

# Style radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka

## Styles of coping with stress in parents of children hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit

ANNA AFTYKA<sup>1/</sup>, EWA HUMENIUK<sup>2/</sup>, BEATA RYBOJAD<sup>3,4/</sup>, PATRYK RZOŃCA<sup>3/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2/</sup> Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3/</sup> Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego w Lublinie

<sup>4/</sup> Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

**Wprowadzenie.** Rodzice dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN) wykazują wysoki poziom stresu.

**Cel.** Ocena stylu radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii, określenie zmiennych wpływających na styl radzenia sobie ze stresem oraz wpływu stylu radzenia sobie ze stresem na poziom odczuwanego stresu, występowanie i nasilenie zespołu stresu pourazowego (PTSD).

**Materiały i metody.** Badaną grupę stanowiło 48 rodziców niemowląt, które w przeszłości były hospitalizowane w OITN. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), Skalę Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusz własnej konstrukcji.

**Wyniki.** Matki najczęściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu, rzadziej na unikaniu. Ojcowie w podobnym stopniu stosują styl skoncentrowany na zadaniu i na emocjach. Matki istotnie częściej niż ojcowie stosują styl skoncentrowany na zadaniu. Wykazano istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy liczbą dzieci a stosowanym stylem radzenia sobie ze stresem. Nie stwierdzono związku pomiędzy obiektywnym stanem zdrowia dziecka a stylami radzenia sobie ze stresem. Styl radzenia sobie ze stresem miał istotny wpływ na poziom odczuwanego stresu. Styl skoncentrowany na zadaniu ujemnie, a styl skoncentrowany na emocjach dodatnio korelował z poziomem odczuwanego stresu. Styl skoncentrowany na emocjach dodatnio korelował z nasileniem PTSD.

**Wnioski.** Należy wspierać rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN w stosowaniu stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu. Rodzice radzący sobie ze stresem w oparciu o styl skoncentrowany na emocjach powinni być objęci badaniami przesiewowymi w celu wczesnego wykrycia zespołu stresu pourazowego (PTSD).

**Słowa kluczowe:** stres psychologiczny, zespół stresu pourazowego, Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, adaptacja psychologiczna

**Introduction.** The parents of children treated in the Neonatal Intensive Care Unit demonstrate a high level of stress.

**Aim.** The assessment of style of coping with stress in parents of children hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), the definition of variables affecting it, and the impact of style of coping with stress on the levels of stress and the occurrence and severity of posttraumatic stress disorder (PTSD).

**Material & Methods.** The study group included 48 parents of infants who were hospitalized in the NICU in the past. The following research tools were used: Coping Inventory for stressful situations (CISS), Perceived Stress Scale (PSS-10), Impact of Event Scale-Revised (IES-R) and a questionnaire of our own design.

**Results.** Mothers mostly use the style focused on the task but less frequently on avoiding. Fathers apply styles focused on the task and emotion comparatively. Mothers significantly more frequently than fathers use the style focused on the task. A relationship has been demonstrated between a statistically significant number of children and the selection of styles to cope with stress. There was no relationship between the objective state of health of the child and styles of coping with stress. The style of coping with stress had a significant impact on the level of stress. The style focused on the task correlated negatively, and emotion-focused style correlated positively with the level of perceived stress. The use of the style centered on emotions positively correlated with the severity of PTSD.

**Conclusions.** It is important to support parents of children hospitalized in the NICU in the use of style of coping with stress concentrated on the task. Parents who cope with stress based on the style focused on emotions should be screened for an early detection of PTSD.

**Key words:** stress psychological, stress disorders, post-traumatic, Neonatal Intensive Care Unit, psychological adaptation

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 395-400

www.h-ph.pl

Nadesłano: 14.04.2015

Zakwalifikowano do druku: 09.05.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Anna Aftyka  
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin  
tel. 81 448 69 50, e-mail: a.aftyka@gmail.com

## Wykaz skrótów

- ASD – *Acute Stress Disorder*, zespół ostrego stresu  
 CISS – *Coping Inventory for Stressful Situations*,  
 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach  
 Stresowych  
 HBD – Tydzień życia płodowego  
 IES-R – *Impact of Event Scale-Revised*, Skala Wpływu  
 Zdarzeń  
 M – Średnia  
 NICU – *Neonatal Intensive Care Unit*  
 OITN – Oddział Intensywnej Terapii Noworodka  
 PSS-10 – *Perceived Stress Scale*, Skala Odczuwanego  
 Stresu  
 PTSD – *Posttraumatic Stress Disorder*, zespół stresu  
 pourazowego  
 SSE – Styl skoncentrowany na emocjach  
 SSU – Styl skoncentrowany na unikaniu  
 SSZ – Styl skoncentrowany na zadaniu

## Wprowadzenie

Przedwczesne urodzenie dziecka oraz następująca po nim konieczność intensywnej opieki w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN) jest zdarzeniem, które powszechnie uważane jest za wysoce stresujące [1, 2]. Źródłem stresu dla rodziców hospitalizowanego dziecka są: wygląd i zachowanie noworodka, zmiany w pełnieniu ról rodzicielskich wynikające z choroby i hospitalizacji oraz wrażenia związane z percepcją otoczenia szpitalnego [3-5]. Wyniki badań nie wskazują jednoznacznie, jakie czynniki wpływają na poziom stresu odczuwanego przez rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN. Niektórzy autorzy wskazują, że u matek stres jest większy niż u ojców [6-8]. Inni podkreślają znaczenie wsparcia społecznego i cech socjodemograficznych rodziny, której dotknął ten problem [9-12]. Powszechnie podkreśla się istotny wpływ edukacji i programów wspierających jako działań zmniejszających negatywne przeżycia rodziców [13].

Odpowiedź na pytanie dotyczące sposobów obniżania stresu u rodziców jest niezwykle istotna, gdyż wiele badań pokazuje, że nierozwiązane problemy tego okresu mogą powodować powstawanie zespołu ostrego stresu (ASD), zespołu stresu pourazowego (PTSD) i innych niepożądanych zmian w psychice i zachowaniu rodziców [14]. Wskazuje się między innymi, że przeżycia rodziców związane z intensywną terapią ich dziecka mogą prowadzić do zaburzeń funkcjonowania rodziny nie tylko podczas hospitalizacji, ale również w późniejszym okresie. Stres zaburza relację rodzice-dziecko i często prowadzi do emocjonalnego nieprzy stosowania rodziców [15-17].

Badania nad stresem pokazują, że jego skutki dla człowieka w większym stopniu zależą od sposobu radzenia sobie, niż od obiektywnych cech działających

stresorów. Radzenie sobie ze stresem to wszystkie akty działania człowieka (poznawcze, emocjonalne i behawioralne) mające na celu przezwyciężenie stresu. Parker i Endler uważają, że człowiek w sytuacji stresowej podejmuje działania zaradcze, które są wynikiem interakcji pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie specyficznym dla danej osoby. Wyróżniają następujące style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach oraz skoncentrowany na unikaniu. Osoby, które charakteryzuje styl skoncentrowany na zadaniu, mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, poprzez poznawcze przekształcenie lub próbę zmiany sytuacji. W tym celu człowiek poszukuje informacji, aby zdobyć wiedzę i podjąć racjonalną decyzję. Styl skoncentrowany na emocjach reprezentują osoby, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie i na własnych przeżyciach emocjonalnych [18]. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową, ale czasami mogą one dodatkowo powiększać poczucie stresu i powodować wzrost napięcia lub przygnębienia. Styl skoncentrowany na unikaniu dotyczy osób wykazujących tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji [19-22].

Podkreśla się, że radzenie sobie ze stresem jest procesem, który może przebiegać w sposób typowy dla różnych sytuacji lub może zależeć od cech danej sytuacji [18]. Poszczególne wydarzenia życiowe nie są w równym stopniu stresujące do wszystkich. Dopiero kombinacja wymagań danej sytuacji z zasobami osobistymi warunkują określony sposób radzenia sobie ze stresem. Uzasadnione jest więc analizowanie sposobów radzenia sobie charakterystycznych dla danej sytuacji, w tym przypadku rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN [23].

## Cel badań

1. Ocena stylu radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN.
2. Określenie zmiennych wpływających na styl radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN.
3. Ocena wpływu stylu radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN na wielkość odczuwanego stresu oraz występowanie i nasilenie objawów PTSD.

## Materiały i metody

Badaną grupę stanowiło 28 matek i 20 ojców, 34 niemowląt w wieku od 5 do 16 miesięcy, które w okresie noworodkowym były hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie.

Wstępnie nawiązano z rodzicami kontakt telefoniczny, w czasie którego przedstawiano potencjalnym respondentom najistotniejsze informacje na temat celu badań i proszono ich o wyrażenie zgody na przesłanie kwestionariusza drogą pocztową. Rodzice wypełniali kwestionariusze i odsyłali je w załączonej kopercie zwrotnej.

W pracy zastosowano narzędzia standaryzowane: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), Skalę Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusz autorski.

### **Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)**

Do badania stylu radzenia sobie ze stresem zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa N.S. Endlera i D.A Parkera w polskiej adaptacji [24]. Badani określali na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmują określone działania w sytuacjach stresowych. Wyniki są ujmowane są w trzech podskalach: 1. styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), 2. styl skoncentrowany na emocjach (SSE), 3. styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). CISS posiada polskie normy stenowe. Interpretacja wyników CISS obejmuje ocenę nasilenia poszczególnych stylów radzenia sobie oraz ocenę dominacji stylów [24].

### **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 w sytuacjach trudnych. Wynik surowe mogą zostać przeliczone na jednostki standardowe w skali stenowej. Wyniki w zakresie 1-4 stena są traktowane jako niskie i wskazują na niskie nasilenie stresu, natomiast wyniki na poziomie 7-10 stena uważa się za wyniki sugerujące duże nasilenie odczuwanego stresu. Polskiej adaptacji skali dokonali Z. Juczyński i N. Ogińska-Bulik [25].

### **Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R)**

Została zastosowana w celu oceny występowania PTSD u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN. 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 [26].

### **Kwestionariusz własnej konstrukcji**

Posłużył do zebrania danych dotyczących podstawowych danych demograficznych i medycznych badanej grupy takich jak: wiek, płeć, wykształcenie,

dietność, miejsce zamieszkania, występowanie chorób przewlekłych oraz danych dotyczących zatrudnienia. Matki pytane były dodatkowo o liczbę ciąż, porodów, porodów przedwczesnych, poronień i hospitalizacji w trakcie ostatniej ciąży. Kwestionariusz zawierał także pytania o datę urodzenia dziecka, wiek ciąży w momencie porodu (HBD), urodzeniową masę ciała, sposób rozwiązania ciąży oraz choroby i wady rozpoznane u dziecka. Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/77/2013).

### **Analiza statystyczna**

Analizę materiału badawczego wykonano w oparciu o oprogramowanie komputerowe: Statistica 10 (StatSoft, Polska) oraz IBM SPSS Statistics 20. Do zbadania różnic w poziomie odczuwanego stresu i poziomie nasilenia PTSD wśród matek i ojców dzieci hospitalizowanych w OITN oraz wpływu czynników na strategię radzenia sobie ze stresem wykorzystano test U Manna-Whitneya. W celu określenia związku pomiędzy czynnikami demograficznymi, czynnikami związanymi ze stanem dziecka oraz poziomem odczuwanego stresu i nasileniem PTSD a strategiami radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN zastosowano analizę korelacji r-Pearsona. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ .

### **Wyniki**

Średnia wieku rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN wynosiła 32 lata. Dla prawie połowy respondentów dziecko hospitalizowane w OITN było pierwszym potomkiem (45,8%). Średni wiek ciąży hospitalizowanych noworodków wynosił 34,3 tygodnia, a średni wynik w skali Apgar – 6,3 punktu. Średni czas hospitalizacji w OITN wynosi 17,8 dni. Średni poziom odczuwanego stresu (wynik surowy) wynosi 20,6, co odpowiada 7 stenowi. Oznacza to, że rodzice dzieci hospitalizowanych w OITN odczuwają znaczny stres. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli I.

Matki najczęściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, rzadziej na unikaniu. Ojcowie w podobnym stopniu stosują styl skoncentrowany na zadaniu i na emocjach. Matki istotnie częściej niż ojcowie stosowały styl skoncentrowany na zadaniu. Bliska istotności statystycznej była także różnica w częstości stosowania stylu skoncentrowanego na unikaniu (matki częściej niż ojcowie). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, przeżyciem lub śmiercią dziecka a stylem radzenia sobie ze stresem (tab. II).

Analiza statystyczna wykazała istnienie zależności istotnej statystycznie pomiędzy liczbą dzieci a stylem radzenia sobie ze stresem. Wzrost liczby dzie-

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy  
Table I. Characteristics of study group

Zmienne	Wyniki
Wiek rodzica, średnia (SD)	32 (5)
Pierwsze dziecko w rodzinie, n(%)	22 (45,8)
Liczba dzieci w rodzinie, średnia (SD)	1,9 (1,0)
Rodzice mieszkający w mieście, n (%)	23 (47,92)
Wykształcenie wyższe u rodziców, n (%)	25 (52,08)
Poziom odczuwanego przez rodziców stresu <sup>a</sup> – wynik surowy, średnia (SD)	20,6 (7,1)
Poziom odczuwanego przez rodziców stresu <sup>a</sup> – sten, średnia (SD)	6,8 (2,1)
Nasilenie PTSD u rodziców <sup>b</sup> , wynik surowy, średnia (SD)	45,9 (17,3)
Pozytywny screening PTSD u rodziców <sup>b</sup> , n (%)	20 (42,6)
Wiek ciąży dziecka (HBD), średnia (SD)	34,3 (5,4)
Urodzeniowa masa ciała dziecka (g), średnia (SD)	2335 (1050)
Wiek dziecka w momencie badania (mc), średnia (SD)	8,6 (2,5)
Punkcja APGAR u dziecka w 1 minucie życia, średnia (SD)	6,3 (3,0)
Długość hospitalizacji dziecka w OITN (dni), średnia (SD)	17,8 (15,7)
Zgon dziecka, n (%)	5 (10,4)

<sup>a</sup> PSS 10 – Perceived Stress Scale; <sup>b</sup> IES-R – Impact of Event Scale-Revised

ci w rodzinie koreluje ze stylem skoncentrowanym na emocjach u matek. Nie wykazano związku pomiędzy cechami przedwcześnie narodzonego dziecka a stylami radzenia sobie ze stresem u rodziców (tab. III).

Prezentowane przez matki i ojców dzieci hospitalizowanych w OITN style radzenia sobie ze

Tabela II. Style radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN w zależności od wybranych zmiennych

Table II. Styles of coping with stress in parents of children hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit depending on selected variables

Zmienne		SSZ średnia (SD)	SSE średnia (SD)	SSU średnia (SD)
Rodzic	Matki	5,9 (2,1)*	5,0 (2,1)	4,4 (1,7)
	Ojcowie	4,8 (1,7)*	4,7 (1,8)	3,3 (1,8)
Wykształcenie	Podstawowe i średnie	5,2 (2,1)	5,0 (2,1)	3,7 (1,9)
	Wyższe	5,7 (1,9)	4,8 (2,0)	4,2 (1,6)
Zgon dziecka	Tak	3,8 (2,6)	4,8 (1,3)	4,4 (1,5)
	Nie	5,6 (1,9)	4,9 (2,0)	3,9 (1,8)

\*p<0,05

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu

stresem miały istotny statystycznie wpływ na poziom odczuwanego stresu. Styl skoncentrowany na zadaniu ujemnie korelował z poziomem odczuwanego stresu (wynik istotny statystycznie u matek i bliski istotności statystycznej u rodziców obojga rodziców). Stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach dodatkowo korelowało z poziomem odczuwanego stresu zarówno w grupie matek, ojców, jak i w grupie rodziców obojga płci. Styl skoncentrowany na emocjach dodatkowo korelował z nasileniem PTSD – zależność ta była istotna statystycznie zarówno u matek i ojców dzieci hospitalizowanych w OITN (tab. IV).

Tabela III. Wpływ wybranych zmiennych na style radzenia sobie ze stresem  
Table III. Effect of selected variables on styles of coping with stress

Zmienne	Matki (n=28)			Ojcowie (n=20)			Ogółem (n=48)		
	SSZ	SSE	SSU	SSZ	SSE	SSU	SSZ	SSE	SSU
Wiek rodzica	-0,129 p=0,51	-0,101 p=0,60	0,118 p=0,54	-0,339 p=0,14	-0,075 p=0,75	-0,172 p=0,46	-0,236 p=0,10	-0,107 p=0,46	-0,048 p=0,74
Liczba dzieci w rodzinie	0,078 p=0,69	0,385 p=0,04	0,228 p=0,24	0,149 p=0,52	-0,043 p=0,85	0,124 p=0,60	0,057 p=0,69	0,185 p=0,20	0,127 p=0,38
Wiek ciąży dziecka (HBD)	0,126 p=0,52	-0,228 p=0,24	0,050 p=0,79	0,066 p=0,78	0,110 p=0,64	-0,112 p=0,63	0,087 p=0,55	-0,090 p=0,54	-0,033 p=0,82
Urodzeniowa masa ciała dziecka (g)	0,257 p=0,18	-0,242 p=0,21	0,143 p=0,46	0,186 p=0,43	-0,040 p=0,86	-0,085 p=0,72	0,222 p=0,12	-0,159 p=0,27	0,042 p=0,77
Wiek dziecka (mc)	-0,219 p=0,26	0,133 p=0,49	-0,152 p=0,43	0,005 p=0,98	0,102 p=0,66	-0,219 p=0,35	-0,128 p=0,38	0,115 p=0,43	-0,183 p=0,21
APGAR dziecka w 1 minucie	-0,065 p=0,74	0,028 p=0,88	0,252 p=0,19	0,237 p=0,31	0,015 p=0,94	-0,182 p=0,44	0,047 p=0,74	0,023 p=0,87	0,055 p=0,70
Długość hospitalizacji w OITN	-0,227 p=0,24	0,335 p=0,08	-0,320 p=0,09	-0,096 p=0,68	0,031 p=0,89	0,033 p=0,88	-0,183 p=0,21	0,205 p=0,16	-0,169 p=0,25

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu

Tabela IV. Wpływ stylu radzenia sobie ze stresem na poziom odczuwanego stresu i nasilenie PTSD  
Table IV. Effect of style of coping with stress on levels of stress and severity of PTSD

Zmienne	Matki (n=28)			Ojcowie (n=20)			Ogółem (n=48)		
	SSZ	SSE	SSU	SSZ	SSE	SSU	SSZ	SSE	SSU
Poziom odczuwanego stresu <sup>a</sup>	-0,374 p=0,05	0,642 p<0,01	-0,330 p=0,09	-0,045 p=0,85	0,585 p<0,01	0,218 p=0,36	-0,245 p=0,09	0,622 p<0,01	-0,095 p=0,52
Nasilenie PTSD <sup>b</sup>	0,091 p=0,64	0,564 p<0,01	-0,003 p=0,99	0,094 p=0,69	0,565 p<0,01	0,340 p=0,14	0,147 p=0,32	0,569 p<0,01	0,177 p=0,23

<sup>a</sup> PSS 10 – Perceived Stress Scale; <sup>b</sup> IES-R – Impact of Event Scale-Revised

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu

## Dyskusja

W wielu badaniach stwierdza się, że rodzice chorych i przedwcześnie urodzonych niemowląt poddawanych intensywnej opiece medycznej wykazują wysoki poziom stresu. Reakcje psychiczne takich rodziców obejmują lęk, niepokój, smutek, drażliwość, depresję, trudności w koncentracji uwagi i poczucie beznadziejności [2, 27]. Reakcje te są często wynikiem niedostatecznej wiedzy na temat sposobu wykonywania swojej roli rodzicielskiej i interakcji noworodkiem w czasie hospitalizacji. Stwierdzono ponadto, że rodzice martwią się stanem zdrowia swojego dziecka, stosowanymi procedurami i rokowaniem [28]. W przeprowadzonych badaniach zadano pytanie badawcze o to, przy pomocy jakich stylów rodzice radzą sobie z tą sytuacją. Okazało się, że matki najczęściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu, rzadziej na unikaniu. Styl skoncentrowany na zadaniu stosują one istotnie częściej niż ojcowie. Wyniki innych badań pozwalają stwierdzić, że strategie skoncentrowane na zadaniu są obserwowane u matek tych dzieci, które wymagają ich zaangażowania i działania, np. dzieci niepełnosprawne czy żywione parenteralnie [29, 30]. Podobne wyniki otrzymywane są w badaniach polskich matek dzieci przedwcześnie urodzonych [31, 32]. Natomiast matki dzieci, których choroba lub zaburzenie nie wymagają aż tak dużego zaangażowania w działanie, najczęściej stosują styl unikowy, najrzadziej styl skoncentrowany na zadaniu [33].

W badaniach własnych ojcowie dzieci hospitalizowanych w OITN w podobnym stopniu stosują style skoncentrowane na zadaniu i na emocjach. Taki sposób radzenia sobie ze stresem opisano już u ojców dzieci przedwcześnie urodzonych. We wczesnych stadiach po urodzeniu dziecka, kiedy dominującymi emocjami są lęk, złość, strach i poczucie bezsilności, ojcowie stosują styl skoncentrowany na emocjach, co pozwala im uniknąć nadmiernego pobudzenia. Następnym etapem radzenia sobie z tą trudną sytuacją jest poszukiwanie informacji na temat stanu niemowlęcia, podejmowanie działań dających poczucie odzyskania kontroli nad sytuacją oraz poszukiwanie wsparcia. Taki sposób postępowania daje poczucie zarządzania własnym stresem [7, 23, 34]. Warto podkreślić, że w początkowym etapie każda strategia radzenia sobie z tego typu przeżyciem przynosi pewną ulgę i pozwala zmobilizować się do działania. Personel medyczny w takiej sytuacji powinien wspierać rodziców, wzmacniać ich siły i kompetencje nie odbierając im nadziei [5].

Style radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN zależą od płci rodzica.

Nie zaobserwowano natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, cechami przedwcześnie narodzonego dziecka i jego losami a stylami radzenia sobie ze stresem obserwowanymi u rodziców. Analiza wyników wykazała jedynie istnienie zależności między liczbą dzieci a stylem radzenia sobie. Wzrost liczby dzieci w rodzinie wiązał się z częstszym stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach u matek.

Uzyskane w badaniu dane tylko częściowo pokrywają się z wcześniejszymi wynikami. Piśmiennictwo donosi bowiem, że istotny wpływ na radzenie sobie ma urodzeniowa masa ciała noworodka i jego wiek oraz wydolność oddechowa. Siła tego wpływu była ustalana na różnym poziomie w zależności od badań [10, 35, 36]. Stwierdzono również związek między niskim poziomem edukacji rodziców a wyborem strategii obronnych w radzeniu sobie ze stresem [29].

Chociaż nie można jednoznacznie określić jakie zmienne mają istotny wpływ na style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN, to korelowały one z poziomem odczuwanego stresu. U matek styl skoncentrowany na zadaniu ujemnie korelował z poziomem odczuwanego stresu. U rodziców obojga płci stwierdzono natomiast dodatnią korelację pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a poziomem odczuwanego stresu. Podobną tendencję zaobserwowano u matek dzieci chorych na białaczkę w trakcie leczenia [36]. U rodziców dzieci z chorobą nowotworową nastawienie zadaniowe korelowało z niższym, a strategie emocjonalne – z wyższym poziomem stresu i wyższym nasileniem negatywnych emocji [38]. U rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych ryzyko rozwoju ASD i PTSD wysoko korelowało ze stosowaniem strategii sklasyfikowanej jako wyparcie i zaprzeczenie [39].

## Wnioski

1. Matki najczęściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu, rzadziej na unikaniu. Ojcowie w podobnym stopniu stosują styl skoncentrowany na zadaniu i na emocjach.
2. Liczba dzieci w rodzinie dodatnio koreluje z częstością stosowania strategii skoncentrowanych na emocjach przez matki.
3. Styl skoncentrowany na zadaniu ujemnie koreluje z poziomem odczuwanego stresu u matek. Stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach wiąże się z wyższym poziomem odczuwanego stresu i z wyższym nasileniem PTSD u matek i ojców dzieci hospitalizowanych w OITN.

## Piśmiennictwo / References

1. Lasiuk GC, et al. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, 13(Suppl 1): 13.
2. Borimnejad L, et al. Impacts of creating opportunities for parent empowerment on maternal stress. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013, 18: 218-21.
3. Miles MS, et al. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res* 1993, 42: 148-52.
4. Heidari H, et al. The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013, 18: 208-13.
5. Łuczak-Wawrzyniak J. Matka wcześniaka – sytuacja psychologiczna i społeczna w trakcie pobytu dziecka w szpitalu i po opuszczeniu oddziału noworodkowego. *Gin Prakt* 2009, 1: 7-8.
6. Carter JD, et al. Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy, and family factors. *Personal Ment Health* 2007, 1: 40-50.
7. Jackson K, et al. From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *J Adv Nurs* 2003, 43: 120-9.
8. Van der Pal SM, et al. Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions. *Acta Paediatr* 2007, 96: 1611-6.
9. Beckman PJ, et al. A longitudinal study of families of preterm infants: Changes in stress and support over the first two years. *J Spec Educ* 1988, 22: 55-65.
10. Doussard-Roosevelt JA, et al. Vagal regulation of heart rate in the prediction of developmental outcome for very low birth weight preterm infants. *Child Dev* 1997, 68: 173-86.
11. Singer LT, et al. Social support, psychological distress, and parenting strains in mothers of very low birth weight infants. *Fam Relat* 1996, 45: 343-50.
12. Thompson RJ, et al. Developmental outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and psychosocial risk. *J Dev Behav Pediatr* 1994, 15: 232-8.
13. Kynø NM, et al. Parents of preterm-born children, sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme. *BMC Nurs* 2013, 12: 28.
14. Arockiasamy V, et al. Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. *Pediatr* 2008, 121: 215-22.
15. Huhtala M, et al. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. *Early Hum Dev* 2014, 90: 119-24.
16. Jotzo M, et al. Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatr* 2005, 115: 915-9.
17. Trombini E, et al. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Paediatr* 2008, 97: 894-8.
18. Parker JDA, Endler NS. Coping with coping assessment: A critical review. *Eur J Personal* 1992, 6: 321-44.
19. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w:] *Psychologia. Podręcznik Akademicki*, tom 3. Strelau J (red). Gdańskie Wyd Psychologiczne, Gdańsk 2000: 443-64.
20. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red). Wyd Uniw Śląskiego, Katowice 2000: 12-43.
21. Schwarzer R, et al. A critical survey of coping instruments. [in:] *Handbook of Coping*. Zeidner M, Endler NS (eds). John Wiley & Sons, Inc., 1996: 107-32.
22. Wrześniewski K. Style a strategię radzenia sobie ze stresem. *Problemy pomiaru*. [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red). Wyd Uniw Śląskiego, Katowice 2000: 44-63.
23. Lau R, et al. Parents' coping in the neonatal intensive care unit: a theoretical framework. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2001, 22: 41-47.
24. Strelau J i wsp. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2005.
25. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatr* 2009, 1: 15-25.
26. 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). Wyd Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, 11-22.
27. Carvalho AE, et al. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *Span J Psychol* 2009, 12: 61-70.
28. Griffin T. Supporting families of infants with congenital heart disease. *Newborn Infant Nurs Rev* 2002, 2: 83-9.
29. Nor Zaidah AH, et al. Coping Styles of Mothers with Disabled Children at Rural Community Rehabilitation Centres in Muar, Malaysia. *Med J Malaysia* 2004, 9: 384-9.
30. Zych K. Mental health and self efficacy of mothers of children on parenteral nutrition. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żyw Dziecka* 2007, 9: 55-8.
31. Libera A, et al. Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery. *Med Sci Monit* 2007, 13: 125-30.
32. Mariańczyk K, et al. The feeling of hopelessness and ways of coping with stress in women after preterm delivery. *Ginekol Pol* 2010, 81: 342-6.
33. Tarkowski Z, et al. Stress-fighting strategies and reactions to speech disfluency. 9th World Congress for People who Stutter. Buenos Aires, 2011.
34. Schappin R, et al. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PLoS One* 2013, 8: e54992.
35. Halpern LF, et al. Parenting stress in mothers of Very-Low-Birth-Weight (VLBW) and full-term infants: A function of infant behavioral characteristics and childrearing attitudes. *J Pediatr Psychol* 2001, 26: 93-104.
36. Meyer EC, et al. Psychological distress in mothers of preterm infants. *J Dev Behav Pediatr* 1995, 16: 412-7.
37. Best M, et al. Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends. *J Pediatr Psychol* 2001, 26: 299-307.
38. Maurice-Stam H, et al. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment. *Psychooncol* 2008, 17: 448-59.
39. Shaw RJ, et al. Nursery. *Psychosom* 2006, 47: 206-12.