

WZORCE RADZENIA SOBIE RODZICÓW W SYTUACJI PRZEDWCZESNYCH NARODZIN DZIECKA – BADANIA WŁASNE

Grażyna Kmita
Instytut Matki i Dziecka
Warszawa

COPING PATTERNS OF PARENTS IN A SITUATION OF PREMATURE CHILDBIRTH

Summary. Experiences of parents confronted with premature birth of their child can be regarded as psychological trauma evoking complex coping processes. The aim of the study was to describe these processes and to assess their underlying factors. The subjects were parents of 60 preterm children born between 1991 and 1999 in Warsaw and Mazovia region. Two patterns of coping of mothers during child's hospitalization were empirically discerned: coping through distance versus coping through commitment. The choice of a given coping pattern was associated with mother's attitude towards pregnancy and father's engagement.

Wprowadzenie

O ile wiele jest prac dokumentujących traumatyczne doświadczenia rodziców w sytuacji przedwczesnych narodzin dziecka (Caplan, Mason i in., 2000; Reid, 2000; Singer i in., 1999), to niewielu autorów opisuje przebieg procesów radzenia sobie rodziców po porodzie i w trakcie pobytu wcześniaka na oddziale intensywnej terapii noworodkowej. Tymczasem to, jak rodzice poradzą sobie z zaistniałą sytuacją, może mieć ogromny wpływ na ich dalsze relacje z dzieckiem (Miles, Holditch-Davis, 1995, 1997), a zwłaszcza na fizyczną i psychiczną dostępność matki dla dziecka, tak ważną z punktu widzenia dalszego rozwoju psychiki (Bowlby, 1973).

Procesy radzenia sobie definiowane są jako: „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki (*efforts*), mające na celu opanowanie (*to manage*) określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 141, cyt. za: Heszen-Niejodek, 2000). W przypadku wcześniactwa dotyczy to sfery o szczególnym znaczeniu: zdrowia i życia własnego dziecka, a także własnego poczucia tożsamości i kompetencji w roli matki lub ojca. Jedne z pierwszych badań nad procesami radzenia sobie rodziców w obliczu przedwczesnych narodzin dziecka przeprowadziła Lucile Newman w 1980 roku (Newman, 1980). Autorka przez rok prowadziła obserwację zachowania i rozmowy z rodzicami 10 dzieci urodzonych przedwcześnie, hospitalizowanych na

Adres do korespondencji: Grażyna Kmita, Zakład Zdrowia Rodziny, Instytut Matki i Dziecka, 01-211 Warszawa, Kasprzaka 17a, e-mail: gkmita@imid.med.pl

oddziale opieki specjalnej dużego amerykańskiego szpitala – regionalnego centrum perinatologii. Połowa rodziców stosowała tzw. „radzenie sobie przez zaangażowanie” (*coping through commitment*), co oznaczało, że rodzice starali się jak najwięcej czasu spędzać z dzieckiem, odwiedzali je regularnie, angażowali się w różne formy kontaktu z nim, dostosowywali swoje oczekiwania do aktualnej sytuacji i starali się bardzo uważnie obserwować dziecko, zauważając wszelkie, nawet najmniejsze zmiany w jego wyglądzie, zachowaniu czy rozwoju (Newman, 1980). Pozostali rodzice stosowali „radzenie sobie poprzez dystans” (*coping through distance*), co oznaczało, że w pierwszych trzech tygodniach życia dziecka wcale je nie odwiedzali lub robili to rzadko, na bardzo krótko, raczej telefonowali niż przychodzili na oddział. W badaniach Newman byli to najczęściej rodzice najbardziej chorych wcześniaków. Typowe dla matek stosujących ten styl radzenia było również to, że w stosunku do matek „zaangażowanych”, uważały one, że ich obecność jest mniej ważna dla dziecka. Matki stosujące radzenie sobie przez dystans często mówiły o tym, że mają poczucie, iż przeszkadzają na oddziale, nic nie mogą zrobić, by pomóc dziecku. Wielu rodziców z tej grupy wyrażało lęk przed zaangażowaniem się w relację z dzieckiem, mówiąc, że czas na wzajemne poznawanie się będzie już w domu, jak dziecko przeżyje, a na razie wizyty u niego są zbyt bolesne. Warto również zaznaczyć, że niektórzy rodzice nieodwiedzający dziecka do trzech tygodni, zaczęli regularnie przychodzić do szpitala w okresie późniejszym, na przykład 6 tygodni po porodzie. Można sądzić, że był to wolniejszy proces osvajania się z sytuacją przedwczesnych narodzin dziecka. Zdaniem Newman, radzenie sobie przez zaangażowanie opisywało bardzo intensywną, choć czasem zmienną potrzebę, by uczestniczyć w opiece nad własnym, przedwcześnie narodzonym dzieckiem, silną potrzebę kontaktu z dzieckiem, jak również różnego typu adaptacyjne strategie rodziców. Radzenie sobie przez dystans opisywało wolniejszy proces osvajania się z sytuacją, w większym stopniu opieranie się na opiece ekspertów, wyrażanie lęku i ambiwalencji (Newman, 1980). Ze względu na bardzo małą próbę badawczą pracę Newman można traktować raczej w kategoriach badań pilotażowych, eksploracyjnych, bardziej generujących hipotezy, niż je sprawdzających. Autorka używa terminu „styl radzenia sobie”, ale w zasadzie nie podaje definicji tego pojęcia. Zaletą opisanych badań jest to, że zidentyfikowane przez autorkę style radzenia sobie łatwo jest opisać w kategoriach dostępności fizycznej i psychicznej rodziców dla dziecka. Pod tym względem badania Newman zdecydowanie wyróżniają się na tle nielicznych innych badań na ten temat i wzbogacają tradycyjne spojrzenie na zagadnienia stresu i radzenia sobie, uwzględniając wybrane aspekty relacji rodzice – dziecko. Jest to szczególnie ważne w przypadku sytuacji stresowych, takich jak przedwczesne narodziny dziecka, gdzie zarówno sama trauma, jak i radzenie sobie z jej skutkami stają się częścią procesu rozwoju własnej tożsamości rodzica jako matki lub ojca oraz częścią procesu kształtowania się wzajemnych relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem.

W tej pracy przyjęłam definicję procesów radzenia sobie R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984) oraz założyłam, że analiza procesów radzenia pozwala na wyodrębnienie pewnych charakterystycznych dla danego rodzica na danym etapie **wzorców radzenia sobie**. Pojęcie to wprowadziłam dla podkreślenia, że nie chodzi tu o pojedynczą strategię czy też o charakterystyczny dla danej osoby styl radzenia sobie, ale o powtarzające się, dające się zaobserwować w interakcjach rodziców z dzieckiem oraz w ich wypowiedziach (narracjach związanych z przedwczesnymi narodzinami dziecka) kategorie działań, zachowań i myśli, mających na celu zniwelowanie skutków traumy przedwczesnych narodzin dziecka. A zatem, **wzorec to powtarzające się używanie pewnych strategii. Nie jest on równoważny ze stylem radzenia sobie, który**

rozumiany jest jako repertuar strategii charakterystyczny dla danej osoby w różnych sytuacjach. Zdecydowałam się na użycie pojęcia **wzorzec radzenia sobie** przez analogię do wzorców interakcji czy wzorców zachowania w danej sytuacji. Dzięki temu w centrum zainteresowania badawczego znalazły się obserwowalne zjawiska, bez konieczności orzekania, czy jest to charakterystyczny dla danej osoby w różnych sytuacjach styl radzenia sobie.

Powstaje pytanie pierwsze i zasadnicze, jakie wzorce radzenia sobie rodziców można wyodrębnić empirycznie i czy są one zgodne z propozycją L. Newman? Drugim ważnym pytaniem jest to, od jakich czynników zależy radzenie sobie rodziców w warunkach szpitalnych? Badań na ten temat jest niezwykle mało. Newman zwracała przede wszystkim uwagę na rolę stanu zdrowia dziecka, podkreślając, że jest on ważnym czynnikiem wpływającym na wybór radzenia sobie przez dystans lub radzenia sobie przez zaangażowanie. Klaus Minde (2000) zwraca uwagę, między innymi, na rolę wsparcia ze strony męża jako ważnego czynnika sprzyjającego podejmowaniu przez matkę pierwszych kontaktów z jej przedwcześnie narodzonym dzieckiem. M. S. Miles i D. Holditch-Davis (1997) wskazują na rolę stosunku do ciąży, wcześniejszych doświadczeń prokreacyjnych i poziomu wsparcia społecznego uzyskiwanego przez matkę oraz stanu zdrowia dziecka jako zmiennych istotnych dla przebiegu procesów radzenia sobie matek w obliczu przedwczesnych narodzin dziecka.

Trzecie pytanie wiąże się ze znaczeniem wiedzy o procesach radzenia sobie rodziców w sytuacji przedwczesnych narodzin dziecka – dla psychologów i innych członków personelu oddziału dla wcześniaków w kontekście wspierania najwcześniejszych kontaktów rodzice – dziecko? Dwa pierwsze pytania pozwoliły na sformułowanie celu badawczego tej pracy, natomiast pytanie trzecie jest pytaniem o praktyczne implikacje uzyskanych wyników i wróć do niego w dyskusji.

Cel pracy

Celem pracy było opisanie wzorców radzenia sobie stosowanych przez rodziców w czasie hospitalizacji dziecka na oddziale neonatologicznym (lub intensywnej terapii noworodków) oraz poznanie ich uwarunkowań¹. Sformułowałam następujące hipotezy badawcze:

1. Matki wcześniaków stosują przynajmniej dwa wzorce radzenia sobie: radzenie sobie przez zaangażowanie i radzenie sobie przez dystans.
2. Wzorce te stosowane są z podobną częstością w obu badanych grupach (patrz: metoda).
3. Istnieje związek pomiędzy stosowaniem określonego wzorca radzenia (zmienna zależna) sobie a następującymi zmiennymi niezależnymi:
 - stosunek matki do ciąży,
 - zaangażowanie ojca dziecka,
 - powikłania medyczne,
 - stan zdrowia dziecka.

¹ Badanie stanowiło część większego projektu badawczego, realizowanego przez autorkę w ramach grantu promotorskiego Komitetu Badań Naukowych, pod kierunkiem profesor Małgorzaty Kościelskiej, pt.: *Trauma przedwczesnych narodzin: procesy radzenia sobie rodziców a rozwój dziecka* (grant nr 4 P05E 114 19).

Metoda

Badaniami objęłam rodziców 60 dzieci urodzonych przed 37 tygodniem ciąży, hospitalizowanych po porodzie w klinikach Instytutu Matki i Dziecka: w Oddziale Opieki Specjalnej lub Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka przynajmniej przez 10 dni (średnio – $64,2 \pm 34,3$, mediana – 61 dni, maksymalnie – 154 dni). Osoby badane pochodziły z terenu Warszawy i Mazowsza. Do badań włączyłam tylko te rodziny, które wyraziły zgodę na udział w badaniach. Grupa I składała się z rodziców 30 dzieci urodzonych w latach 1996–1999 i uczestniczyła w badaniach prospektywnych, natomiast grupa II uczestniczyła w badaniach retrospektywnych i składała się z rodziców 30 dzieci urodzonych w latach 1991–1995. Grupy były porównywalne, jeśli chodzi o takie zmienne, jak: masa urodzeniowa i wiek płodowy dziecka, długość hospitalizacji po porodzie, ciężar medycznych powikłań wcześniactwa², wykształcenie matek, sytuacja ekonomiczna rodziny oraz wcześniejsze doświadczenie straty dziecka (Kmita, 2003b).

Materiał badawczy stanowiły protokoły z rozmów klinicznych z rodzicami oraz z obserwacji ich zachowania w interakcjach z dzieckiem. Rodzicom z **grupy I** towarzyszyłam bezpośrednio po porodzie, w trakcie wizyt u dziecka w Klinice Neonatologii lub w Klinice Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka IMiD. Rodzice z **grupy II** zapraszani byli do poradni IMiD, gdy ich dziecko miało już kilka lat. Ze względu na szczególną sytuację rodziców z grupy I, w rozmowach z nimi uznałam za najbardziej wskazane wykorzystanie niedyrektywnego kontaktu klinicznego (Zalewska, 1998). Moim celem było poznanie doświadczeń rodziców z ich własnej perspektywy. Interesowało mnie, jak opisują oni swoje doświadczenia związane z przedwczesnymi narodzinami dziecka, jaka jest tematyka narracji konstruowanych przez nich w kolejnych rozmowach, jakie ujawniają emocje, jak próbują sobie radzić, co sądzą na temat pomocy dziecku, jaka jest dynamika ich przeżyć (Kmita, 2003b). Rozmowy z rodzicami z II grupy miały charakter częściowo ustrukturyzowany; obejmowały takie obszary tematyczne, jak: kontekst zajścia w ciążę, doświadczenia związane z porodem, pierwsze kontakty z dzieckiem, źródła wsparcia, doświadczenia związane z pobytem dziecka w szpitalu, radzenie sobie z zaistniałą sytuacją.

Dane z rozmów klinicznych oraz obserwacji zachowania rodziców z I grupy badawczej w trakcie hospitalizacji dziecka po porodzie posłużyły do wyodrębnienia bezpośrednich wzorców radzenia sobie z traumą przedwczesnych narodzin dziecka. Analizę prowadziłam zgodnie z fenomenologiczno-poznawczą teorią stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkmana. Teoria ta już wcześniej była wykorzystywana w próbach opisywania i wyjaśniania procesów radzenia sobie rodziców z problemami rozwojowymi ich dzieci i, zdaniem B. A. Beresford (1994), stanowi dobrą płaszczyznę odniesienia dla tego typu analiz. Podstawą wyodrębnienia bezpośrednich wzorców radzenia sobie w okresie hospitalizacji dziecka była analiza tematyczna przeprowadzonych z rodzicami rozmów oraz analiza wzorców zachowania rodziców względem dziecka, a zwłaszcza tego, na ile byli dla niego dostępni, kiedy włączyli się w opiekę nad nim oraz jakie podejmowali formy kontaktu. Te same informacje uzyskałam również dla grupy II, retrospektywnie, w trakcie wywiadów przeprowadzanych z rodzicami. Zastosowane przeze mnie metody zbierania i analizy materiału badawczego są zgodne z poglądami Miles i Holditch-Davis (1995, 1997). Metodą podstawową była tu **analiza historii (narracji)** konstruowanych przez matki w trakcie kolejnych

² Wszystkie zmienne medyczne były analizowane i kodowane przeze mnie wspólnie z lekarzem neonatologiem i z neurologiem dziecięcym.

rozmów, zarówno w sensie treści, jak i sposobu, w jaki matki opowiadały o swoich doświadczeniach, jakie przy tym ujawniały emocje, jakim problemom poświęcały najwięcej czasu na danym etapie radzenia sobie itd.

Uznałam za niewłaściwe rejestrowanie zebranego materiału przy pomocy kamery lub magnetofonu. Taki sposób rejestracji rozmów byłby zbyt obciążający dla rodziców, zwłaszcza z grupy I. Z tego również powodu rozmowy były zapisywane zaraz po ich zakończeniu, a nie w trakcie. Uznałam, że tylko uważne słuchanie rodziców, danie im odpowiednio długiego czasu na wypowiedzenie się pozwoli na rzeczywiste poznanie ich przeżyć i doświadczeń.

W analizie jakościowej materiału klinicznego za punkt odniesienia przyjąłam koncepcję Newman (1980). Zgodnie z zaleceniami, B. A. Beresford (1994), analizowałam również **komplementarność versus symetryczność wzorców radzenia sobie matki i ojca**. Jako relację komplementarną uznałam stosowanie przez rodziców wzorców uzupełniających się, a jako relację symetryczną – stosowanie wzorców identycznych w tym samym czasie. Do analiz statystycznych wykorzystywałam pakiet STATISTICA PL.

Wyniki i ich omówienie

Doświadczenia rodziców związane z przedwczesnymi narodzinami dziecka opisuję w innych pracach (Kmita, 2003a, 2003b, 2004). W tej części analiz szczególnie skupiłam się na wzorcach radzenia sobie matek w trakcie hospitalizacji dziecka. Wzorce te nazywać będę „bezpośrednimi wzorcami radzenia”. Analiza treści rozmów z rodzicami oraz ich sposobów zachowania się w interakcjach z dzieckiem pozwoliła na **wyodrębnienie następujących bezpośrednich wzorców radzenia sobie matek, charakterystycznych szczególnie dla początków hospitalizacji dziecka** (pierwsze dwa, trzy tygodnie):

Zaangażowanie w kontakt z dzieckiem. Matka radzi sobie z doświadczeniem wcześniactwa w ten sposób, że angażuje się w kontakt z dzieckiem. Dość szybko oswaja się z trudną sytuacją, stara się cały swój czas spędzać z dzieckiem, nawet, jeśli nie może jeszcze wziąć na ręce i przytulić, to przynajmniej jest przy nim, czuwa, mówi do niego, głaszcze, ściąga dla niego pokarm (aspekt behawioralny). W rozmowach z psychologiem najczęstszym (choć nie jedynym) tematem inicjowanym przez matkę jest dziecko i to, co się z nim dzieje, przy czym dotyczy to zarówno poziomu treści, jak i emocji ujawnianych w trakcie rozmowy (aspekt poznawczy i emocjonalny).

Ilustracja kliniczna: fragment podsumowania protokołów ze spotkań z panią P., mamą Klary (1770g, 34 Hbd) (grupa 1): *Pani P. kilka lat wcześniej straciła rocznego synka. Oboje z mężem czuli, że są gotowi na kolejne dziecko. Starsza córka miała już 12 lat i mieli poczucie, że poradziła już sobie ze stratą synka. Pani P. bardzo pragnęła, żeby urodziła się dziewczynka, bojąc się, że w przypadku chłopca wszystko mogłoby się powtórzyć. Ze względu na odpływanie wód płodowych trzy tygodnie przed porodem pani P. trafiła na oddział patologii ciąży IMiDz. Klara urodziła się w 34 Hbd z masą urodzeniową 1770g. Dziewczynka była hospitalizowana w Klinice Neonatologii IMiDz, a pani P. w Klinice Położniczej w tym samym budynku. Pani P. bardzo ucieszyła się, że to dziewczynka, bo są „silniejsze”. Córka była, jej zdaniem, śliczna. Pani P. całymi dniami siedziała przy inkubatorze, patrzyła na Klarę, ściągała dla niej pokarm, śpiewała jej, mówiła do niej. W rozmowach z psychologiem*

uwidoczniła się koncentracja na dziecku. Pani P. bardzo wierzyła, że jej obecność jest dla Klary bardzo ważna, że Klara to czuje, opowiadała psychologowi o wielu przykładach reakcji dziewczynki na jej obecność. Do końca pobytu dziewczynki w szpitalu (35 dni) Pani P. przebywała wspólnie z córką – pomimo sugestii personelu, by dojeżdżała do dziecka z domu – poprosiła ordynatora, by nie wypisywał jej z oddziału i uzyskała na to zgodę.

Kontakt przez pośrednika. Ojciec czy inna bliska osoba pośredniczy początkowo pomiędzy matką a dzieckiem, można powiedzieć, że w pewnym sensie toruje drogę: sprawdza, czy wszystko w porządku, towarzyszy matce, czuwa przy dziecku, rozmawia z lekarzami, dzwoni, zanim mama pojawi się u dziecka itd. Matka deleguje inną osobę jako *pośrednika* pomiędzy nią a dzieckiem, czy może nawet bardziej pomiędzy nią a oddziałem szpitalnym, w którym przebywa dziecko. Najczęściej w badanej grupie takim pośrednikiem był mąż. Taki wzorzec wynikał często albo z braku możliwości odwiedzania dziecka przez matkę (np. była hospitalizowana w innym szpitalu, miała kłopoty zdrowotne), albo też wynikał z wcześniejszych doświadczeń rodziców lub bardzo złych początkowych prognoz, co do szans na przeżycie dziecka. Przykładem matki stosującej taki właśnie wzorzec może być pani K. – mama Joasi (900g, 28 Hbd). Oto fragment protokołu z rozmowy przeprowadzonej z panią K. w szpitalu, w 12 dni po porodzie (rozmowa protokołowana po jej zakończeniu) (grupa 1): *Pani K. dopiero dwa dni temu wyszła ze szpitala. Po porodzie widziała córeczkę jak przez mgłę. Z informacji męża, Joasia była już w lepszym stanie. W poniedziałek, gdy z mężem weszli do Joasi (mama po raz pierwszy), „ona wyglądała strasznie”. Pani K. nie była na to zupełnie przygotowana, myślała, że stan dziecka jest lepszy. Nawet dla męża wygląd dziecka był szokiem. Okazało się, że jest nowe powikłanie – infekcja. Opowiada, że na wiosnę 1997 zmarło im dziecko – Maciuś, też wcześniak, tylko że z 26 tygodnia ciąży i ważył 700g. Też było zatrucie ciążowe. Bardzo to przeżyli z mężem (gdy to mówi, głos jej się załamuje). Po dłuższej chwili – mówi, że nie brała pod uwagę, że sytuacja może się powtórzyć. Bardzo boi się, czy córka przeżyje.*

To pan K. jako pierwszy odwiedzał Joasię, to on przekazywał wszelkie informacje o córeczce żonie, a później przygotowywał każde odwiedziny żony w szpitalu, wcześniej dzwoniąc i upewniając się, że dziewczynka żyje.

Radzenie sobie poprzez dystans. Początkowo matka ma znaczne trudności z odnalezieniem się w nowej sytuacji, przychodzi na oddział na bardzo krótko, bardziej, żeby sprawdzić, że dziecko sobie radzi, niż żeby nawiązać z nim kontakt. Często próbuje unikać nadmiaru informacji o powikłaniach dziecka. Dopiero po dłuższym czasie (kilka tygodni), stopniowo oswaja się i zaczyna angażować się w kontakt z dzieckiem. Często dopiero wtedy, kiedy stan dziecka stabilizuje się, matka zaczyna częściej przychodzić i spędza z dzieckiem więcej czasu. W rozmowach z psychologiem u takich matek ujawniał się lęk przed zaangażowaniem się w relację z dzieckiem, poczucie bezradności, poczucie, że tylko pielęgniarki i lekarze potrafią zająć się dzieckiem w odpowiedni sposób, lęk, że matka może zaszkodzić dziecku, np. zarazić je czymś itd. Praktycznie w badanej grupie nie było matek, które stosowałyby tę strategię w formie skrajnej, co wynikało z doboru grupy (wyłączono matki, które wcale nie odwiedzały dziecka lub robiły to sporadycznie).

Ilustracja kliniczna: fragmenty protokołów z dwóch spotkań z rodzicami Rysia (560 g, 28 Hbd) (grupa 1): *Rysio ma już prawie miesiąc. Wciąż jest w sali intensywnej terapii. Psycholog stoi wspólnie z rodzicami przy inkubatorze Rysia. Rodzice stoją. Na propozycję, by przynieść krzesła mówią, że już wkrótce wychodzą. Mówią, że nie chcą Rysiowi zaszkodzić.*

Przychodzą codziennie, zawsze razem, na 10–15 minut. Bardzo się cieszą, bo „synek jest dziś na własnym oddechu”. Ojca bardzo martwi, że „dziecko nie przybywa na wadze.” ... kilka dni później: Rysio nie jest już w sali intensywnej terapii. Sam oddycha. Jest bardzo niespokojny, rączką chwytając za umieszczoną w nosie sondę. Rodzice nie wiedzą, co robić. Pani K. próbuje zabrać rękę Rysia, by nie wyrwał sondy. Pan K. cały czas tylko komentuje sytuację, na co Pani K. proponuje, by to on wreszcie odważył się dotknąć syna. Nie są pewni jak długo drzwiczki od inkubatora mogą być otwarte. Pielęgniarka upewnia ich, że 10 minut z pewnością Rysiovi nie zaszkodzi. Pani K. wyjmując ręce z inkubatora i zamyka drzwiczki. Po wyjściu z sali rodzice opowiadają psychologowi, że bardzo się boją, bo już stracili jedno dziecko, też wcześniaka, dziewczynkę. To było ponad rok temu, żyła tylko 2 dni. Mówi pan K., robi przerwy, patrzy na żonę, bierze ją za rękę. Widać, że nie jest mu łatwo o tym mówić.

W grupie II wzorce te wyodrębniłam na podstawie danych retrospektywnych. Częstość stosowania trzech wymienionych wzorców radzenia sobie w obu badanych grupach przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczba matek stosujących trzy bezpośrednie wzorce radzenia sobie w grupie I i grupie II (w nawiasach podano wartości procentowe przyjmując za 100% sumę z wiersza)

Badana grupa	Wzorce radzenia sobie matek			
	Radzenie przez zaangażowanie	Radzenie przez pośrednika	Radzenie przez dystans	Razem
Grupa I	11 (36,67%)	11 (36,67%)	8 (26,66%)	30
Grupa II	9 (30,00%)	8 (26,67%)	13 (43,33%)	30
Razem	20	19	21	60

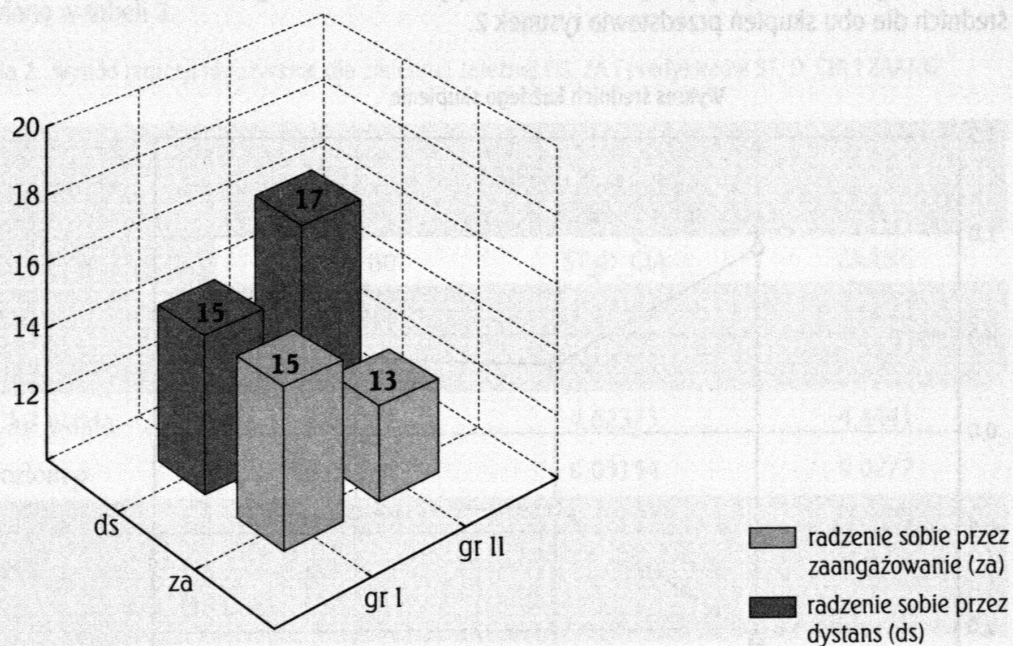
$$p = 0,39374$$

Jak widać, nie można odrzucić hipotezy o braku związku pomiędzy zmiennymi „grupa” i „wzorzec radzenia sobie”.

Ze względu na to, że wzorzec radzenia sobie polegający na wydelegowaniu pośrednika do kontaktu z dzieckiem obserwowałam najczęściej bezpośrednio po porodzie, a później matki – nawet nadal wykorzystując częściowo pośrednika (np. do kontaktów z lekarzami) – zaczynały stosować jeden z dwóch pozostałych wzorców, podjęłam również próbę przeanalizowania bezpośrednich wzorców radzenia sobie z perspektywy całego czasu pobytu dziecka w szpitalu, i dostępności matki dla dziecka. Najbardziej trafny okazał się zaproponowany przez L. Newman podział na radzenie sobie przez zaangażowanie oraz radzenie sobie przez dystans. Ten podział wykorzystałam w dalszych analizach, gdyż – jak już wspomniałam – może on mieć największe znaczenie z punktu widzenia emocjonalnej dostępności matki oraz jakości wczesnych interakcji matka – dziecko, a te zmienne mogą mieć z kolei, zdaniem wielu autorów, fundamentalne znaczenie z punktu widzenia rozwoju dziecka. Uznałam, że matka z perspektywy całości pobytu dziecka w szpitalu stosuje „radzenie przez zaangażowanie”, jeśli wcześniej opisane zachowania typowe dla tego wzorca pojawią się w ciągu pierwszych 2 tygodni po porodzie, ale nie później niż w trzecim tygodniu, natomiast przeważa radzenie sobie przez dystans, jeśli zachowania typowe dla zaangażowania pojawiały się w 4 tygodniu życia dziecka i później. Uznałam również, że okres około 2–3 tygodni jest najczęściej wystarczający, aby matka odzyskała siły w przypadku

porodu zabiegowego i fizycznie mogła spędzać więcej czasu z dzieckiem. Oba wzorce stosowane były w obu grupach z podobną częstością (rysunek 1). Z tego względu, jak również z uwagi na fakt, że grupy były porównywalne pod względem innych ważnych zmiennych (patrz metoda), do dalszych analiz połączyłam je, traktując jako próbę pochodzącą z jednej populacji rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie w latach 90., na terenie Warszawy i Mazowsza.

Częstość stosowania dwóch bezpośrednich wzorców radzenia sobie
Liczebności obserwowane dla obu badanych grup

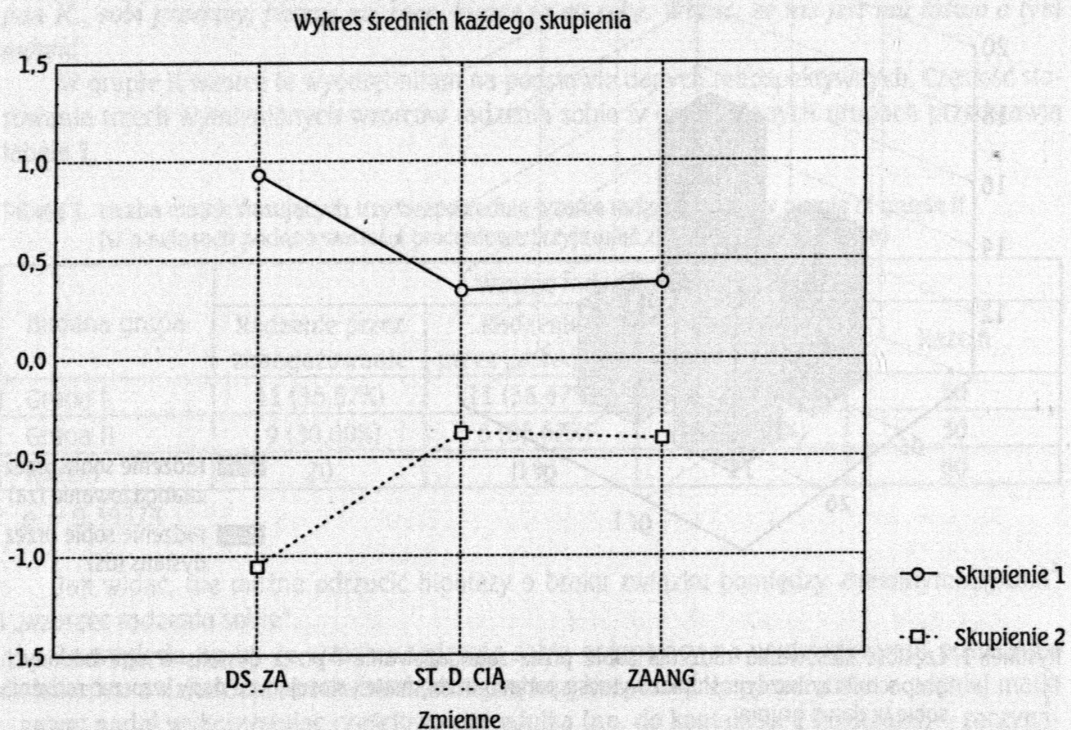


Rysunek 1. Częstość stosowania radzenia sobie przez zaangażowanie i przez dystans w obu badanych grupach. Przy każdym słupku wykresu podano liczbę matek stosujących dany wzorec radzenia sobie w danej grupie

Poszukując zmiennych, które potencjalnie mogą wiązać się ze stosowaniem radzenia sobie przez dystans lub radzenia sobie przez zaangażowanie, przeprowadziłam na wstępie analizę skupień metodą k-średnich dla obu grup łącznie. Próbowałam wyodrębnić dwa skupienia różniące się jak najbardziej między sobą na wymiarze „zaangażowanie” – „dystans”, i odrzucając kolejne zmienne³, tak aby ta odległość była możliwie największa. Sądząc po wielkości wartości F i poziomach istotności, głównymi kryteriami przyporządkowania „przypadków” (w sensie

³ Uwzględniłam następujące zmienne: typ porodu (siłami natury – przez cesarskie cięcie), przebieg ciąży (fizjologiczny – powikłany), wskaźnik powikłań medycznych (2 kategorie: niewielkie ryzyko medyczne – znaczne ryzyko medyczne), strata dziecka w okresie pre- lub perinatalnym (tak – nie), posiadanie dzieci (tak – nie), sytuacja ekonomiczna rodziny, miejsce zamieszkania (Warszawa – poza Warszawą), stosunek do ciąży (ciąża planowana, chciana lub stanowiąca szczególną wartość vs. nieplanowana, niechciana, nieakceptowana), zaangażowanie ojca (znaczne vs. brak/male).

statystycznym) do dwóch skupień są następujące zmienne: „bezpośredni wzorzec radzenia sobie” (co założyłam), „stosunek do ciąży” i „zaangażowanie ojca”. Natomiast nie stanowią takiego kryterium inne analizowane zmienne niezależne, w tym również zmienne związane z ryzykiem medycznym (długość pobytu dziecka w szpitalu, wskaźnik ryzyka medycznego, masa urodzeniowa). W skupieniu 1, dla którego charakterystyczne było radzenie sobie przez dystans znalazły się matki o bardziej negatywnym stosunku do ciąży i mniejszym zaangażowaniu partnera. Dla matek, które zostały włączone do skupienia 2, charakterystyczne było radzenie sobie przez zaangażowanie, pozytywny stosunek do ciąży i większe zaangażowanie partnera. Wykres średnich dla obu skupień przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Wyniki analizy skupień: wykres średnich dla każdego skupienia. Zmienne: „bezpośredni wzorzec radzenia sobie” (DS_ZA), „stosunek do ciąży” (ST_D_CIA) i „zaangażowanie ojca”(ZAANG)

Podobne wyniki otrzymałam również sprawdzając istotność związku pomiędzy stosowaniem dwóch opisanych, bezpośrednich wzorców radzenia sobie a analizowanymi zmiennymi niezależnymi (por. rysunek 1). Jedyne istotne statystycznie zależności uzyskałam dla zmiennych „stosunek do ciąży” (ST_D_CIA) ($p=0,012$) oraz „zaangażowanie ojca”(ZAANG) ($p=0,008$). Następnie zastosowałam metodę regresji logistycznej w celu dokładniejszego zbadania wpływu tych dwóch zmiennych na dychotomiczną zmienną zależną „bezpośredni wzorzec radzenia” (DS_ZA). Okazało się, że najlepszym modelem objaśniającym zmienną zależną jest model uwzględniający obie zmienne: ST_D_CIA oraz ZAANG ($Chi^2(2)=15,677$, $p=0,0004$). Włączenie

do modelu uwzględniającego jedynie zmienną ST_D_CIA zmienną ZAANG istotnie poprawia dopasowanie modelu do danych empirycznych ($p=0,0064$). A zatem stosunek do ciąży oraz zaangażowanie ojca są dobrymi predyktorami wyboru bezpośrednich wzorców radzenia sobie przez matkę (ST_D_CIA: Chi^2 Walda=4,599, $p=0,032$, ZAANG: Chi^2 Walda=4,844, $p=0,028$). Negatywny stosunek do ciąży zwiększał ponadczterokrotnie, a brak zaangażowania ojca – nawet jedenastokrotnie szanse na zastosowanie wzorca polegającego na radzeniu sobie przez dystans.

Wyniki regresji logistycznej dla modelu uwzględniającego dwie omawiane zmienne przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki regresji logistycznej dla zmiennej zależnej DS_ZA i predyktorów ST_D_CIA i ZAANG

	Model: regresja logistyczna Zmienna zależna: DS_ZA $Chi^2(2)= 15,677$ $p=0,0004$		
	Stała B0	ST_D_CIA	ZAANG
Ocena	-2,16286	1,47852	2,4422
Błąd standardowy	0,91257	0,68759	1,1096
Chi^2 Walda	5,61722	4,62373	4,8441
Poziom p	0,01779	0,03154	0,0277
Iloraz szans	0,11500	4,38643	11,4987
-95% CL	0,01848	1,10640	1,2453
+95% CL	0,71551	17,39050	106,1766

Interesujące było również to, czy wzorzec radzenia sobie ojca był komplementarny czy symetryczny w stosunku do wzorca stosowanego przez matkę. Okazało się, że aż w przypadku 32 ojców (po 16 w grupie I i grupie II) był to wzorzec symetryczny, co oznaczało, że rodzice stosowali taki sam wzorzec radzenia sobie. W przypadku 17 ojców (9 z grupy I i 8 z grupy II) był to wzorzec komplementarny, a zatem ojcowie i matki stosowali różne wzorce radzenia sobie. W 11 przypadkach (5 – grupa I, 6 – grupa II) ojcowie przez pewien czas stosowali wzorzec komplementarny, a następnie symetryczny w stosunku do wzorca radzenia sobie matki. Byli to w szczególności ojcowie, którzy podjęli się roli pośrednika pomiędzy żoną a dzieckiem. W dalszych badaniach interesujące byłoby zbadanie, jakie znaczenie ma fakt stosowania przez obojga rodziców wzorca polegającego na zaangażowaniu, a jakie – radzenia sobie przez dystans. Można również przypuszczać, że szczególnie trudną dla matki sytuację może stanowić komplementarność wzorców radzenia sobie wtedy, gdy to ona jest osobą „zaangażowaną”.

Poza głównym zastosowanym tu podziałem, zauważyłam również, że rodzice stosowali różne mechanizmy obronne i strategie radzenia sobie wykraczające poza zaproponowaną tutaj, dość uproszczoną kategoryzację. Wielu rodziców odwoływało się do swej wiary w Boga, modlili się za dziecko, prowadzili swoiste negocjacje z Panem Bogiem (np. obiecywali, że jak wszystko

dobrze się skończy, to pójdą z pielgrzymką do Częstochowy itd.), dbali o to, by dziecko zostało ochrzczone. Tylko w jednym przypadku, propozycja ze strony księdza, by ochrzcić dziecko została przyjęta jako niedelikatność, i to nie z powodu braku wiary, ale dlatego, że zostało to zaproponowane mamie w sposób, który odebrała jako informację o braku szans na przeżycie jej dziecka. Rodzice stosowali również myślenie magiczne, np. wybierali dziecku imię, które jest „silne” i je ochroni. Zdarzało się, że rodzice stosowali mechanizm projekcji wrogości, co było szczególnie trudne dla personelu. U wielu rodziców, zwłaszcza bardziej chorych dzieci można było zaobserwować fazy radzenia sobie opisane przez Dee Beresford (1998) na podstawie jej badań nad radzeniem sobie rodziców dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną: fazę kryzysu, gdy stan dziecka był bardzo ciężki, a informacje złe, fazę przejściową, gdy pojawiała się szansa na to, że dziecko przeżyje oraz fazę przystosowania się, gdy rodzice oswoili się już z sytuacją i oddziałem, a dziecko zaczynało dawać im coraz więcej nadziei.

Dyskusja

Wyodrębnione tu dwa wzorce radzenia sobie są zgodne z wynikami prac Lucile Newman (1980). Odmienne jednak niż w pracy tej autorki, wyniki moich badań nie wskazują na związek pomiędzy bezpośrednimi wzorcami radzenia sobie a zmiennymi związanymi z ryzykiem medycznym. Warto jednak pamiętać, że poglądy Newman oparte były na obserwacjach jedynie dziesięciu par rodziców. Okazało się natomiast, że matki, które miały pozytywny stosunek do ciąży oraz duże wsparcie ze strony męża częściej stosowały radzenie sobie przez zaangażowanie niż radzenie sobie przez dystans w porównaniu z matkami o negatywnym stosunku do ciąży, które w niewielkim stopniu mogły liczyć na zaangażowanie ojca dziecka. Prawdopodobnie, w obliczu przedwczesnego porodu negatywny stosunek do ciąży wiązał się z większym poczuciem winy u matki, pogłębiając reakcje żaloby i utrudniając zaangażowanie się w kontakt z dzieckiem. Również brak lub zbyt małe zaangażowanie partnera mogło być przez wiele matek odbierane jako jeszcze jedno źródło traumy. Bardzo interesujące są wyniki dotyczące roli ojca jako pośrednika pomiędzy matką i chorym noworodkiem. Wzięcie na siebie przez ojca takiej roli mogło w wielu przypadkach ułatwiać matce oswojenie się z sytuacją. Powstaje pytanie, jak wspierać ojców w tym tak trudnym – jak zauważają M. Sjezer i C. Barbier (2000) – zadaniu i jak pomóc matkom, które tego typu pomocy męża nie doświadczają?

W dalszych badaniach warto byłoby sprawdzić hipotezę, którą stawiam tutaj na podstawie moich obserwacji klinicznych, że to na ile matka poradziła sobie z własnymi emocjami związanymi z traumą przedwczesnych narodzin dziecka oraz to, jak w danym momencie spostrzega siebie i swój wpływ na losy dziecka, wyznacza wybór określonego, bezpośredniego wzorca radzenia sobie. Można przypuszczać, że względne poradzenie sobie z reakcjami żaloby oraz spostrzeganie siebie jako osoby bardzo ważnej dla dziecka, osoby, której obecność na oddziale jest niezbędna dla jego prawidłowego rozwoju – będzie sprzyjać radzeniu sobie przez zaangażowanie. Natomiast duże nasilenie reakcji żaloby oraz poczucie zupełnego braku wpływu na to, co dzieje się z dzieckiem, całkowite powierzenie dziecka ekspertom, może bardziej wiązać się z radzeniem sobie przez dystans. Jednocześnie te czynniki zależą w dużej mierze od doświadczeń prokreacyjnych matek, dostępnego wsparciem ze strony osób bliskich i personelu, praktyk szpitalnych oraz wyglądu i stanu klinicznego dziecka.

Powstaje pytanie, co może oznaczać radzenie sobie przez dystans i radzenie sobie przez zaangażowanie z punktu widzenia kontaktów rodziców z dzieckiem, kontaktów z personelem oraz pracy psychologa na oddziale dla wcześniaków?

Można przypuszczać, że z punktu widzenia dostępności matki dla dziecka wzorcem bardziej korzystnym będzie radzenie sobie przez zaangażowanie. Łatwiej jest podążać za dzieckiem i dostrajać się do jego potrzeb, spędzając z nim regularnie dużo czasu, angażując się w opiekę nad nim, obserwując je w różnych sytuacjach. Chociaż należałoby tu zachować ostrożność, gdyż nie zawsze czas spędzany z dzieckiem na oddziale musi przekładać się na psychiczną dostępność matki. Skutki radzenia sobie przez dystans dla relacji z dzieckiem mogą wiązać się ze zbyt małą aktywnością matki w interakcjach z dzieckiem, kłopotami w nadawaniu znaczeń zachowaniom dziecka i w dostrojeniu się do jego stanów, a czasem wręcz przeciwnie, próbami nadrobienia straconego czasu, nadmiernym stymulowaniem i aktywizowaniem dziecka.

Jeśli chodzi o kontakty rodziców z personelem, to z moich doświadczeń klinicznych wynika, że personel często nie jest świadomy przeżyć matek radzących sobie przez dystans, takich jak poczucie winy, lęk i depresja. W skrajnych przypadkach takie matki mogą być nawet spostrzegane przez personel jako zbyt mało zainteresowane dzieckiem, niechętne do brania dziecka na ręce, wykonywania czynności pielęgnacyjnych itp. Tymczasem wynika to z przeżywanego przez nie traumy. Matka radząca sobie przez zaangażowanie może z kolei z punktu widzenia personelu sprawiać wrażenie osoby świetnie sobie radzącej, choć równie mocno przeżywa lęk o swoje dziecko, poczucie winy i również może mieć obniżony nastrój, co często „zagłusza” aktywnością związaną z dzieckiem. Jednocześnie rodzice długo przebywający na oddziale często są świadkami różnych trudnych sytuacji dotyczących nie tylko własnego dziecka, takich jak: śmierć noworodka z tej samej sali, ratowanie życia, nieprzyjemne procedury medyczne itp.

Konflikty z personelem wiążą się najczęściej z ogromnym lękiem rodziców o dziecko, co personel czasem interpretuje w kategoriach braku zaufania. Pewnym niebezpieczeństwem w przypadku matek stosujących radzenie sobie przez zaangażowanie może być również to, że przez pewien czas mogą zbyt mało przestrzeni pozostawiać dla swoich własnych przeżyć i potrzeb i dopiero później, gdy dziecko jest w lepszym stanie, a one wreszcie czują, że naprawdę są matkami, pojawia się smutek. Często dzieje się tak tuż przed wypisaniem dziecka do domu. W tym kontekście interesujące są prace wskazujące na to, że u matek wcześniaków objawy depresji występują częściej niż u matek dzieci donoszonych (Drewett, Blair i in., 2004). Ten ostatni wynik jest efektem prac w ramach ogromnego projektu badawczego prowadzonego w Avon w Wielkiej Brytanii od 1991 roku i obejmującego 12 391 noworodków i ich matek (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children – ALSPAC*). Z innych analiz przeprowadzonych przez ten sam zespół badawczy wynika, że zarówno wysoki poziom lęku i stresu u matki w okresie ciąży (szczególnie w trzecim trymestrze), jak i depresja poporodowa zwiększają (niezależnie) ryzyko wystąpienia trudności emocjonalnych i problemów w zachowaniu u dziecka w wieku przedszkolnym (O'Connor, Heron i in., 2002, 2003). Jeśli chodzi o wpływ lęku matki to był on jeszcze widoczny u badanych dzieci w wieku 6 lat i 9 miesięcy. Pokazuje to, jak ważna jest odpowiednio zaplanowana interwencja psychologiczna w warunkach oddziału patologii ciąży (Kościńska, 1998) oraz oddziału dla wcześniaków (Kmita, 2004).

Na zakończenie chcę mocno podkreślić, że rolą psychologa na oddziale nie jest „dzielenie” matek na te „zaangażowane” lub te radzące sobie przez dystans. Naszym zadaniem jest nadawanie psychologicznego znaczenia zachowaniom i przeżyciom rodziców, pomoc w przepracowaniu

traumatycznych doświadczeń i w znalezieniu drogi do własnego dziecka w sposób jak najbardziej szanujący gotowość i etap procesów radzenia sobie matki lub ojca. Natomiast w relacjach z personelem niezwykle ważne jest pokazywanie, że za pewnym „wzorcem zachowania” kryje się osoba z jej szczególnym, unikalnym sposobem doświadczania siebie i świata, ze swoją historią, kontekstem kulturowym i społecznym w jakim żyje itd. Tylko w ten sposób możemy zadbać o to, by relacje, które są budulcem i kontekstem rozwoju psychiki wcześniaka w warunkach szpitalnych temu rozwojowi jak najbardziej służyły.

LITERATURA CYTOWANA

- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (1), 171–209.
- Beresford, D. (1998). Parental adaptation to a baby with bronchopulmonary dysplasia: The psychological process. *Journal of Neonatal Nursing*, 4 (3), 13–16.
- Bowlby, J. (1972). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. Harmondsworth, Middlesex, UK: Penguin Books Ltd.
- Caplan, G., Mason, E. A., Kaplan, D. M. (2000). Four studies of crisis in parents of prematures 1965 (classical article). *Community Mental Health Journal*, 36 (1), 25–45.
- Drewett, R., Blair, P., Emond A. i the ALSPAC Study Team (2004). Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 359–366.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 463–492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kmita, G. (2003a). Psychologiczna pomoc w traumie wcześniactwa. W: M. Kościelska, B. Aouil (red.) *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność niepełnosprawności* (s. 90–100). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Kmita, G. (2003b). Trauma przedwczesnych narodzin: procesy radzenia sobie rodziców a rozwój dziecka. W: J. Jakubowski, J. Wątroba (red.) *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych II* (s. 255–262). Kraków: StatSoft.
- Kmita, G. (2004). Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci urodzonych przedwcześnie i ich rodzin w warunkach oddziału intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka. W: T. Kaczmarek, G. Kmita (red.) *Wczesna interwencja. Miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka PTP* (nr 2, s. 45–64). Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Kościelska, M. (1998). *Trudne macierzyństwo*. Warszawa: WSiP.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D. (1995). Compensatory parenting: how mothers describe parenting their 3-year-old prematurely born children. *Journal of Pediatric Nursing*, 10 (4), 243–253.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21 (3), 254–266.

- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: implications for development, behavior, and intervention. W: Ch. H. Zeanah, Jr. (red.) *Handbook of Infant Mental Health* (wyd. 2 s. 176–194). New York: The Guilford Press.
- Newman, L. F. (1980). Parents' perceptions of their low birth weight infants. *Paediatrician*, 9, 182–190.
- O'Connor T. G., Heron J., Golding J., Glover V., ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioral/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 7, 1025–1036.
- O'Connor T. G., Heron J., Glover V. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (12), 1470–1477
- Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4 (1), 23–29.
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281 (9), 799–805.
- Sjezer, M., Barbier, C. (2000). Reflections on the notion of traumatism at birth. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 12 (1), 127–132.
- Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości u dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co.