

Nasilenie objawów stresu pourazowego i poziom odczuwanego stresu a strategie radzenia sobie ze stresem u matek dzieci w przeszłości leczonych na oddziale intensywnej terapii noworodka

Severity of post-traumatic stress symptoms, level of experienced stress and coping strategies in mothers of children previously treated in the neonatal intensive care unit

Anna Aftyka¹, Ilona Ewelina Rozalska¹, Aleksandra Pawlak¹,
Oleg Gorbaniuk^{2,3}

¹ Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej

² Katolicki Uniwersytet Lubelski, Instytut Psychologii

³ Uniwersytet Zielonogórski, Instytut Psychologii

Summary

Aim. The aim of the study was to develop a model of the relationship between the severity of post-traumatic stress symptoms, levels of experienced stress and coping strategies in mothers of children previously treated in neonatal intensive care units.

Material and method. Anonymous questionnaire survey covered 62 mothers of infants aged from three to 12 months who had previously been hospitalized in neonatal intensive care units. Respondents completed a questionnaire comprising standardized tools such as the Impact Event Scale – Revised (IES–R), COPE Inventory and Perceived Stress Scale (PSS–10).

Results. The severity of PTSD symptoms is explained by the model comprising four variables: three stress coping strategies (focus on and venting of emotions, denial and mental disengagement) and perceived stress. The model explains nearly 40% of post-traumatic stress symptoms. Perceived stress partly affects PTSD through one stress coping strategy – denial, which also has the effect on post-traumatic stress symptoms severity regardless of perceived stress.

Conclusions. Focus on and venting of emotions, denial, mental disengagement, and the level of perceived stress are potentially modifiable factors that are strongly associated with PTSD. Planning, realization and assessment of interventions aimed at reduction of maladaptive coping strategies and perceived stress are recommended for mothers of infants requiring

treatment in neonatal intensive care units. In order to minimize distress and improve coping with the treatment of the child, it is necessary to evaluate the effects of various methods of supporting parents.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, dystres, intensywna terapia, strategie radzenia sobie, oddział intensywnej terapii noworodka

Key words: post-traumatic stress disorder, distress, intensive care, coping strategies, neonatal intensive care unit

Wstęp

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [1] zespół stresu pourazowego (PTSD) jest zaburzeniem psychicznym, które może się rozwinąć w wyniku doświadczenia traumatycznych zdarzeń, powodujących zagrożenie życia własnego lub innej osoby. Objawy PTSD obejmują nawracające, dręczące wspomnienia, utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą oraz uporczywy wzrost pobudzenia.

Pomimo że prawdopodobieństwo wydarzenia traumatycznego w ciągu życia jest relatywnie wysokie, częstość występowania PTSD waha się w granicach od 5% do 21% [2–4]. Prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu stresu pourazowego u kobiet w okresie poporodowym jest podobne do populacji ogólnej [5–9]. Wyniki badań O'Donovana i wsp. [6] wskazują, że wśród kobiet, które określiły poród mianem zdarzenia traumatycznego, PTSD pomiędzy 4. a 6. tygodniem po porodzie stwierdzono u 7,9%. PTSD jest częstsze u matek dzieci wymagających leczenia w szpitalu [10]. Wykazano, że kobiety te są narażone na liczne problemy zdrowotne [11] – zespół ostrego stresu (ASD), PTSD, depresję czy zaburzenia lękowe. Przykładowo u niemal 3/4 matek wcześniaków urodzonych pomiędzy 26. a 34. tygodniem ciąży występuje zespół ostrego stresu (71,1%), u prawie połowy – nasilony lęk (47,4%), a u 1/3 – objawy depresji (35,6%).

Czynniki ryzyka PTSD u matek dzieci leczonych na oddziałach intensywnej terapii noworodka (OITN) można podzielić na 3 grupy: (1) cechy socjodemograficzne matek, (2) stan zdrowia i cechy osobowościowe matek, (3) stan zdrowia dziecka. Okazuje się, że czynniki socjodemograficzne mają ograniczoną przydatność w określaniu powszechnego występowania PTSD. Dla przykładu w badaniach Shaw i wsp. [11] czynniki socjodemograficzne nie były użyteczne, poza jedną zmienną (miejsce urodzenia – USA). Inne badania [12] przeprowadzone wśród matek dzieci hospitalizowanych w OITN wskazują na istotne znaczenie stanu cywilnego. W grupie kobiet w okresie poporodowym istotnym czynnikiem negatywnie związanym z objawami PTSD jest wiek matki [13]. Dowiedziono także [14], iż zły stan kliniczny dziecka lub jego śmierć może być istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju PTSD. Wydaje się, że objawy stresu pourazowego są skorelowane wśród par. Występowanie ostrego stresu u mężczyzn jest związane z nasileniem objawów stresu pourazowego u ich partnerek. Także mniej bezpieczny styl przywiązania i brak zadowolenia ze wsparcia udzielanego przez partnera są związane z wyższym poziomem stresu pourazowego. Wykazano też [13], że objawy PTSD i depresji, zarówno u kobiet jak i mężczyzn, są ze sobą znacząco skorelowane. Literatura przedmiotu sugeruje, że z występowaniem i nasileniem PTSD

w dużym stopniu związane są czynniki psychologiczne. Wśród matek chorych dzieci lub rodziców przeżywających żalobę wskazuje się na znaczenie: stylu skoncentrowanego na emocjach, racjonalizacji, poczucia zawodu i satysfakcji z otrzymywanego wsparcia społecznego [15]. Inne doniesienia [16] wskazują, że istotnym czynnikiem omawianego zaburzenia jest stosowanie strategii unikowych przez rodziców dziecka. Dodatkowo Frank i wsp. [17] wykazali związek pomiędzy PTSD a dysocjacją peritraumatyczną, stosowaniem strategii unikowych oraz niekonstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak zaprzeczanie, wyładowanie i obwinianie się.

Możliwość przewidywania rozwoju PTSD w celu wdrożenia jego profilaktyki i terapii jest kluczowa dla rodziców chorych dzieci, włączając w to matki dzieci leczonych w OITN. Jest to o tyle ważne, że zaburzenie jest związane z negatywnymi zmianami w rozwoju przywiązania pomiędzy matką a dzieckiem. Feeley i wsp. [14] wykazali, że kobiety z większym nasileniem objawów PTSD były mniej wrażliwe i efektywne w interakcji z własnym dzieckiem. Inni badacze sugerują [18], że matki dzieci przedwcześnie urodzonych, charakteryzujące się wysokim nasileniem objawów PTSD, są bardziej kontrolujące i tworzą zniekształconą więź. Wykazano też [19], że u dzieci matek z nasilonymi objawami PTSD pół roku po porodzie występuje wyższe prawdopodobieństwo wytworzenia unikowego wzorca przywiązania siedem miesięcy później. Warto też wspomnieć, że PTSD może mieć także przebieg przewlekły. Tremolada i wsp. [20] wykazali w grupie 76 włoskich matek dzieci leczonych na białaczkę obecność PTSD u 24% respondentek miesiąc po diagnozie, u 18% pół roku po niej i u 16% po upływie roku. 24 miesiące po postawieniu diagnozy stwierdzono objawy wskazujące na PTSD u 19% badanych.

Cel

Celem pracy było ustalenie modelu związku pomiędzy nasileniem objawów stresu pourazowego i poziomem odczuwanego stresu oraz strategiami radzenia sobie ze stresem u matek dzieci w przeszłości leczonych na oddziałach intensywnej terapii noworodka.

Material i metody

Uczestnicy. W badaniu wzięły udział 62 matki niemowląt mających od 3 do 12 miesięcy. Badanie było proponowane biologicznym matkom dzieci hospitalizowanych w przeszłości w OITN przez minimum 3 dni. Informacja o celu badania była przekazywana telefonicznie potencjalnym uczestniczkom badania. Po uzyskaniu słownej zgody wysyłano do respondentek: kwestionariusz, instrukcję jego wypełniania, formularz świadomej zgody i kopertę zwrotną zaadresowaną i zaopatrzoną w znaczek pocztowy, aby nie ponosiły żadnych kosztów związanych z badaniem. Spośród 374 mówiących po polsku biologicznych matek dzieci hospitalizowanych w okresie od 1 czerwca 2012 do 31 października 2014 roku 80 odesłało wypełnione kwestionariusze (62 poprawnie) wraz z pisemną zgodą na udział w badaniu.

Narzędzia. Badanie miało charakter przekrojowy. Użyto szeregu narzędzi standaryzowanych i autorskiego kwestionariusza.

Zrewidowana skala zdarzeń (IES–R) jest samoopisowym narzędziem oceniającym subiektywną odpowiedź respondenta na zdarzenie traumatyczne [21, 22]. Polskiej adaptacji dokonali Juczyński i Ogińska-Bulik – wersja ta charakteryzuje się wysoką rzetelnością i spójnością wewnętrzną. Współczynnik alfa-Cronbacha dla polskiej wersji wynosi 0,92 [21]. Wybór narzędzia do oceny nasilenia objawów PTSD był podyktowany jego własnościami psychometrycznymi przy stosunkowo niewielkiej liczbie twierdzeń. Dodatkowo narzędzie to było z powodzeniem stosowane w badaniu osób, które doznały zdarzeń traumatycznych o podobnym charakterze co badane matki – na przykład choroby nowotworowej dziecka bądź jego utraty w wyniku poronienia.

Skala odczuwanego stresu (PSS–10) jest 10-itemowym narzędziem stworzonym do samooceny intensywności stresu odczuwanego w ciągu ostatniego miesiąca. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom stresu [23]. Skala została zaadaptowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik. Współczynnik alfa-Cronbacha dla polskiej wersji wynosi 0,86 [24].

Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE składa się z 60 twierdzeń odnoszących się do oceny piętnastu strategii radzenia sobie ze stresem, w tym: pozytywne przewartościowanie i rozwój, odwracanie uwagi, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, aktywne radzenie sobie, zaprzeczanie, zwrot ku religii, poczucie humoru, zaprzestanie konkurencyjnych działań, powstrzymywanie się od działania, zażywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, akceptacja, planowanie [25, 26]. Im wyższy wynik osiąga badany, tym częściej stosowana jest dana strategia w sytuacjach stresujących. Kwestionariusz został zaadaptowany do polskich warunków przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik. Współczynnik alfa-Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosi od 0,48 do 0,94 [26].

Badane otrzymały również kwestionariusz zawierający pytania o dane socjodemograficzne rodziców.

Analiza statystyczna. Badana grupa została scharakteryzowana z zastosowaniem statystyk opisowych. Zmienne jakościowe zostały opisane za pomocą liczebności i odsetka, a zmienne ilościowe – za pomocą średniej (M) i odchylenia standardowego (SD). Korelacja Pearsona została użyta do oceny współwystępowania objawów stresu pourazowego, odczuwanego stresu oraz strategii radzenia sobie ze stresem. Regresję liniową zastosowano do oceny zmiennych wyjaśniających nasilenie objawów PTSD. Poziom istotności statystycznej przyjęto na poziomie $\alpha < 0,05$. Analiza statystyczna została przeprowadzona w programie IBM SPSS (wersja 22.0.0).

Do oceny związków między konstruktami oraz analizy potencjalnych mediacji zastosowano modelowanie równań strukturalnych. W tym celu użyto oprogramowania Amos (ver. 22.0.0). Wskaźnikiem dobrego dopasowania modelu do zebranych danych jest brak istotności statystycznej funkcji rozbieżności χ^2 (tj. $p > 0,05$), średni błąd aproksymacji (RMSEA) mniejszy niż 0,05, porównawczy wskaźnik dopasowania (CFI) większy niż 0,95 oraz współczynnik wyjaśnionej wariancji przez model (AGFI) większy niż 0,95 [27].

Komisja bioetyczna. Projekt badawczy uzyskał zgodę komisji bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (KE-0254/77/2013).

Wyniki

Zbadano 62 matki niemowląt mających od 3 do 12 miesięcy ($M = 7,48$; $SD = 2,49$). Średni wiek respondentek wyniósł nieco ponad 30 lat ($M = 30,47$; $SD = 5,36$). Niemal połowa badanych kobiet miała wykształcenie wyższe ($n = 29$; 46,8%). Większość z nich posiadała jedno dziecko ($n = 27$; 43,5%), niewiele mniej dwoje dzieci ($n = 22$; 35,5%), rzadziej troje ($n = 10$; 16,1%) lub czworo dzieci ($n = 3$; 4,8%). Średni wiek ciąży w momencie porodu wyniósł 34,5 tygodnia ($M = 34,44$; $SD = 4,73$), a punktacja w skali Apgar w pierwszej minucie życia 6 punktów ($M = 6,26$; $SD = 3,08$). Urodzeniowa masa ciała noworodków wynosiła średnio niemal 2400 gramów ($M = 2393$; $SD = 982$). Średni czas pobytu dziecka w OITN wyniósł 16 dni ($M = 16,27$; $SD = 16,23$). Noworodki były obciążone między innymi chorobami układu oddechowego ($n = 53$; 85,5%), chorobami układu krążenia ($n = 18$; 29%) i układu nerwowego ($n = 17$; 27,4%). U ponad połowy z nich stwierdzono zakażenia ($n = 38$; 61,3%), a dwa na pięć noworodków wymagało zabiegu operacyjnego ($n = 25$; 40,3%). Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej ($n = 62$)

Wiek, M (SD)		30,47 (5,36)
Wykształcenie wyższe (n; %)		29 (46,8%)
Liczba dzieci	1	27 (43,5%)
	2	22 (35,5%)
	3	10 (16,1%)
	4	3 (4,8%)
Wiek płodowy (tygodnie), M (SD)		34,44 (4,73)
Wynik w skali Apgar (1. minuta), M (SD)		6,26 (3,08)
Masa urodzeniowa (g), M (SD)		2,393 (982)
Aktualny wiek dziecka (miesiące), M (SD)		7,48 (2,49)
Czas hospitalizacji (dni), M (SD)		16,27 (16,23)
Choroby układu oddechowego (n; %)		53 (85,5%)
Choroby układu krążenia (n; %)		18 (29%)
Choroby układu nerwowego (n; %)		17 (27,4%)
Operacje (n; %)		25 (40,3%)
Infekcje (n; %)		38 (61,3%)

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Chociaż żadne badanie kwestionariuszowe nie uprawnia do postawienia diagnozy PTSD, w niniejszym badaniu z zastosowaniem samoopisowego kwestionariusza zaburzenie to można podejrzewać u ponad połowy badanych ($n = 34$; 54,84%).

Tabela 2. Średnie, odchylenia standardowe i korelacja liniowa pomiędzy mierzonymi zmiennymi (n = 62)

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Objawy stresu pourazowego	49,73	17,95	-															
Odczuwany stres	20,84	7,23	0,36**	-														
Aktywne radzenie sobie	2,83	0,52	0,31*	-0,09	-													
Planowanie	2,74	0,58	0,11	-0,30*	0,61**	-												
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	2,74	0,86	0,11	-0,27*	0,54**	0,45**	-											
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,71	0,88	0,18	-0,18	0,41**	0,31*	0,79**	-										
Zaprzestanie konkurencyjnych działań	2,74	0,58	0,23	-0,17	0,47**	0,57**	0,43**	0,49**	-									
Zwrot ku religii	2,79	0,98	0,21	0,22	0,05	0,06	0,03	0,10	0,06	-								
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	2,77	0,62	0,11	-0,29*	0,43**	0,59**	0,54**	0,46**	0,39**	0,22	-							
Unikanie konkurencyjnych działań	2,38	0,47	0,33**	-0,03	0,30*	0,25	0,23	0,34**	0,39**	0,11	0,42**	-						
Akceptacja	2,92	0,68	0,19	-0,03	0,22	0,15	0,20	0,33**	0,35**	0,08	0,23	0,25	-					
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	2,89	0,67	0,46**	0,15	0,46**	0,28*	0,28*	0,33**	0,42**	0,25*	0,20	0,24	0,32*	-				
Zaprzeczanie	1,70	0,54	0,39**	0,22	0,02	-0,15	-0,16	-0,12	0,13	-0,05	0,05	0,17	-0,01	0,03	-			
Odwracanie uwagi	1,91	0,57	0,36**	0,12	0,12	0,06	-0,00	0,05	-0,03	-0,02	0,12	0,31*	-0,19	0,02	0,40**	-		
Zaprzestanie działań	1,65	0,62	0,19	0,15	-0,12	-0,37**	-0,29*	-0,19	-0,20	0,04	-0,31*	0,29*	-0,04	-0,04	0,44**	0,23	-	
Zażywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych	1,20	0,40	0,02	0,08	-0,04	-0,15	-0,07	-0,23	-0,16	-0,24	-0,18	-0,01	-0,31*	-0,10	0,29*	0,09	0,40**	-
Poczucie humoru	1,24	0,40	-0,04	-0,24	0,01	0,04	0,09	0,01	-0,12	-0,21	0,07	-0,04	-0,33**	-0,12	0,07	0,17	0,23	0,40**

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, * p < 0,05, ** p < 0,01

Tabela 2 przedstawia korelacje pomiędzy nasileniem objawów stresu pourazowego, odczuwanym stresem a strategiami radzenia sobie ze stresem. Wykazano, że nasilenie stresu pourazowego koreluje dodatnio, na poziomie istotnym statystycznie, z odczuwanym stresem ($r = 0,36$; $p < 0,01$) oraz z pięcioma strategiami radzenia sobie ze stresem: aktywnym radzeniem sobie ($r = 0,31$; $p < 0,05$), koncentracją na emocjach i ich wyładowaniem ($r = 0,46$; $p < 0,01$), zaprzeczaniem ($r = 0,39$; $p < 0,01$), odwracaniem uwagi ($r = 0,36$; $p < 0,01$) i unikaniem konkurencyjnych działań ($r = 0,33$; $p < 0,05$). Wykazano także istotne statystycznie, ujemne korelacje pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowaniem strategii radzenia sobie takich jak: planowanie ($r = -0,30$; $p < 0,05$), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($r = -0,27$; $p < 0,05$) oraz pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem ($r = -0,29$; $p < 0,05$).

Z uwagi na liczebność próby w budowaniu modelu wzajemnych współzależności badanych zmiennych uwzględniono tylko te zmienne objaśniające, które korelowały istotnie statystycznie ze zmienną objaśnianą nasilenie objawów stresu pourazowego (PTSS): odczuwany stres, aktywne radzenie sobie, koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu, zaprzeczanie, odwracanie uwagi oraz powstrzymywanie się od działania. Zastosowano hierarchiczną liniową analizę regresji, gdzie w ramach pierwszego bloku wprowadzono strategię radzenia sobie ze stresem, natomiast w ramach drugiego – odczuwany stres. Jako metodę selekcji zmiennych w ramach pierwszego bloku zastosowano metodę krokową. Spośród strategii radzenia sobie w finalnym modelu znalazły się trzy strategie (koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu, zaprzeczanie, odwracanie uwagi), które razem wyjaśniały ponad 36% wariancji PTSD. Odczuwany stres wyjaśniał kolejne 4% wariancji. Model składający się z czterech zmiennych jest statystycznie istotny ($F(3, 58) = 11,098$; $p < 0,001$) i tłumaczy 40% wariancji nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego (skorygowane $R^2 = 0,398$) – tabela 3.

Tabela 3. Model regresji hierarchicznej – zmienna zależna: nasilenie objawów stresu pourazowego ($n = 62$)

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standardyzowane	t	P
	b	Błąd statystyczny	Beta		
Krok 1					
(Stała)	14,075	9,172		1,534	0,130
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	12,331	3,093	0,458	3,987	0,001
Krok 2					
(Stała)	-6,258	10,149		-0,617	0,540
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	12,003	2,831	0,445	4,240	0,001
Zaprzeczanie	12,536	3,520	0,374	3,562	0,001

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

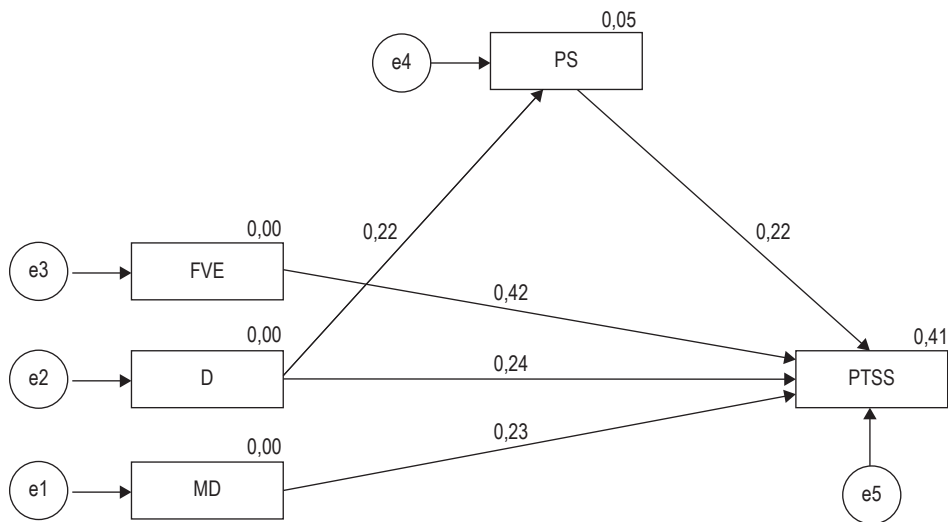
Krok 3					
(Stała)	-0,14782	10,685		-1,383	0,172
Koncentracja na emocjach i ich wyladowanie	11,932	2,754	0,443	4,333	0,001
Zaprzeczanie	9,410	3,738	0,281	2,518	0,015
Odwracanie uwagi	7,359	3,528	0,233	2,086	0,041
Krok 4					
(Stała)	-20,577	10,752		-1,914	0,061
Koncentracja na emocjach i ich wyladowanie	11,099	2,707	0,412	4,100	0,001
Zaprzeczanie	8,013	3,695	0,239	2,169	0,034
Odwracanie uwagi	7,067	3,432	0,223	2,059	0,044
Odczuwany stres	0,534	0,256	0,215	2,090	0,041

Zmienne włączone do 1 bloku: aktywne radzenie sobie, koncentracja na emocjach i ich wyladowanie, zaprzeczanie, odwracanie uwagi, unikanie działań. Zmienne włączone do kroku pierwszego (metoda krokowa): koncentracja na emocjach i ich wyladowanie. Krok 1: $F(1, 60) = 15,895$; $p < 0,001$, skorygowane $R^2 = 0,196$. Zmienna włączona w kroku drugim: zaprzeczanie. Krok 2: $F(2, 59) = 15,839$; $p < 0,001$, skorygowane $R^2 = 0,327$, zmiana $R^2 = 0,140$. Zmienna włączona w kroku 3: odwracanie uwagi. Krok 3: $F(3, 58) = 12,609$; $p < 0,001$, skorygowane $R^2 = 0,363$, zmiana $R^2 = 0,045$.

Zmienna włączona do drugiego bloku: odczuwany stres. Zmienna włączona w kroku 4: odczuwany stres. Krok 4: $F(4, 58) = 11,098$; $p < 0,001$, skorygowane $R^2 = 0,398$, zmiana $R^2 = 0,043$.

W przypadku wprowadzenia odczuwanego stresu w ramach pierwszego bloku otrzymany model jest istotny statystycznie ($F(1, 60) = 8,748$; $p < 0,01$) i wyjaśnia 11% wariacji zmiennej zależnej (skorygowane $R^2 = 0,113$).

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy ustalony model dobrze wyjaśnia relacje pomiędzy zmiennymi oraz czy odczuwany stres pełni funkcję częściowego mediatora pomiędzy strategiami (koncentracja na emocjach i ich wyladowaniu, zaprzeczanie, odwracanie uwagi) a objawami stresu pourazowego, zastosowano analizę równań strukturalnych. Uzyskano wskaźniki dopasowania, które świadczą o bardzo dobrym dopasowaniu modelu do danych: $\chi^2(4) = 1,521$, $p = 0,824$; AGFI = 0,963, CFI = 0,999, RMSEA = 0. Odczuwany stres częściowo mediuje wpływ na objawy stresu pourazowego tylko jednej strategii radzenia sobie ze stresem – zaprzeczania, która ponadto wywiera niezależny od odczuwanego stresu wpływ na nasilenie objawów stresu pourazowego. Natomiast w przypadku strategii koncentracja na emocjach i ich wyladowaniu oraz odwracanie uwagi występuje bezpośredni wpływ na nasilenie objawów stresu pourazowego bez mediującej roli odczuwanego stresu. Te strategie, warunkując nasilenie objawów stresu pourazowego, nie modyfikują w sposób istotny statystycznie poziomu doświadczanego stresu – ryc. 1.



Rycina 1. **Kompleksowy model wyjaśniający nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego**
 PTSS – nasilenie objawów stresu pourazowego, PS – odczuwany stres, FVE – koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, D – zaprzeczanie, MD – odwracanie uwagi; e_1 - e_5 – wariancja błędu

Dyskusja

Głównym celem badania było stworzenie modelu ukazującego rolę odczuwanego stresu i strategii radzenia sobie ze stresem w wyjaśnieniu intensywności objawów PTSD. Wiadomo jest, że PTSD jest poważnym i relatywnie częstym problemem wśród rodziców dzieci chorych czy rodziców przeżywających żałobę po śmierci niemowlęcia oraz że częściej dotyka matek niż ojców [6, 15, 28, 29]. Pomimo prób predykcji PTSD u rodziców borykających się z chorobą lub śmiercią dziecka i użyciem różnych konfiguracji zmiennych wyjaśniających (włączając w to dane socjodemograficzne oraz psychologiczne czynniki rodzica, stan kliniczny dziecka i czas od wystąpienia zdarzenia) dotychczasowe modele wyjaśniają nasilenie PTSD słabo lub umiarkowanie. Dla przykładu Tremolada i wsp. [20] w grupie włoskich matek, których dzieci były leczone z powodu białaczki, byli w stanie wyjaśnić od 14% do 34% wariancji nasilenia PTSD, zależnie od czasu, jaki upłynął od momentu rozpoczęcia leczenia. Krótki czas od diagnozy dziecka wiązał się z lepszym przewidywaniem nasilenia PTSD. Model opisany przez Christiansen i wsp. [15] wyjaśniający nasilenie PTSD wśród kobiet, które doświadczyły poronienia w ostatnim trymestrze ciąży bądź śmierci noworodka w trakcie porodu lub w ciągu pierwszych 12 miesięcy życia, uwzględniał następujące zmienne: czas od straty, płeć żeńską, przywiązanie unikowe, przywiązanie lękowe, radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, racjonalizacja, uczucie zawodu i niewielka satysfakcja ze wsparcia społecznego, które wyjaśniały łącznie 42% wariancji zmiennej zależnej.

Opisany przez autorów niniejszego artykułu model, zawierający trzy strategie radzenia sobie ze stresem (koncentrację na emocjach i ich wyładowaniu, zaprzeczanie, unikanie działań konkurencyjnych) oraz poziom odczuwanego stresu, objaśnia 40% wariacji nasilenia objawów PTSD. Przedstawione wyniki badań nie tylko wyjaśniają kompleksowo związek pomiędzy zmiennymi, ale także wskazują, które strategie spośród skoncentrowanych na unikaniu i na emocjach są w największym stopniu związane z omawianym zaburzeniem. Związek strategii unikowych z PTSD został wykazany w grupie matek i ojców po hospitalizacji dziecka na pediatrycznym oddziale intensywnej terapii [30], na oddziałach pediatrycznych niebędących oddziałami intensywnej terapii [17], matek wcześniaków leczonych w OITN [31] i rodziców dzieci chorych na raka [32]. Shaw i wsp. [31] w podobnej grupie matek wcześniaków przebywających w OITN wykazali, że strategie unikowe są związane z wyższym ryzykiem odroczonego wystąpienia PTSD. Także radzenie sobie poprzez koncentrację na emocjach może być związane z nasileniem PTSD. Związek ten był opisany między innymi w grupie rodziców przeżywających żałobę po śmierci niemowlęcia [15].

Przedstawione w niniejszym artykule wyniki badań pozostają w zgodzie z opisanymi wcześniej, przy czym ich zaletą jest dokładna analiza zachowań związanych z poszczególnymi strategiami radzenia sobie, często współistniejącymi z PTSD. Wśród nich należy wymienić: ciągle przeżywanie emocji, uporczywy niepokój (koncentracja na emocjach i ich wyładowanie), skupienie na pracy lub innych rozrywkach (również przedłużony sen), podejmowane, by nie myśleć o trudnościach (odwracanie uwagi), powtarzanie sobie, że to, co się zdarzyło, nie miało miejsca (zaprzeczanie). Podobnie jak w literaturze przedmiotu również w niniejszym badaniu racjonalne radzenie sobie (koncentracja na problemie) nie wydaje się mieć związku z PTSD [11, 31, 33, 34]. Jednocześnie kilka badań wykazało istotny związek między racjonalnym radzeniem sobie a występowaniem zespołu stresu pourazowego. Dla przykładu w populacji ogólnej Lozanny (Szwajcaria) ryzyko wystąpienia PTSD było istotnie związane ze strategiami skupionymi na problemie [3]. Wydaje się, iż strategie skupione na rozwiązaniu problemu mogą mieć dwojaki związek z nasileniem stresu i zdrowiem jednostki, zależnie od czasu trwania stresora i jego intensywności. W przypadku stresorów bardzo intensywnych, zagrażających jednostce, strategie skupione na problemie mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie, natomiast na przykład przy chorobie przewlekłej strategię tę przynoszą efekt pozytywny.

Wiadomo jest, że stres traumatyczny związany jest z wystąpieniem ASD i PTSD [35]. Wyniki tego badania pokazują, że aktualnie odczuwany stres koreluje z nasileniem objawów PTSD. Co więcej, odczuwany stres częściowo mediuje wpływ jednej strategii radzenia sobie ze stresem (zaprzeczania) na PTSD. Związek między PTSD a zaprzeczaniem jest uwzględniany w piśmiennictwie, jednakże nadal niewiele wiadomo na jego temat w grupie matek ciężko chorych dzieci [36–38]. W tym kontekście przedstawione wyniki wydają się nie tylko interesujące, ale również pionierskie.

Wydaje się, że w kolejnych badaniach dotyczących predykcji PTSD warto włączyć występowanie i intensywność ASD, a same badania przeprowadzić prospektywnie. Wyniki sugerują bowiem [6, 29], że u rodziców w niedługim czasie po zdiagnozowaniu nowotworu u dzieci (6–8 tyg.) ważnym czynnikiem ryzyka wystąpienia PTSD

były wcześniejsze objawy ASD. Podobna korelacja była także potwierdzona u matek wcześniaków [39]. Inny czynnik, który może być brany pod uwagę w przewidywaniu zaburzenia to intensywność PTSD u partnera matki. Badania wykazują, że objawy stresu pourazowego były istotnie powiązane u par po porodzie [13]. W grupie par, u których ciąża była powikłana stanem przedrzucawkowym lub przedwczesnym pęknięciem błon płodowych, korelacja w obrębie pary była niska i nieznacząca w okresie ciąży, ale silna w okresie porodu [9].

Wykorzystanie takich strategii radzenia sobie ze stresem, jak koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie i odwracanie uwagi oraz poziom odczuwanego stresu, jest potencjalnie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka silnie związanym z PTSD. Planowanie, realizacja i ocena skuteczności interwencji dotyczących dysfunkcyjnych strategii i odczuwanego stresu są zalecane dla matek z zespołem stresu pourazowego po hospitalizacji niemowląt na oddziale intensywnej terapii noworodków.

Niektórymi ograniczeniami niniejszego badania są: relatywnie niewielka grupa badana, niewielki odsetek matek, które zgodziły się wziąć udział w badaniu i heterogeniczność próby w kategoriach czasu, jaki upłynął od wystąpienia traumy (urodzenie chorego dziecka lub zachorowanie dziecka tuż po porodzie). Wydaje się, że istotnym problemem dla respondentek była konieczność podpisania imieniem i nazwiskiem formularza świadomej zgody, co jest obecnie wymogiem komisji bioetycznej. Innym wytłumaczeniem może być fakt, iż badanie było prowadzone grupie, w której ryzyko PTSD jest istotnie wyższe niż w populacji ogólnej, a jednym z jego dominujących objawów jest unikanie bodźców związanych z traumą. Kwestionariusz nawiązujący do hospitalizacji dziecka na oddziale intensywnej terapii i zawierający pytania o stan dziecka po porodzie można z pewnością zaliczyć do bodźców wywołujących wspomnienia, o czym zresztą respondentki pisały po jego wypełnieniu. Inne ograniczenia są związane z faktem, że ocena objawów PTSD, odczuwanego stresu, jak również podejmowanych strategii radzenia sobie bazowała na samoopisowych kwestionariuszach, a nie na badaniu klinicznym. Ponadto grupa badana reprezentowała tylko jeden ośrodek i była homogeniczna pod kątem rasy i narodowości. Sugerowane są dalsze, wielośrodkowe badania, które będą podstawą do stworzenia zaleceń systemowych.

Wnioski

1. Nasilenie objawów stresu pourazowego w badanej grupie jest wyjaśniane przez trzy strategie radzenia sobie: koncentrację na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie i odwracanie uwagi, oraz przez poziom odczuwanego stresu.
2. Odczuwany stres częściowo mediuje związek jednej strategii radzenia sobie ze stresem, zaprzeczenia, z nasileniem stresu pourazowego.
3. Strategie takie jak koncentracja na emocjach i ich wyładowanie oraz odwracanie uwagi bezpośrednio wpływają na nasilenie stresu pourazowego, bez mediującej roli odczuwanego stresu.
4. Konieczna jest ocena efektywności różnych metod wspierania rodziców w celu złagodzenia dystresu i lepszego radzenia sobie z koniecznością intensywnej terapii dziecka.

Finansowanie: Zadanie finansowane ze środków na rozwój młodych naukowców i doktorantów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, nr MN mb 630.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Luz MP, Coutinho ES, Berger W, Mendlowicz MV, Vilete LM, Mello MF i wsp. *Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population*. J. Psychiatr. Res. 2016; 72: 51–57. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.10.011.
3. Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P i wsp. *Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014; 49(3): 447–457.
4. White J, Pearce J, Morrison S, Dunstan F, Bisson J, Fone DL. *Risk of post-traumatic stress disorder following traumatic events in a community sample*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2015; 24(3): 249–257. Doi: 10.1017/S2045796014000110.
5. Beck CT, Gabl RK, Sakala C, Declercq ER. *Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey*. Birth. 2011; 38(3): 216–227. Doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x.
6. O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. *Predicting post-traumatic stress disorder after childbirth*. Midwifery 2014; 30(8): 935–941. Doi: 10.1016/j.midw.2014.03.011.
7. Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. *Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion*. Isr. Med. Assoc. J. 2012; 14(6): 128–134.
8. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H, Mahmoodi Z, Sajjadi H. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Childbirth: Prevalence and Contributing Factors*. Iran. Red. Crescent. Med. J. 2013; 15(3): 177–182. Doi: 10.5812/ircmj.2312.
9. Stramrood CA, Doornbos B, Wessel I, van Geenen M, Aarnoudse JG, van den Berg PP i wsp. *Fathers with PTSD and depression in pregnancies complicated by preterm preeclampsia or PPRM*. Arch. Gynecol. Obstet. 2013; 287(4): 653–661. Doi: 10.1007/s00404-012-2611-0.
10. Franck LS, Wray J, Gay C, Dearnun AK, Lee K, Cooper BA. *Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: a prospective cohort study*. Int. J. Nurs. Stud. 2015; 52(1): 10–21. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011.
11. Shaw RJ, Lilo EA, Storfer-Isser A, Ball MB, Proud MS, Vierhaus NS i wsp. *Screening for symptoms of postpartum traumatic stress in a sample of mothers with preterm infants*. Issues. Ment. Health Nurs. 2014; 35(3):198–207. Doi: 10.3109/01612840.2013.853332.
12. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. *Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants*. J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 2003; 32(2): 161–171.
13. Iles J, Slade P, Spiby H. *Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment*. J. Anxiety. Disord. 2011; 25(4): 520–530. Doi: 10.1016/j.janxdis.2010.12.006.
14. Feeley N, Zekowitz P, Cormier C, Charbonneau L, Lacroix A, Papageorgiou A. *Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit*. Appl. Nurs. Res. 2011; 24(2): 114–117. Doi: 10.1016/j.apnr.2009.04.004.

15. Christiansen DM, Elklit A, Olf M. *Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss*. Gen. Hosp. Psychiatry 2013; 35(6): 605–611.
16. Lindahl Norberg A, Pöder U, von Essen L. *Early avoidance of disease – and treatment-related distress predicts post-traumatic stress in parents of children with cancer*. Eur. J. Oncol. Nurs. 2011; 15(1): 80–84. Doi: 10.1016/j.ejon.2010.05.009.
17. Franck LS, Wray J, Gay C, Dearmun AK, Lee K, Cooper BA. *Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: a prospective cohort study*. Int. J. Nurs. Stud. 2015; 52(1): 10–21. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011.
18. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. *Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship*. Early. Hum. Dev. 2011; 87(1): 21–26. Doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006.
19. Bosquet Enlow M, Egeland B, Carlson E, Blood E, Wright RJ. *Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder*. Dev. Psychopathol. 2014; 26(1): 41–65. Doi: 10.1017/S0954579413000515.
20. Tremolada M, Bonichini S, Aloisio D, Schiavo S, Carli M, Pillon M. *Post-traumatic stress symptoms among mothers of children with leukemia undergoing treatment: a longitudinal study*. Psychooncology 2013; 22(6): 1266–1272. Doi: 10.1002/pon.3132.
21. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń*. Psychiatria 2009; 6(1): 15–25.
22. Weiss DS, Marmar CR. *The Impact of Event Scale-Revised*. In *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook*. Nowy York: Guilford Press; 1997.
23. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. *A Global Measure of Perceived Stress*. J. Health. Soc. Behav. 1983; 24(4): 385–396.
24. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Skala odczuwanego stresu – PSS-10*. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N red. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009. s. 11–22.
25. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. J. Pers. Soc. Psychol. 1989; 56(2): 267–283.
26. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE*. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N red. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009. S. 23–43.
27. Browne MW, Cudeck R. *Alternative ways of assessing model fit*. Sociological Methods & Research. 1992; 21(2): 230–258. Doi: 10.1177/0049124192021002005.
28. Landolt MA, Vollrath M, Ribi K, Gnehm HE, Sennhauser FH. *Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients*. J. Child. Psychol. Psychiatry 2003; 44(8): 1199–1207.
29. McCarthy MC, Ashley DM, Lee KJ, Anderson VA. *Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis*. J. Trauma. Stress. 2012; 25(5): 558–566. Doi: 10.1002/jts.21745.
30. Bronner MB, Kayser AM, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. *A pilot study on peritraumatic dissociation and coping styles as risk factors for posttraumatic stress, anxiety and depression in parents after their child's unexpected admission to a Pediatric Intensive Care Unit*. Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health 2009; 3(1): 33. Doi: 10.1186/1753-2000-3-33.
31. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. *Parental coping in the neonatal intensive care unit*. J. Clin. Psychol. Med. Settings. 2013; 20(2): 135–142. Doi: 10.1007/s10880-012-9328-x.

32. Greening L, Stoppelbein L. *Brief report: pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms.* J. Pediatr. Psychol. 2007; 32(10): 1272–1277.
33. Petrincec AB, Mazanec PM, Burant CJ, Hoffer A, Daly BJ. *Coping Strategies and Posttraumatic Stress Symptoms in Post-ICU Family Decision Makers.* Crit. Care Med. 2015; 43(6): 1205–1212. Doi: 10.1097/CCM.0000000000000934.
34. Laskowska A. *Nieadaptacyjna reakcja na chorobę – radzenie sobie ze stresem, zmienne demograficzne a objawy traumy u osób chorych na nowotwory.* Psychiatria Polska 2015; 49(4): 811–819.
35. Hargrave PA, Leathem JM, Long NR. *Peritraumatic distress: its relationship to posttraumatic stress and complicated grief symptoms in sudden death survivors.* J. Trauma Stress 2012; 25(3): 344–347. Doi: 10.1002/jts.21703.
36. Cofini V, Carbonelli A, Cecilia MR, Binkin N, di Orio F. *Post traumatic stress disorder and coping in a sample of adult survivors of the Italian earthquake.* Psychiatry Res. 2015; 229(1–2): 353–358. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.06.006.
37. Lewis GC, Platts-Mills TF, Liberzon I, Bair E, Swor R, Peak D. *Incidence and predictors of acute psychological distress and dissociation after motor vehicle collision: a cross-sectional study.* J. Trauma Dissociation 2014; 15(5): 527–547. Doi: 10.1080/15299732.2014.908805.
38. Oni O, Harville EW, Xiong X, Buekens P. *Impact of coping styles on post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among pregnant women exposed to Hurricane Katrina.* Am. J. Disaster Med. 2012; 7(3): 199–209.
39. Shaw RJ, Bernard RS, Deblois T, Ikuta LM, Ginzburg K, Koopman C. *The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit.* Psychosomatics 2009; 50(2): 131–137. Doi: 10.1176/appi.psy.50.2.131.

Adres: Ilona Ewelina Rozalska
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
20-093 Lublin, ul. Witolda Chodźki 7
e-mail: ilona.rozalska@umlub.pl

Otrzymano: 8.06.2018

Zrecenzowano: 4.03.2019

Otrzymano po poprawie: 4.04.2019

Przyjęto do druku: 13.12.2019