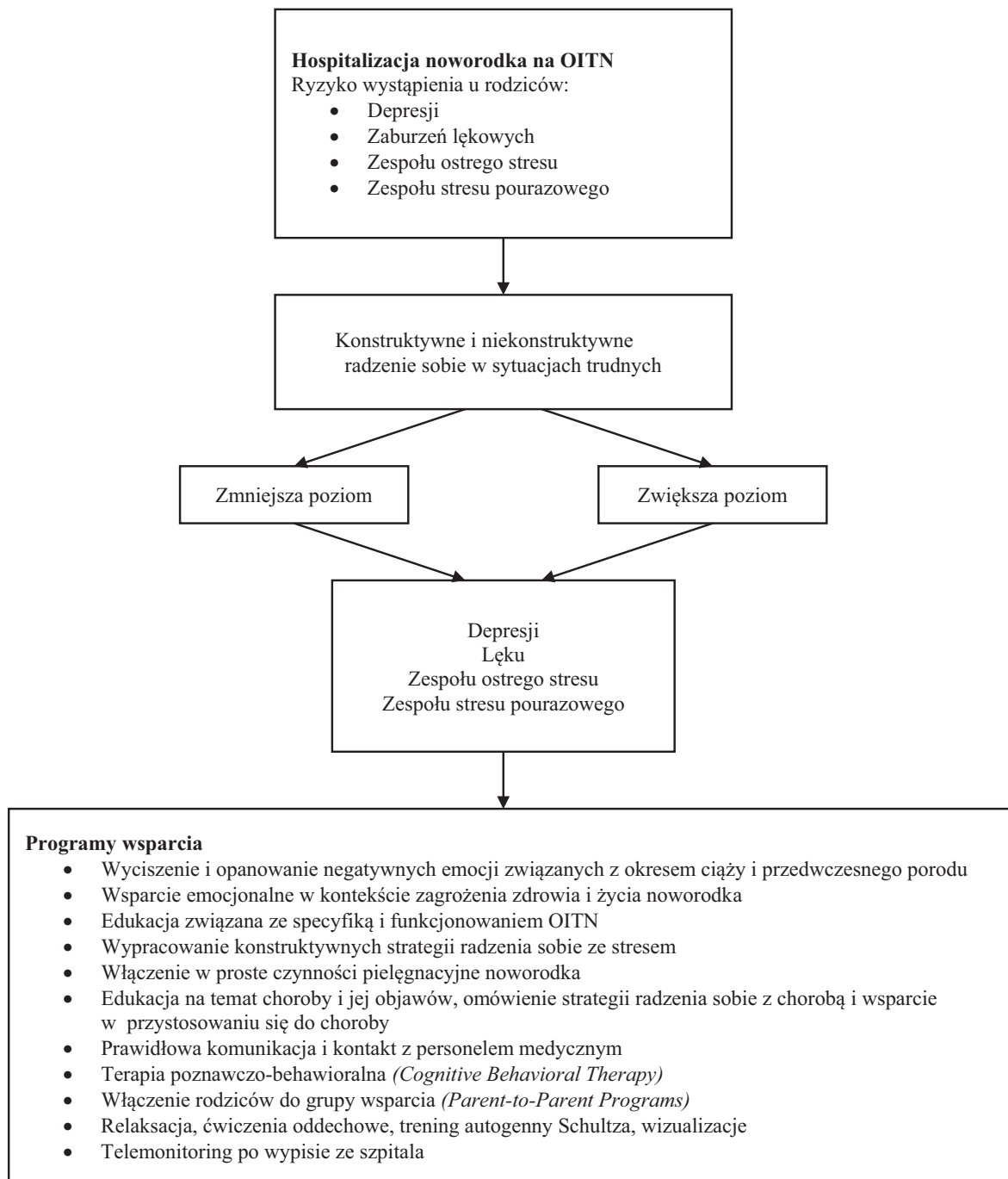
Jeszcze inną formą wsparcia i pomocy psychologicznej jest włączenie rodziców w opiekę nad noworodkiem, oczywiście w zakresie, w jakim pozwalają na to warunki oddziału. Wśród czynności pielęgnacyjnych można wymienić m.in. zaznajomienie z podłączoną do noworodka aparaturą medyczną i wyjaśnienie jej funkcjonowania, zmienianie pieluszki, natłuszczanie oliwką, stymulowanie dziecka i budowanie z nim więzi poprzez dotyk, głaskanie po główce czy mówienie do niego [9]. Jak wykazały badania, aż 88% rodziców ujawniło chęć czuwania przy swoim dziecku i uczestniczenia w czynnościach pielęgnacyjnych oraz procesie karmienia przez cały czas jego pobytu w szpitalu [2]. W piśmiennictwie zwrócono także uwagę na wartość, jaką niesie ze sobą model „otwartego” oddziału intensywnej terapii, gdzie rodzice nie są tylko biernymi i przerażonymi obserwatorami, ale stają się członkami i partnerami zespołu leczniczego [10]. Takie postrzeganie relacji pomiędzy rodzicami a personelem medycznym ułatwi jednocześnie edukację matek i ojców w kontekście opieki nad dzieckiem po wypisaniu ze szpitala i znacznie pomoże w nabraniu pewności i zaufania do samodzielnie pełnionej funkcji rodzicielskiej. Taka postawa zapewnia również optymalny rozwój relacji rodzic-niemowlę w procesie przywiązania [19]. Co więcej, obecność rodziców na OITN, zwłaszcza matek, czuwanie przy dziecku i opiekowanie się nim znacznie obniża poziom stresu, depresji i lęku oraz uruchamia konstruktywne strategie radzenia sobie, co automatycznie daje poczucie kontroli nad sytuacją i wzbudza zaufanie do personelu medycznego [18]. Należy wziąć jednak pod uwagę, że w Polsce nie zawsze jest taka możliwość ze względu na czasem obowiązujące przepisy własne oddziału, które mogą określać czas, w którym rodzice pozostają w danej jednostce. Regulacje te najczęściej obowiązują z przyczyn organizacyjnych i epidemiologicznych [2].

Z kolei z drugiej strony badania wykazały, że matki, które są odizolowane od noworodka czuły się bardziej przygnębione i deklarowały silniejsze objawy depresji [20]. Dlatego postawa partnerstwa w relacji z rodzicami podkreśla także znaczenie etycznej odpowiedzialności personelu medycznego i uwzględnienie w praktyce klinicznej indywidualnego podejścia na

oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej. Wczesne zaangażowanie rodziców pozwala również zespołowi OITN wyciągnąć stosowne informacje na temat rodzicielskich obaw i dylematów. Zrozumienie tych potrzeb może być punktem wyjścia do tworzenia i stosowania skutecznych strategii pomocy i optymalizacji wyników leczenia zarówno u noworodków, jak i u jego najbliższych. Jeśli lekarze, pielęgniarki i włączeni w pracę oddziału psycholodzy lepiej rozumieją stres rodzicielski, będą mogli wprowadzać adekwatne programy wsparcia i interwencje, by jak najefektywniej pomóc rodzicom radzić sobie z emocjami w związku z hospitalizacją ich dziecka na OITN. Uwzględniając także, że doświadczenia te mogą być przyczyną wielu powikłań psychologicznych, w tym rozwoju stresu pourazowego, wczesna interwencja i wsparcie psychologa są nawet wskazane w zmniejszaniu odczuwanego niepokoju i objawów traumy [35]. Co więcej, kiedy rodzice są wspierani i czują się objęci opieką łatwiej im zaakceptować nową rzeczywistość, co równocześnie może przekładać się na jakość współpracy z personelem medycznym.

Rodzajem pomocy psychologicznej może być także zachęcanie do uczestnictwa w grupach wsparcia (*ang. Parent-to Parent Programs*), co zostało już zainicjowane i jest praktykowane w wielu szpitalach na świecie. Rodzice mogą dzielić się swoimi zmartwieniami, obawami i uczuciami doświadczanymi każdego dnia i otrzymywać zrozumienie i akceptację, których tak bardzo potrzebują. Organizowane grupy mogą mieć charakter zamknięty lub otwarty i prowadzone są zarówno przez wykwalifikowanych specjalistów zdrowia psychicznego, jak i rodziców, zwłaszcza tych, którzy mają już takie doświadczenie za sobą i mogą udzielić wielu rad i wskazówek z perspektywy czasu. Tematyką zajęć jest nie tylko psychoedukacja dotycząca radzenia sobie ze stresem w kontekście hospitalizacji dziecka i adaptacji do choroby oraz dzielenie się towarzyszącymi emocjami, ale także wskazówki dotyczące pielęgnacji, nauka karmienia i zmniejszenie niepokoju związanego z pełnieniem funkcji rodzicielskiej [36]. Badania wykazały, że uczestnictwo w takich spotkaniach wpłynęło korzystnie i uruchomiło konstruktywne mechanizmy radzenia sobie oraz znacznie obniżyło poziom lęku i depresji [37].

Jeszcze innym źródłem wsparcia jest telemonitoring po zakończonej hospitalizacji i edukacja na temat procesu rozwoju przedwcześnie urodzonych niemowląt



Wykres 1. Wybrane interwencje terapeutyczne w zapobieganiu zespołowi stresu pourazowego u rodziców noworodków leczonych na oddziale intensywnej terapii

Figure 1. Selected therapeutical interventions in prevention post-traumatic stress disorder in parents of newborns hospitalized in intensive care unit

Opracowanie własne [za:] Huenink E, Porterfield S. Parent Support Programs and Coping Mechanisms in NICU Parents. *Advances in Neonatal Care* 2017;2:E10-E18.

(ang. *developmental education*). Uczestnictwo w tego rodzaju zajęciach było przyczyną większego zaangażowania w opiekę nad noworodkiem i pozytywnego tworzenia więzi [20;37]. Zmniejszenie napięcia emocjonalnego zaobserwowano także poprzez zastosowanie takich metod jak prowadzenie dziennika (ang. *journaling programs*), spisywanie myśli i uczuć oraz dzielenie się nimi z psychologiem oddziału [20].

Niezwykle skuteczna w aspekcie przeżywania i radzenia sobie z intensywnymi emocjami jest także terapia poznawczo-behawioralna (ang. *cognitive-behavioral therapy*) oparta na interwencji ukierunkowanej na traumę i zastąpienia zniekształconych interpretacji rzeczywistości prawidłowymi. Badania wykazały, że rodzice, którzy regularnie korzystali z 45-minutowej sesji przez 6 tygodni zadeklarowali zdecydowanie niższy poziom odczuwanego lęku i depresji [28]. Jeszcze innym źródłem wsparcia mogą być techniki relaksacyjne, trening autogenny Schultza lub ćwiczenia oddechowe.

Oczywiście nie wszystkie zaprezentowane powyżej reakcje są normą i nie wszyscy będą potrzebowali tak zaawansowanej pomocy psychologicznej. Niektórzy mogą sobie radzić wykorzystując dostępne im źródła wsparcia i zasoby osobiste, takie jak rodzina czy przyjaciele. Doświadczenia związane z hospitalizacją dziecka na OITN są bowiem wielowymiarowe i mogą być wynikiem wielu czynników. Ważne jednak, by personel medyczny starał się rozumieć nie tylko chorobę noworodka, ale także emocje i potrzeby jego najbliższych. Usystematyzowany na wykresie 1 wybór interwencji może stanowić więc algorytm postępowania w zastosowaniu pomocy psychologicznej i wyborze metod pracy. Celem takich działań jest nie tylko łagodzenie i wyciszenie natężenia negatywnych emocji, zaspokajanie potrzeb rodziców czy zapewnienie zindywidualizowanego podejścia, ale także wspieranie rozwoju dziecka poprzez zaangażowanie w bezpośrednią opiekę i kształtowanie pozytywnych postaw rodzicielskich względem noworodka [4]. Co więcej, dodatkową korzyścią pracy psychologa na OITN jest także możliwość superwizji i przepracowania emocji związanych z trudnymi i obciążającymi warunkami pracy w zespole leczącym [9]. Wydaje się więc, że pomoc psychologiczna i włączenie w pracę oddziałów neonatologicznych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego jest niezbędne i niezwykle istotne.

Podsumowanie

Hospitalizacja noworodka na oddziale intensywnej stanowi źródło wielu negatywnych reakcji psychologicznych u rodziców. Personel medyczny w pierwszej kolejności skupia się na ratowaniu życia i zdrowia niemowlęcia, zdarza się więc, że emocje i potrzeby rodziców są wówczas niezauważane. W konfrontacji ze środowiskiem oddziału czują się zagubieni i bezradni. Zamiast być szczęśliwymi po narodzinach dziecka, doświadczają całkowicie odmiennych przeżyć. Nagły, niespodziewany i przedwczesny poród może więc prowadzić do kryzysu, w trakcie którego dochodzi do zerzenia z wieloma trudnymi do akceptacji informacjami i zdarzeniami. Oszołomienie i stres, jakie towarzyszą tej konfrontacji znacznie utrudniają także adaptację i przystosowanie się do nowej sytuacji, a doświadczenie tak silnych emocji może pociągać za sobą następstwa w sferze psychicznej, na przykład wystąpienie zespołu stresu pourazowego.

Weryfikacje dotyczące doświadczeń rodziców na OITN wciąż są nieliczne i fragmentaryczne. Prawdopodobnie wynika to ze specyfiki grupy badawczej i obaw etycznych, że rozmowa z rodzicami w tak trudnej dla nich sytuacji i rozważanie ich jako podmiot obserwacji naukowej może okazać się co najmniej niestosowne i być dla nich dodatkowym obciążeniem emocjonalnym. Jednak w celu lepszego zrozumienia potrzeb rodziców na oddziałach neonatologicznych konieczne jest prowadzenie kolejnych badań w tym zakresie. Analiza czynników stresogennych w trakcie hospitalizacji noworodka na OITN stanowić może nie tylko wiedzę na temat doświadczeń i przeżywanych emocji przez rodziców, ale także punkt wyjścia do opracowania programów wsparcia i wdrażania opieki całościowej skoncentrowanej nie tylko na chorym dziecku, ale także i jego najbliższych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji/ Correspondence address

✉ Katarzyna Białek

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Aleja IX Wieków Kielc 19; 25-001 Kielce

☎ (+48 41) 349 69 11

✉ katarzynabialek@vp.pl

Piśmiennictwo/References

1. Fayiz D, Maghaireh A, Abdullah KL, Chan CH, Piaw C, Kawafha MM. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*. 2016;25:2745-56.
2. Jurczak A, Hop I, Wieder-Huszla S, Stanisławska M, Branecka-Woźniak D, Grochans E. The level of stress experienced by parents of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *J Public Health Nurs Med Res*. 2015;1:32-8.
3. Renske Schappin R, Lex Wijnroks L, Venema M, Jongmans MJ. Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A MetaAnalysis. *PLoS ONE*. 2013;8(2):e54992.
4. Kruszecka-Krówka A, Gniadek A, Jonas A. Problemy rodziców w opiece nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym po wypisie ze szpitala. *Piel Zdr Publ*. 2018;8(2):97-104.
5. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, et al. Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Public Health*. 2018 Dec 7;6:359. 2018;6:359.
6. Jubinville J, Newburn-Cook Ch, Hegadoren K, Lacaze-Masmonteil T. Symptoms of Acute Stress Disorder in Mothers of Premature Infants. *Adv Neonatal Care*. 2012;12(4):246-53.
7. Dudek-Shriber L. Parent Stress in the Neonatal Intensive Care Unit and the Influence of Parent and Infant Characteristics. *Am J Occup Therapy*. 2012;58:509-20.
8. 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):341-4.
9. Kopeć A, Aftyka A, Humeniuk E, Rybojad B, Rozalska-Walaszek I. Hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka – doświadczenia rodziców. *Curr Probl Psychiatry*. 2016;17(1):24-30.
10. Biskupska M, Konieczna M. Noworodek i jego rodzice w obliczu choroby i śmierci. *Now Lek*. 2013;82(2):142-9.
11. Jopek A, Gadzinowska-Szczucińska J, Szczapa T. Ocena percepcji stresu odczuwanego przez rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. *Ginekol Pol*. 2009;80:367-73.
12. Kara S, Tan S, Aldemir S, Yilmaz AE, Tatlı MM, Dilmen U. Investigation of perceived social support in mothers of infants hospitalized in neonatal Intensive Care Unit. *HIPPOKRATIA*. 2013;17(2):130-5.
13. Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 2016;16:92.
14. Pace CC, Spittle AJ, Molesworth Ch, Lee KJ, Northam E, Cheong JLY, et al. Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period. *JAMA Pediatr*. 2016;170(9):863-70.
15. Hall S, Hynan M, Phillips R, Press J, Kenner C, Ryan DJ. Development of Program Standards for Psychosocial Support of Parents of Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit: A National Interdisciplinary Consensus Model. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2015;15:24-7.
16. Olshstein-Mann O, Auslander GK. Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health Soc Work*. 2008;33:299-308.
17. 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):208-13.
18. Wraight CL. Beyond stress: describing the experiences of families during neonatal intensive care. *Acta Pædiatrica*. 2015;104:1012-7.
19. Milford Ch. Care of the Family of an Infant With a Congenital Heart Defect During the NICU Hospitalization. *J Perinat Neonat Nurs*. 2016;30(1):64-67.
20. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *J Perinatal Educ*. 2009;18(3):23-9.
21. Ladani MT, Abdeyazdan Z, Sadeghnia A, Hajiheidari M, Hasanzadeh A. Comparison of Nurses and Parents' Viewpoints Regarding the Needs of Parents of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017;22(5):367-71.
22. Tsironi S, Koulierakis G. Factors associated with parents' levels of stress in pediatric wards. *J Child Health Care*. 2018; 22(2):175-85.
23. Aftyka A, Kopeć A, Wróbel A, Rozalska-Walaszek I, Rzońca P, Rybojad B, et al. Co przeżywają rodzice dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka: strategie radzenia sobie ze stresem, poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego. *Curr Probl Psychiatry*. 2015;16(2):75-80.
24. Enkea Ch, Hausmann AO, Miedanerc F, Rothd B, Woopena Ch. Communicating with parents in neonatal intensive care units: The impact on parental stress. *Patient Educ Couns*. 2017;100:710-9.
25. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse* 2013;33(4):52-60.
26. Chang HP, Chen JY, Huang YH, Yeh CJ, Huang JY, Su PH, et al. Factors Associated with Post-Traumatic Symptoms in Mothers of Preterm Infants. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016; 30, pp. 96-101.
27. Azulay Chertok IR, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of Interventions to Reduce Stress Among Mothers of Infants in the NICU. *Adv Neonatal Care*. 2014;14(1):30-7.

28. Vinall J, Noel M, Disher T, Caddell K, Campbell-Yeo M. Memories of Infant Pain in the Neonatal Intensive Care Unit Influence Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Infants Born Preterm. *Clin J Pain* 2018;34(10):936-43. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000620.
29. Gallagher K, Shaw Ch, Aladangady N, Marlow N. Parental experience of interaction with healthcare professionals during their infant's stay in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2018;103:F343-8.
30. Gangi S, Dente D, Bacchio E, Giampietro S, Terrin G, De Curtis M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Premature Birth Neonates. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2013;82:882-5.
31. Welch MG, Halperin MS, Austin J, Stark RI, Hofer MA, Hane AA, et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19:51-61.
32. Motyka M. *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
33. Mokrzyńska K, Dolińska-Zygmunt G. Rola psychologa na oddziale geriatrycznym. *Psychogeriatr Pol.* 2013;10(4):137-44.
34. Geoghegan S, Oulton K, Bull C, Brierley J, Peters M, Wray J. The Experience of Long-Stay Parents in the ICU: A Qualitative Study of Parent and Staff Perspectives. *Pediatric Crit Care Med.* 2016;17(11):e496-501.
35. Grosik C, Snyder D, Cleary GM, Breckenridge DM, Tidwell B. Identification of Internal and External Stressors in Parents of Newborns in Intensive Care Unit. *Perm J.* 2013;17(3):36-41.
36. Turner M, Winefield H, Chur-Hansen A. The Emotional Experiences and Supports for Parents With Babies in a Neonatal Nursery. *Adv Neonatal Care.* 2013;13(6):438-46.
37. Huenink E, Porterfield S. Parent Support Programs and Coping Mechanisms in NICU Parents. *Adv Neonatal Care.* 2017;(17):2:E10-E18.