

Rozwój potraumatyczny u rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziale intensywnej terapii noworodka – doniesienie wstępne

Posttraumatic growth in parents of children hospitalized in neonatal intensive care unit – a preliminary report

ANNA AFTYKA^{1/}, ILONA ROZALSKA-WALASZEK^{1/}, JOLANTA CELEJ-SZUSTER^{1/}, PATRYK RZOŃCA^{2/},
AGNIESZKA KOPEĆ^{3/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{3/} Ośrodek Psychoterapii Systemowej w Krakowie

Wprowadzenie. Narodziny skrajnych wcześniaków i ciężko chorych, wymagających hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN) dzieci, to sytuacje ekstremalnie stresujące. Jednak trauma związana z tym doświadczeniem może wiązać się z szeregiem pozytywnych zmian, określanych mianem rozwoju potraumatycznego.

Cel badań. Ocena rozwoju potraumatycznego u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 60 rodziców niemowląt w wieku od 1 do 16 miesięcy, które w okresie noworodkowym były hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Narzędzie badawcze zawierało szereg standaryzowanych skal, takich jak: Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10), Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI), Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusz własny.

Wyniki. Rozwój potraumatyczny mierzony za pomocą kwestionariusza PTGI w grupie rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN wyniósł średnio $66,1 \pm 20,5$ punktu. Respondenci w największym stopniu doświadczali zmian związanych z większym docenianiem życia, a rzadziej – zmian w relacjach z innymi, w percepcji siebie i zmian duchowych. Na poziom rozwoju potraumatycznego istotny wpływ miały: płeć i wykształcenie rodziców, losy dziecka (przeżycie lub śmierć), nasilenie PTSD oraz nasilenie intruzji i pobudzenia. Wykazano brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy obiektywnymi wykładnikami stanu zdrowia dziecka oraz nasileniem odczuwanego stresu a rozwojem potraumatycznym.

Wnioski. Rodzice dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka w dużym stopniu doświadczają rozwoju potraumatycznego. Jego poziom jest zależny od szeregu zmiennych o charakterze socjodemograficznym i psychologicznym.

Słowa kluczowe: rozwój potraumatyczny, oddział intensywnej terapii noworodka, stres, zespół stresu pourazowego

Introduction. Births of extremely preterm or seriously ill babies, requiring treatment in Neonatal Intensive Care Unit (NICU), are dramatically stressful situations. Nevertheless, the trauma related to those experiences may bring about some positive changes, known as posttraumatic growth.

Aim. Assessment of posttraumatic growth in parents of children hospitalized in NICU.

Material & Method. The research group included 60 parents of infants aged 1 to 16 months, in the postnatal period hospitalized at NICU at Children's Clinic in Lublin. The research tools included a number of standardized scales such as the Perceived Stress Scale (PSS-10), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Impact of Events Scale (IES-R), and the researchers' own questionnaire.

Results. On the average, posttraumatic growth measured with PTGI within the groups of parents of babies hospitalized by NICU reached 66.1 ± 20.5 points. The respondents experienced major changes related to greater appreciation of life, and less frequently changes in relations with others, self-perception and spiritual changes. An impact on posttraumatic growth was exerted by gender and educational background of parents, history of the baby (survival or death), intensity of PTSD, and intensity of intrusion and agitation. The research proved that there was no significant statistical dependence between objective manifestations of baby's condition, intensity of perceived stress and posttraumatic growth.

Conclusions. It was shown that the parents of babies hospitalized at NICU largely experience posttraumatic growth. Its intensity depends on a number of socio-demographic and psychological variables.

Key words: posttraumatic growth, neonatal intensive care unit (NICU), stress, posttraumatic stress disorders

Alfabetyczny wykaz skrótów

IES-R – Skala Wpływu Zdarzeń
M – średnia
NICU – *Neonatal Intensive Care Unit*
OITN – Oddział Intensywnej Terapii Noworodka
PSS-10 – Skala Odczuwanego Stresu
PTG – rozwój potraumatyczny
PTGI – Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju
PTSD – zespół stresu pourazowego
SD – odchylenie standardowe

Wprowadzenie i cel badań

Narodziny skrajnych wcześniaków i ciężko chorych, wymagających hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN) dzieci, to sytuacje ekstremalnie stresujące dla ich matek i ojców. W następstwie przeżytej traumy wielu z nich miesiącami zmagają się z ostrym zaburzeniem stresowym, zespołem stresu pourazowego, stanami lękowymi i depresją [1-4]. Jednak przeżyta trauma może nieść ze sobą także doświadczenia o pozytywnym wydźwięku – od kilkunastu lat uwaga badaczy skierowana jest między innymi na zjawisko potraumatycznego rozwoju [5].

Tedeschi i Calhoun wskazują na trzy grupy pozytywnych zmian składających się na potraumatyczny rozwój (*posttraumatic growth* – PTG). Są to zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i w filozofii życiowej. Zmiany w percepcji siebie wiążą się przede wszystkim z poczuciem bycia lepszą osobą, wzrostem osobistej siły, wyrażającym się w wyższym poczuciu własnej wartości, skuteczności, większym zaufaniu do siebie i własnych możliwości. Dotyczy to także przyszytych wydarzeń. Zmiany w relacjach z innymi ludźmi wyrażają się przede wszystkim w zwiększeniu wrażliwości i współczucia dla innych oraz w większej skłonności do otwierania się przed innymi. Zmienia się również filozofia życia, która staje się bardziej dojrzała, znacząca i satysfakcjonująca. Ludzie mogą zmienić swoje przekonania egzystencjalne, zaczynają w większym stopniu doceniać życie i przeżywać je bardziej świadomie. W większym stopniu przywiązują wagę do drobnych, codziennych wydarzeń, a zdają się pomniejszać znaczenie ważnych spraw życiowych [5, 6].

W ostatnich latach przeprowadzono dosyć liczne badania dotyczące występowania i nasilenia rozwoju potraumatycznego (PTG) w sytuacji doświadczenia różnorodnych trudnych sytuacji. Wiele z nich dotyczy populacji pacjentów dotkniętych ciężką chorobą (np. nowotworową) i ich bliskich [7, 8] oraz ludzi doświadczających żałoby [9]. Pojedyncze publikacje dotyczą pacjentów oddziałów intensywnej terapii i ich rodzin [10, 11]. Wydaje się więc zasadne zbadanie występowania i nasilenia PTG w bardzo specyficznej populacji,

jaką stanowią rodzice ciężko chorych noworodków (w tym skrajnych wcześniaków), hospitalizowanych w OITN.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 60 rodziców (40 matek i 26 ojców) 42 niemowląt w wieku od 1 do 16 miesięcy, hospitalizowanych w okresie noworodkowym w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Narzędzie badawcze wraz z instrukcją jego wypełnienia, formularzami świadomej zgody i zaadresowanymi kopertami zwrotnymi ze znaczkiem były wysyłane do respondentów. Kryteriami wyłączenia były: nieznajomość języka polskiego, brak zgody na udział w badaniu oraz bycie opiekunem prawnym, a nie rodzicem dziecka.

Narzędzie badawcze zawierało szereg standaryzowanych narzędzi, takich jak: Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10), Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI), Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusz własny.

Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)

PSS-10 autorstwa S. Cohen, T. Kamarck i R. Mermelstein składa się z 10 pytań pozwalających na określenie subiektywnych wrażeń dotyczących przeżywania zmartwień i przeżyć osobistych oraz sposobów zachowania się i radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Polskiej adaptacji skali dokonali w 2009 r. Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik. Rzetelność polskiej adaptacji skali PSS-10 (współczynnik alfa Cronbacha) wynosi od 0,72 do 0,90 [12].

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI)

Polska adaptacja PTGI autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego składa się z 21 stwierdzeń, których prawdziwość w odniesieniu do siebie ankietowany ocenia w skali od 0 do 5. Narzędzie charakteryzuje się zadawalającymi właściwościami psychometrycznymi. Analiza czynnikowa eksploracyjna i konfirmacyjna uzasadnia przyjęcie czteroczynnikowej struktury PTGI: 1. Zmiany w percepcji siebie, 2. Zmiany w relacjach z innymi, 3. Większe docenianie życia, 4. Zmiany duchowe [6].

Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R)

Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) została zastosowana w celu oceny występowania PTSD. Twierdzenia skali odpowiadają objawom zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Oceny dokonuje się na 5-stopniowej skali (0-4). Otrzymane wyniki pozwalają ustalić ogólny wskaźnik PTSD oraz wyniki przypisane do 3 wymiarów: intruzji, pobudzenia i unikania. Polska wersja IES-R jest rzetelnym i trafnym narzędziem

badawczym, użytecznym jako krótkie narzędzie przesiewowej oceny stresu pourazowego [13].

Kwestionariusz własny

Kwestionariusz konstrukcji własnej posłużył do zebrania danych dotyczących podstawowych danych demograficznych i medycznych badanej grupy takich jak na przykład: wiek, płeć, wykształcenie, dzietność, miejsce zamieszkania, występowanie chorób przewlekłych oraz danych dotyczących zatrudnienia. Matki pytane były dodatkowo o liczbę ciąż, poronień i hospitalizacji w trakcie ostatniej ciąży. Kwestionariusz zawierał także pytania o datę urodzenia dziecka, wiek ciążowy w momencie porodu oraz dalsze losy dziecka.

Analizę materiału badawczego wykonano w oparciu o oprogramowanie komputerowe: Statistica 10 (StatSoft, Polska) oraz IBM SPSS Statistics 20. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $\alpha=0,05$.

Niniejsza praca jest efektem pracy nad większym projektem badawczym, który był zaaprobowany przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/77/2013).

Wyniki

W badanej grupie rodziców dzieci w przeszłości hospitalizowanych w OITN średnia wieku wynosiła 32 lata. Kobiety stanowiły niemal 60% badanej grupy rodziców. Dla ponad połowy respondentów dziecko, którego dotyczyła hospitalizacja w OITN było pierwszym potomkiem. Zespół zaburzeń po stresie urazowym (PTSD) w badaniu przesiewowym stwierdzono u 29 osób (43,3%). Średni poziom odczuwanego stresu odpowiadał 7 stenowi, czyli górnej granicy wyników średnich. Średni wiek dziecka w momencie badania wynosił 8 miesięcy, a średnia liczba dni spędzonych przez dziecko w OITN wynosiła 23 dni – tab. I.

Wywiad obciążony poronieniem stwierdzono u 6 z 40 badanych kobiet, 26 kobiet było natomiast hospitalizowanych w trakcie ostatniej ciąży.

Rozwój potraumatyczny mierzony za pomocą kwestionariusza PTGI w grupie rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN wyniósł średnio $66,1 \pm 20,5$ punktu i był wyższy u kobiet niż u mężczyzn. Rodzice dzieci hospitalizowanych w OITN (zarówno kobiety, jak i mężczyźni), w największym stopniu doświadczali zmian związanych z większym docenianiem życia, a nieco rzadziej – zmian w relacjach z innymi i w percepcji siebie. W najmniejszym stopniu respondenci doświadczali zmian duchowych – tab. II.

Wśród czynników mających istotny wpływ na rozwój potraumatyczny u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN można wymienić między innymi

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the research group

Zmienne		
Charakterystyka rodziców	Wiek rodzica, M (SD)	31,8 (5,1)
	Kobiety, n (%)	40 (59,7)
	Pierwsze dziecko, n (%)	34 (50,7)
	Mieszkańcy miasta, n (%)	33 (49,3)
	Wykształcenie wyższe, n (%)	33 (49,3)
	Umowa o pracę, n (%)	28 (41,8)
	Choroby przewlekłe w wywiadzie, n (%)	6 (9,0)
	Pozytywny skrining PTSD ^a , n (%)	29 (43,3)
	Nasilenie PTSD, M (SD)	44,9 (18,6)
	Poziom odczuwanego stresu ^b , M (SD)	21,5 (7,2)
Poziom odczuwanego stresu – sten ^b , M (SD)	7,0 (2,0)	
Charakterystyka noworodków	Wiek ciążowy (HBD), M (SD)	34,2 (5,0)
	Urodzeniowa masa ciała (g), M (SD)	2290 (1111)
	Wiek dziecka w momencie badania (skończone miesiące), M (SD)	8,1 (3,1)
	Punktacja APGAR w 1 minucie, M (SD)	6,2 (2,9)
	Liczba dni spędzonych w OITN, M (SD)	22,5 (26,6)
	Zgon dziecka, n (%)	10 (14,9)

^a – Skala wpływu zdarzeń (IES-R), ^b – Skala odczuwanego stresu (PSS-10), HBD – wiek ciążowy w tygodniach, OITN – Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, PTSD – zespół stresu pourazowego, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela II. Rozwój potraumatyczny z uwzględnieniem płci respondentów
Table II. Posttraumatic growth by gender of respondents

	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	M	SD	M	SD	M	SD
Zmiany w percepcji siebie	3,2	1,2	2,6	0,9	3,0	1,1
Zmiany w relacjach z innymi	3,6	1,1	2,9	0,9	3,3	1,1
Większe docenianie życia	4,0	1,1	3,3	1,0	3,7	1,1
Zmiany duchowe	2,6	1,0	2,3	1,0	2,5	1,0
Rozwój potraumatyczny ogółem	71,1	22,0	58,4	15,3	66,1	20,5

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

płeć i wykształcenie rodziców oraz dalsze losy dziecka (przeżycie lub śmierć). Kobiety doświadczały rozwoju potraumatycznego w znacznie większym stopniu niż mężczyźni. Wysoki poziom rozwoju potraumatycznego stwierdzono u 40,5% kobiet i u żadnego z mężczyzn, z kolei niski poziom rozwoju potraumatycznego dotyczył 13,5% kobiet i 41,7% mężczyzn ($p<0,001$). Niski poziom rozwoju potraumatycznego częściej obserwowano w grupie rodziców którzy doświadczyli straty dziecka w porównaniu do rodziców dzieci które przeżyły – odpowiednio 66,7% i 20,0%, a średni i wysoki poziom rozwoju potraumatycznego częściej był obserwowany w grupie rodziców dzieci które przeżyły ($p=0,036$). Respondenci z wykształceniem podstawowym i średnim częściej niż z wyższym doświadczyli niskiego (odpowiednio 31,0% i 20,0%) i wysokiego (odpowiednio 25,5% i 16,7%) poziomu rozwoju potraumatycznego. Średni poziom rozwoju potraumatycznego częściej obserwowano wśród rodziców z wykształceniem wyższym w porównaniu do

respondentów z wykształceniem podstawowym lub średnim (odpowiednio 56,7% i 41,4%, $p=0,046$) – tabela III.

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy nasileniem PTSD a nasileniem zmian w relacjach z innymi ($p=0,034$), większym docenianiem życia

($p=0,007$) i rozwojem potraumatycznym ogółem ($p=0,035$). Także nasilenie niektórych kluczowych objawów PTSD w istotny sposób związane było z rozwojem potraumatycznym lub jego komponentami. Nasilenie intruzji dodatkowo korelowało z nasileniem zmian w relacjach z innymi ($p=0,011$), większym do-

Tabela III. Rozwój potraumatyczny u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN
Table III. Posttraumatic growth in parents of children hospitalized in NICU

			Niski PTG	PrzeciętnyPTG	Wysoki PTG	p
Charakterystyka rodziców	Płeć	Kobiety	5 (13,5)	17 (46,0)	15 (40,5)	<0,001
		Mężczyźni	10 (41,7)	14 (58,3)	0 (0,0)	
	Miejsce zamieszkania	Miasto	6 (19,3)	18 (58,1)	7 (22,6)	0,483
		Wieś	9 (30,0)	13 (43,3)	8 (26,7)	
	Wykształcenie	Podstawowe lub średnie	9 (31,0)	12 (41,4)	8 (27,6)	0,046
		Wyższe	6 (20,0)	17 (56,7)	7 (23,3)	
	Umowa o pracę	Tak	8 (29,6)	14 (51,9)	5 (18,5)	0,507
		Nie	6 (20,7)	14 (48,3)	9 (31,0)	
	Choroby przewlekłe w wywiadzie	Tak	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	0,329
		Nie	14 (25,9)	28 (51,9)	12 (22,2)	
	Pozytywny skrining PTSD ^a , n (%)	Pozytywny	7 (25,9)	11 (40,7)	9 (33,3)	0,285
		Negatywny	8 (23,5)	20 (58,8)	6 (17,7)	
Poziom odczuwanego stresu ^b	Niski	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)	0,415	
	Średni	5 (19,2)	16 (61,5)	5 (19,2)		
	Wysoki	8 (33,3)	9 (37,5)	7 (29,2)		
Charakterystyka noworodków	Losy dziecka, n (%)	Przeżycie	11 (20,0)	30 (54,6)	14 (25,5)	0,039
		Zgon	4 (66,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	
	Operacje, n (%)	Tak	5 (23,8)	9 (42,9)	7 (33,3)	0,496
Nie		10 (25,0)	22 (55,0)	8 (20,0)		
Charakterystyka ciąży	Poronienia w wywiadzie	Tak	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0,895
		Nie	4 (12,9)	15 (48,4)	12 (38,7)	
	Hospitalizacje w ostatniej ciąży	Tak	2 (8,3)	10 (41,7)	12 (50,0)	0,208
		Nie	3 (23,1)	7 (53,9)	3 (23,1)	

^a – Skala wpływu zdarzeń (IES-R), ^b – Skala odczuwanego stresu (PSS-10), NICU – Neonatal Intensive Care Unit, OITN – Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, PTG – rozwój potraumatyczny, PTSD – zespół stresu pourazowego

Tabela IV. Rozwój potraumatyczny u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN – korelacje
Table IV. Posttraumatic growth in parents of children hospitalized in NICU – correlations

Zmienna		Zmiany w percepcji siebie	Zmiany w relacjach z innymi	Większe docenianie życia	Zmiany duchowe	PTG
Charakterystyka rodziców	Wiek rodzica	$r=0,015$ $p=0,908$	$r=-0,204$ $p=0,120$	$r=-0,009$ $p=0,945$	$r=0,087$ $p=0,510$	$r=-0,056$ $p=0,670$
	Liczba dzieci	$r=0,0655$ $p=0,622$	$r=-0,068$ $p=0,604$	$r=-0,029$ $p=0,822$	$r=0,220$ $p=0,094$	$r=0,031$ $p=0,815$
	Nasilenie PTSD ^a	$r=0,2075$ $p=0,115$	$r=0,2768$ $p=0,034$	$r=0,3484$ $p=0,007$	$r=0,1279$ $p=0,335$	$r=0,2755$ $p=0,035$
	Nasilenie intruzji	$r=0,2305$ $p=0,079$	$r=0,3308$ $p=0,011$	$r=0,3767$ $p=0,003$	$r=0,1158$ $p=0,382$	$r=0,3092$ $p=0,017$
	Nasilenie pobudzenia	$r=0,1448$ $p=0,274$	$r=0,1846$ $p=0,162$	$r=0,2760$ $p=0,034$	$r=0,1234$ $p=0,352$	$r=0,1993$ $p=0,130$
	Nasilenie unikania	$r=0,1484$ $p=0,262$	$r=0,1749$ $p=0,185$	$r=0,2236$ $p=0,089$	$r=0,0871$ $p=0,512$	$r=0,1838$ $p=0,163$
	Poziom odczuwanego stresu ^b	$r=-0,169$ $p=0,201$	$r=-0,020$ $p=0,880$	$r=-0,076$ $p=0,567$	$r=0,023$ $p=0,862$	$r=-0,097$ $p=0,461$
Charakterystyka noworodków	Wiek ciążowy (HBD)	$r=-0,074$ $p=0,573$	$r=-0,153$ $p=0,249$	$r=-0,114$ $p=0,391$	$r=-0,033$ $p=0,805$	$r=-0,115$ $p=0,387$
	Urodzeniowa masa ciała (g)	$r=0,092$ $p=0,487$	$r=-0,008$ $p=0,949$	$r=-0,049$ $p=0,715$	$r=0,036$ $p=0,786$	$r=0,038$ $p=0,776$
	Wiek dziecka w momencie badania (msc)	$r=0,046$ $p=0,730$	$r=-0,074$ $p=0,577$	$r=-0,087$ $p=0,513$	$r=-0,017$ $p=0,907$	$r=-0,022$ $p=0,872$
	Punktacja APGAR w 1 min.	$r=0,068$ $p=0,610$	$r=0,035$ $p=0,795$	$r=0,236$ $p=0,072$	$r=0,147$ $p=0,266$	$r=0,104$ $p=0,431$
	Liczba dni spędzonych w OITN	$r=-0,060$ $p=0,653$	$r=0,210$ $p=0,111$	$r=0,180$ $p=0,170$	$r=-0,051$ $p=0,703$	$r=0,071$ $p=0,593$

^a – Skala wpływu zdarzeń (IES-R), ^b – Skala odczuwanego stresu (PSS-10), NICU – Neonatal Intensive Care Unit, OITN – Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, PTG – rozwój potraumatyczny, PTSD – zespół stresu pourazowego

cenianiem życia ($p=0,003$) i rozwojem potraumatycznym ($p=0,017$), a nasilenie pobudzenia – z większym docenianiem życia ($p=0,034$). Jednocześnie wykazano brak istotnej statystycznie korelacji pomiędzy obiektywnymi wykładnikami stanu zdrowia dziecka (takimi jak na przykład czas trwania hospitalizacji w OITN, punktacja w skali APGAR bezpośrednio po porodzie, urodzeniowa masa ciała czy czas trwania ciąży) oraz nasileniem odczuwanego stresu a rozwojem potraumatycznym – tabela IV.

Dyskusja

Jak zaznaczyliśmy we wstępie, rozwój potraumatyczny dotyczy ludzi, którzy doświadczyli w życiu trudnych sytuacji. Taką sytuacją może być między innymi ciężka choroba – własna lub bliskiej osoby [10, 11, 14]. W polskich badaniach rozwoju potraumatycznego najwyższe jego wartości odnotowano w grupie matek dzieci chorych na białaczkę (średni wynik w skali PTGI – 73 punkty), rodziców dzieci z zespołem Downa (67 punktów) i byłych wychowanków domów dziecka (67 punktów). Najmniejszy rozwój potraumatyczny dotyczył policjantów (54 punkty) i żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych (55 punktów). Przeciętny poziom rozwoju potraumatycznego zaobserwowano między innymi u matek dzieci chorych na cukrzycę (60 punktów), kobiet po mastektomii (60 punktów), pacjentów z chorobami kardiologicznymi (61 punktów) i osób w żałobie (62 punkty). Średni wynik w skali PTGI w grupie osób narażonych na traumę uzyskany w badaniach normalizacyjnych w Polsce wyniósł 62 punkty [6].

Zagraniczne badania dotyczące potraumatycznego rozwoju w grupie pacjentów onkologicznych wykazały, iż rozwój potraumatyczny u chorych z różnymi chorobami nowotworowymi dość znacznie się różnił i wynosił od 44 do 65 punktów w skali PTGI [14]. Podobne wartości uzyskano w badaniach rodziców dzieci, młodzieży i młodych dorosłych z kostniakomięsakiem, w grupie których średni wynik w skali PTGI wyniósł 45 punktów [7]. Engelkemeyer i wsp. wykazali, iż w grupie rodziców, którzy stracili dziecko, całkowity wynik potraumatycznego wzrostu wyniósł 65 punktów [9].

Wyniki naszych badań wskazują na porównywalne, choć nieco wyższe w porównaniu do wartości podawanych w piśmiennictwie, nasilenie rozwoju potraumatycznego w grupie rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN.

Poszczególne komponenty rozwoju potraumatycznego mogą być doświadczane w różnym stopniu. Do analizy czynnikowej rozwoju potraumatycznego wykorzystuje się podskale w PTGI. Dokładna analiza rozwoju potraumatycznego w grupie polskich pacjentów kardiologicznych wykazała, iż w wyniku przeżytej

traumy pacjenci w większym stopniu zaczęli doceniać życie (średnia 3,5) i doświadczyli zmian w relacjach z innymi (średnia 3,0). W zdecydowanie mniejszym stopniu respondenci doświadczyli zmian w percepcji siebie (średnia 2,7) oraz zmian duchowych (średnia 2,2) [15]. Colville i wsp., którzy badali rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii dziecięcej wykazali, iż zmiany w percepcji siebie, docenianie życia i zmiany w relacjach z innymi były obszarami, których respondenci doświadczały w znacznie większym stopniu niż zmian duchowych i zmian związanych z pojawieniem się nowych możliwości [10].

Rodzice dzieci hospitalizowanych w OITN w największym stopniu doświadczały zmian związanych z większym docenianiem życia, a nieco rzadziej – zmian w relacjach z innymi i w percepcji siebie. Otrzymane wyniki są podobne do opublikowanych wyników dotyczących innych populacji narażonych na działanie traumatycznego stresu.

W piśmiennictwie można odnaleźć dość liczne wzmianki dotyczące korelacji pomiędzy rozwojem potraumatycznym a nasileniem objawów stresu pourazowego. Rozwój potraumatyczny był dodatnio skorelowany z nasileniem objawów stresu pourazowego u chorych z chorobami serca [16], rodziców dzieci, młodzieży i młodych dorosłych z kostniakomięsakiem (*osteosarcoma*) [7] oraz u rodziców dzieci wentylowanych mechanicznie na Oddziale Intensywnej Terapii [10]. Co ciekawe, w ostatnim z wymienionych badań, rozwój potraumatyczny był pozytywnie skorelowany z nasileniem objawów stresu pourazowego w 4 miesiące po wystąpieniu zdarzenia, ale dokładniejsza analiza danych wykazała, że zależność ta nie była prostoliniowa. Rozwój potraumatyczny był najsilniejszy u rodziców doświadczających umiarkowanego stresu w porównaniu do rodziców odczuwających niski lub wysoki poziom stresu [10].

W przedstawionym badaniu wykazano nie tylko związek pomiędzy nasileniem objawów PTSD z potraumatycznym rozwojem, ale także pomiędzy niektórymi wiodącymi objawami PTSD (takimi jak intruzja i pobudzenie), a PTG i jego niektórymi składowymi.

Ogólnie rzecz biorąc wydaje się, iż rozwój potraumatyczny w stosunkowo niewielkim stopniu jest związany ze zmiennymi o charakterze socjodemograficznym, a w zdecydowanie większym – ze zmiennymi o charakterze psychologicznym. Według Engelkemeyer i wsp. rozwój potraumatyczny był skorelowany z intensywnością żalu i poczuciem własnej wartości. Ci sami autorzy wykazali także brak korelacji pomiędzy potraumatycznym rozwojem a przekonaniem respondentów o dobroci otaczającego świata oraz sprawiedliwości zjawisk zachodzących w życiu i ich wytłumaczalności, sensowności świata o życzliwości i sensowności świata [9]. Inną zależność podaje Je-

newein: w grupie rodziców skrajnych wcześniaków, urodzonych pomiędzy 24 a 26 tygodniem ciąży, rozwój potraumatyczny był związany z żałobą [11].

Wpływ zmiennych socjodemograficznych na rozwój potraumatyczny nie jest jasno określony i prawdopodobnie zależy od badanej populacji. Polatinsky wykazał natomiast zależność pomiędzy wzrostem potraumatycznym a zdarzeniem prowadzącym do utraty dziecka, długością czasu który upłynął od straty, wiekiem respondentów oraz ich stanem cywilnym. Z rozwojem potraumatycznym pozytywnie korelowały: strata dziecka w wyniku choroby, dłuższy czas od utraty dziecka, młodszy wiek rodzica i pozostawanie w małżeństwie. Nie wykazano natomiast zależności pomiędzy płcią respondentów z rozwojem potraumatycznym [17]. Wpływ wieku respondentów i ich stanu cywilnego na potraumatyczny rozwój podkreślał także Mystakidou i wsp. [18]. W odniesieniu do zależności pomiędzy płcią pacjentów a rozwojem potraumatycznym odmienne od cytowanych wyników otrzymał Zwahlen i wsp. u pacjentów onkologicznych i ich opiekunów – wykazał on wpływ płci na rozwój potraumatyczny [19].

W grupie rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN wykazano, że płęć żeńska wiąże się ze zdecydowanie większym rozwojem potraumatycznym niż męska. Przyczyn tej zależności można się dopatrywać m. in. w większym nasileniu odczuwanego stresu i częstszym występowaniem PTSD u matek dzieci hospitalizowanych w OITN.

Wśród innych zmiennych mogących wpływać na rozwój potraumatyczny, o których wzmianki możemy odnaleźć w literaturze przedmiotu, można wymienić także poziom wykształcenia, czas upływający od zdarzenia traumatycznego, poziom wsparcia społecznego, duchowość, zdrowie psychiczne oraz stosowanie aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem [8, 20]. W polskiej grupie pacjentów kardiologicznych wykazano korelację pomiędzy rozwojem potraumatycznym

a czasem, który upłynął od momentu urazowego zdarzenia. U respondentów, którzy doświadczyli traumy co najmniej 5 lat przed badaniem, zaobserwowano wyższy poziom rozwoju potraumatycznego, większe zmiany w relacjach z innymi, docenianie życia i zmiany duchowe [15]. Inne doniesienia negują jednak wpływ czasu który upłynął od zdarzenia urazowego na poziom rozwoju potraumatycznego. W grupie 252 pacjentów z rakiem wątroby i dróg żółciowych oraz ich opiekunów, wzrost potraumatyczny w pierwszych 6 miesiącach po diagnozie utrzymywał się na względnie stałym poziomie [14]. W przedstawionym badaniu czas upływający od narodzin chorego dziecka i jego hospitalizacji w OITN nie miał wpływu na poziom PTG. Wydaje się, iż różnice dotyczące wpływu czasu który upłynął od zdarzenia na poziom potraumatycznego wzrostu mogą wynikać z różnic metodologicznych. W badaniach krótkoterminowych, w przeciwieństwie do badań długoterminowych, różnice te mogą być bowiem niezauważalne.

Wnioski

1. Rozwój potraumatyczny mierzony za pomocą kwestionariusza PTGI w grupie rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN wyniósł średnio $66,1 \pm 20,5$ punktu.
2. Respondenci w największym stopniu doświadczali zmian związanych z większym docenianiem życia, a rzadziej – zmian w relacjach z innymi, w percepcji siebie i zmian duchowych.
3. Na poziom rozwoju potraumatycznego istotny wpływ miały: płęć i wykształcenie rodziców, losy dziecka (przeżycie lub śmierć), nasilenie PTSD oraz nasilenie intruzji i pobudzenia.
4. Wykazano brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy obiektywnymi wykładnikami stanu zdrowia dziecka oraz nasileniem odczuwanego stresu a rozwojem potraumatycznym.

Piśmiennictwo / References

1. Youngblut JM, Brooten D, et al. Parent Health and Functioning 13 Months After Infant or Child NICU/PICU Death. *Pediatr* 2013, 132(5): e1295-301.
2. 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(3): 230-7.
3. Shaw RJ, Bernard RS, et al. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosom* 2009, 50(2): 131-7.
4. Friedman SH, Kessler A, et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. *Acta Pædiatr* 2013, 102(9): e392-7.
5. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996, 9(3): 455-471.
6. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Posttraumatic growth – characteristic and measurement. *Psychiatr* 2010, 7(4): 129-142.
7. Yonemoto T, Kamibepu K, et al. Posttraumatic stress symptom (PTSS) and posttraumatic growth (PTG) in parents of childhood, adolescent and young adult patients with high-grade osteosarcoma. *Int J Clin Oncol* 2012, 17(3): 272-5.
8. Danhauer SC, Case LD, et al. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncol* 2013, 22(12): 2676-83.

9. Engelkemeyer SM, Marwit SJ. Posttraumatic growth in bereaved parents. *J Trauma Stress* 2008, 21(3): 344-6.
10. Colville G, Cream P. Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right? *Intensive Care Med* 2009, 35(5): 919-23.
11. Jenewein J, Moergeli H, et al. Parents' mental health after the birth of an extremely preterm child: a comparison between bereaved and non-bereaved parents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008, 29(1): 53-60.
12. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Skala Odczuwanego Stresu: PSS-10. [w:] Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red). Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 11-22.
13. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatr* 2009, 1(6): 15-25.
14. Moore AM, Gamblin TC, et al. A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psychooncol* 2011, 20(5): 479-87.
15. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatr* 2012, 9(1): 1-10.
16. Bluvstein I, Moravchick L, et al. Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. *J Clin Psychol Med Settings* 2013, 20(2): 164-72.
17. Polatinsky S, Esprey Y. An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *J Trauma Stress* 2000, 13(4): 709-18.
18. Mystakidou K, Tsilika E, et al. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast* 2008, 17(4): 382-6.
19. Zwahlen D, Hagenbuch N, et al. Posttraumatic growth in cancer patients and partners-effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncol* 2010, 19(1): 12-20.
20. Tanriverdi D, Savas E, Can G. Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012, 13(9): 4311-4.