

TRAUMA PRZEDWCZESNYCH NARODZIN: PROCESY RADZENIA SOBIE RODZICÓW A ROZWÓJ DZIECKA. WYBRANE ASPEKTY METODOLOGICZNE I STATYSTYCZNE PRACY DOKTORSKIEJ

Grażyna Kmita

Pracownia Zdrowia Rodziny Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

1 WPROWADZENIE

Istnieje długa tradycja traktowania przedwczesnych narodzin w kategoriach traumy biologicznej i czynnika ryzyka dla rozwoju dziecka [1, 2]. W tym nurcie mieszczą się np. klasyczne już badania Profesor Stanisławy Lis opublikowane w latach 70-tych XX wieku [18]. W latach 90-tych XX wieku, w pracach takich autorów jak Fava Viziello [9], Sjezer i Barbier [25] czy Bereford [4] pojawiło się pojęcie traumy przedwczesnych narodzin także w odniesieniu do rodziców. Prawdopodobnie wiąże się to z nowym zjawiskiem, jakim jest fakt utrzymywania przy życiu coraz większej grupy dzieci z ekstremalnie małą masą ciała, z bardzo wczesnych tygodni, np. 24-25 Hbd [11]. Jest to grupa największego ryzyka zaburzeń rozwoju, a rodzice tych dzieci szczególnie wcześnie i dramatycznie doświadczają przerwania tych psychologicznych procesów, które przygotowywały ich na przyjęcie dziecka [13-15].

Problematyka ta jest szczególnie ważna w świetle naszej coraz większej wiedzy na temat znaczenia wczesnych relacji matka-dziecko dla rozwoju psychiki [5, 8, 10, 16, 26, 27].

2 CEL

Celem pracy była ocena psychologicznych skutków wcześniactwa dla rodziców i dziecka, a w szczególności: zbadanie relacji pomiędzy procesami radzenia sobie rodziców z traumą przedwczesnych narodzin a rozwojem dziecka.

Przyjęłam założenie, że istnieje trauma przedwczesnych narodzin w doświadczeniu rodziców

oraz, że istnieją złożone, dynamiczne, dwustronne, zmieniające się w czasie i inne na każdym etapie rozwoju relacje pomiędzy tym, jak rodzice radzą sobie z tą traumą a rozwojem dziecka.

3 RAMY TEORETYCZNE

Uznałam, że najlepsze ramy teoretyczne dla moich badań stanowić będą:

- Fenomenologiczno-poznawcza teoria stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman [12, 19], która okazała się bardzo przydatna w analizach procesów radzenia sobie rodziców innych grup dzieci zagrożonych zaburzeniami rozwoju [3]; za bardzo wartościowe w tej teorii uznałam również ujmowanie procesów radzenia sobie w kategoriach nieustannych przewartościowań i ocen podmiotu: „co dana sytuacja dla mnie znaczy?”, „co mogę zrobić?”, itd.
- Ekologiczne teorie rozwoju, a zwłaszcza bio-społeczny model rozwoju Ramey’a [24], synaktywna teoria rozwoju Als [1] i teoria systemów ekologicznych U. Bronfenbrennera [6, 28].

Uwzględniłam również badania L. Newman [22] i jej koncepcję „radzenia sobie przez zaangażowanie” i „radzenia sobie przez dystans”, jako dobry punkt wyjścia do analizy procesów radzenia sobie w planie bezpośrednim, natomiast koncepcję Miles i Holditch-Davis [20, 21] „rodzicielstwa kompensacyjnego” - jako punkt odniesienia w analizie radzenia sobie rodziców w planie długofalowym. Obie te koncepcje 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.

4 METODA

4.1 Osoby badane

Badaniami objęłam 60 dzieci urodzonych przed 37 tygodniem ciąży, hospitalizowanych po porodzie w oddziale opieki specjalnej lub oddziale intensywnej terapii noworodka przynajmniej przez 10 dni, oraz ich rodziców. Rodzice wszystkich dzieci wyrazili zgodę na udział w badaniach. Dzieci pochodziły z Warszawy i terenu Mazowsza. Osoby badane podzieliłam na dwie grupy:

- Grupa 1: Dzieci (N=30) urodzone w latach 1996-99, pomiędzy 25 a 36 tygodniem ciąży (Hbd), z masą ciała pomiędzy 560g a 2580g, hospitalizowane z powodu wcześniactwa w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie i ich rodzice. Ta grupa była badana w bardzo szczególnej sytuacji, bowiem towarzyszyłam osobom badanym od przedwczesnych narodzin dziecka, a zatem już w okresie pobytu dziecka w szpitalu.
- Grupa 2: Dzieci (N=30) w wieku przedszkolnym (3;6-6 lat), urodzone w latach 1991-95, pomiędzy 26 a 36 Hbd, z masą ciała pomiędzy 650 a 3400g, od wieku niemowlęcego objęte opieką Poradni dla Wcześnieaków przy Instytucie Matki i Dziecka i ich rodzice.

Wykorzystanie dwóch grup badawczych pozwoliło na przeprowadzenie badań w krótszym czasie. Ponadto decyzja o wykorzystaniu dwóch grup podyktowana była tym, że w przypadku pierwszej grupy towarzyszyłam rodzicom w trakcie hospitalizacji dziecka i trudno byłoby ocenić tutaj odległe skutki wcześniactwa niezależnie od mojego potencjalnego wpływu.

Przyjęłam następujące kryteria wykluczenia dziecka z badań:

- Wiek matki poniżej 19 lat
- Ciąża mnoga

- Brak możliwości utrzymania regularnego kontaktu z rodziną w okresie prowadzenia badań
- Śmierć dziecka w okresie prowadzenia badań (aż 10 spośród dzieci wyjściowo wchodzących do grupy 1).

Grupy zostały scharakteryzowane ze względu na następujące zmienne: urodzeniowa masa ciała, wiek płodowy w chwili urodzin, długość hospitalizacji, przebieg ciąży, typ porodu, punktacja Apgar w 5 minucie życia, wskaźnik ryzyka medycznego, wykształcenie matki, sytuacja ekonomiczna rodziny, doświadczenie wcześniejszej straty dziecka. Badane grupy różniły się jedynie pod względem częstości rozwiązania porodu przez cesarskie cięcie oraz w zakresie punktacji Apgar, co mogło wiązać się ze zmianami w zakresie postępowania medycznego w przypadku porodów przedwczesnych na przestrzeni lat 90-tych.

4.2 Sposób przeprowadzenia badań, materiał badawczy i zastosowane narzędzia badawcze

Badanie miało charakter eksploracyjny. Metodą z wyboru była analiza klinicznych studiów przypadków. Materiał badawczy stanowiły protokoły z rozmów i wywiadów klinicznych z rodzicami, obserwacji zachowania dziecka w sytuacji aktywności swobodnej i kierowanej, obserwacji interakcji rodzice - dziecko oraz badania poziomu rozwoju dziecka (Skala Rozwoju Psychoruchowego Brunet-Lézine, Skala Inteligencji dla Dzieci Termana-Merrill – w zależności od wieku dziecka).

Przyjęłam dwie różne strategie zbierania materiału badawczego w zależności od badanej grupy. Grupa 1 uczestniczyła w badaniach prospektywnych. Prowadziłam rozmowy kliniczne z rodzicami, w trakcie hospitalizacji dziecka. Interesowało mnie jak rodzice opisują swoje doświadczenia związane z przedwczesnymi narodzinami dziecka, jaka jest tematyka konstruowanych przez nich w kolejnych rozmowach narracji, jakie ujawniają emocje, itd. Takie podejście podyktowane było szczególną sytuacją w jakiej znajdowali się rodzice oraz tym, że moim celem było poznanie doświadczeń rodziców z ich perspektywy, bez narzucania moich własnych oczekiwań czy przekonań. Z kolei w grupie 2, informacje o doświadczeniach rodziców uzyskiwałam w sposób

retrospektywny, gdy dziecko miało już kilka lat. Rozmowy miały charakter semiustrukturyzowany i obejmowały takie obszary tematyczne, jak: kontekst zajścia w ciążę, doświadczenia związane z porodem, pierwsze kontakty z dzieckiem, źródła wsparcia itd. Prowadziłam długofalową obserwację rozwoju badanych dzieci. W grupie 1 wizyty odbywały się początkowo co 3 miesiące, a następnie co ok. 6 miesięcy, lub częściej, w zależności od potrzeb danej rodziny. W przypadku dzieci z grupy 2 wykorzystałam dokumentację psychologiczną na temat rozwoju tych dzieci, którą zbierałam od skończenia przez dane dziecko 12 m.ż do wieku przedszkolnego (5-6 lat). W analizie rozwoju wykorzystałam podejście kliniczne opisane w pracach H. Olechnowicz [23], M. Kościelskiej [17], M. Zalewskiej [29], a w odniesieniu do pierwszych miesięcy życia - H. Als [1].

4.3 Metoda analizy materiału badawczego

Opracowałam metodę analizy jakościowej i ilościowej zebranego materiału oraz odpowiedni system kodowania danych w oparciu o koncepcje: Newman [22], Miles i Holditch-Davis [20, 21] oraz propozycję przedstawioną przez Beresford [3]. Do analiz statystycznych wykorzystałam pakiet *STATISTICA PL*. Zdecydowałam się na przyjęcie następującej strategii analitycznej:

- 1 W przypadku większości analiz, najpierw sprawdzałam czy istnieje związek pomiędzy zmienną „grupa” a interesującą mnie zmienną zależną. Wyboru metod statystycznych dokonywałam zgodnie z algorytmem wyboru optymalnego testu [7]. Jeśli nie miałam podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic między grupami lub braku związku pomiędzy zmienną „grupa” a daną zmienną zależną (i biorąc pod uwagę fakt podobieństwa obu grup pod względem wielu zmiennych, takich jak urodzeniowa masa ciała, wiek płodowy, długość pobytu dziecka w szpitalu, wykształcenie matki, itd.), traktowałam obie grupy jako próbę pochodzącą z jednej populacji dzieci urodzonych przedwcześnie w latach 90., na terenie Warszawy i Mazowsza, a następnie łączyłam grupy dla celów danej analizy.
- 2 Następnie analizowałam, które z wybranych przeze mnie (na bazie teorii i wcześniejszych

badania) zmiennych niezależnych są istotne dla zmiennej zależnej.

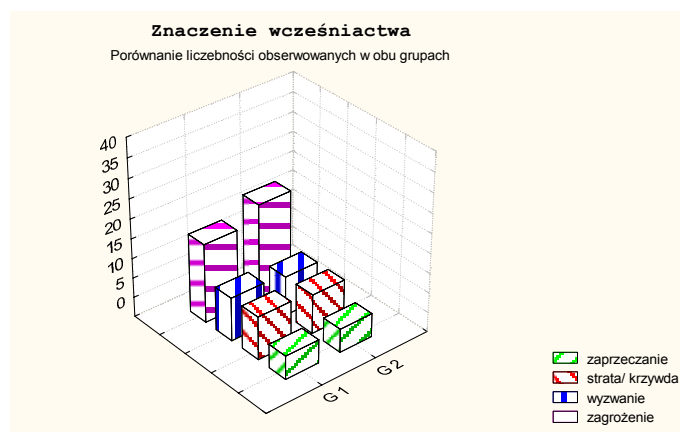
- 3 Jeśli takich zmiennych okazywało się dwie lub więcej, to próbowałam odpowiedzieć na pytanie: które ze zmiennych niezależnych istotnych dla zmiennej zależnej objaśniają ją najlepiej? Wybrałam model regresji logistycznej, gdyż umożliwia on analizę zmiennych (objaśnianych) dychotomicznych oraz bada, który z możliwych układów zmiennych (objaśniających) jest najlepiej dopasowany do uzyskanych danych. W moim przekonaniu, takie zaplanowanie analiz może lepiej ukierunkować dalsze badania niż pozostanie jedynie na poziomie analiz z punktu 2. Inna sprawa, to oczywiście konieczność zachowania ostrożności przy interpretacji uzyskanych wyników.

Zastosowałam również analizę skupień metodą k-średnich dla obu grup łącznie i porównałam na ile wyodrębnione w ten sposób „wzory” (skupienia) są zgodne z wynikami analiz uzyskanymi w sposób wyżej opisany.

Proces wyrównywania przez dzieci rozwoju analizowałam wykorzystując moduł analizy przeżycia, czy inaczej analizy trwania lub analizy historii zdarzeń.

5 WYBRANE WYNIKI

5.1 Przedwczesne narodziny w doświadczeniu rodziców



Rys. 1. Znaczenie przypisywane wcześniactwu przez rodziców z obu badanych grup.

Rodzice 65,5% dzieci z obu badanych grup nie zetknęli się wcześniej ze zjawiskiem wcześniactwa, a w przypadku 27,6% dzieci rodzice

mieli wcześniej negatywne doświadczenia związane z wcześniactwem. Aż w 58,7% przypadków wcześniactwo traktowane było przez rodziców w kategoriach zagrożenia dla życia, zdrowia i rozwoju dziecka, 19% rodziców traktowało przedwczesne narodziny w kategoriach straty lub krzywdy, również 19% rodziców – w kategoriach wyzwania, a jedynie rodzice dwojga dzieci uznali, że wcześniactwo nie miało większego znaczenia (rys. 1). Wśród przeżyć rodziców z grupy 1, związanych z przedwczesnym porodem i hospitalizacją dziecka należy wymienić: lęk o życie i zdrowie dziecka, poczucie bezradności, poczucie winy/krzywdy, poczucie straty, poczucie niesprawdzenia się w roli rodzica, złość, nadzieja i lęk przed nadzieją. Dokładnie te same przeżycia można zidentyfikować retrospektywnie u rodziców z grupy 2. Co ciekawe, sama rozmowa na ten temat budziła w rodzicach bardzo żywe emocje.

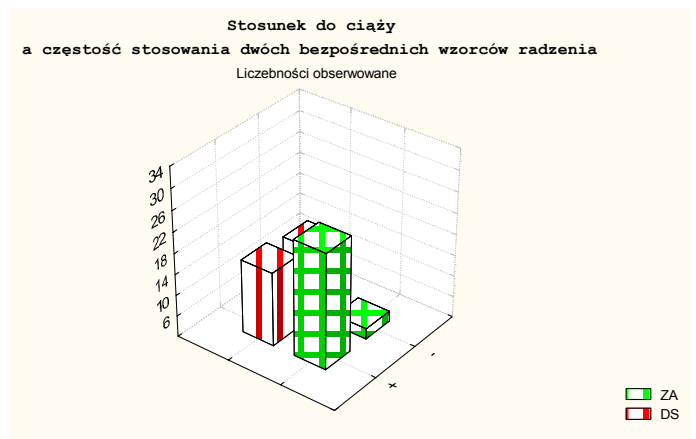
„Trauma przedwczesnych narodzin” wiązała się w przypadku badanych przede wszystkim nie tyle z porodem przedwczesnym jako takim, ile z jego skutkami w postaci przerwania psychologicznych procesów przygotowujących matkę na przyjęcie dziecka, utraty kontroli nad sytuacją, ciągłego lęku o życie i zdrowie dziecka, jak również z doświadczeniami związanymi z pobytem na oddziale patologii ciąży, w trakcie porodu oraz z pierwszymi kontaktami z dzieckiem. Traumą tę pogłębiał niejednokrotnie jatrogeny sposób przekazywania informacji o dziecku (aż 18 matek z grupy 2 dostało informację przed lub w trakcie porodu, że dziecko nie ma szansy na przeżycie).

Najważniejsze źródło wsparcia stanowił dla badanych osób w większości przypadków mąż. Interesująca i o doniosłym znaczeniu była również rola męża jako pośrednika pomiędzy matką a dzieckiem. Mogło to ułatwiać matce oswojenie się z sytuacją. Aż 19 matek z obu grup potrzebowało takiego „pośrednictwa” bezpośrednio po porodzie.

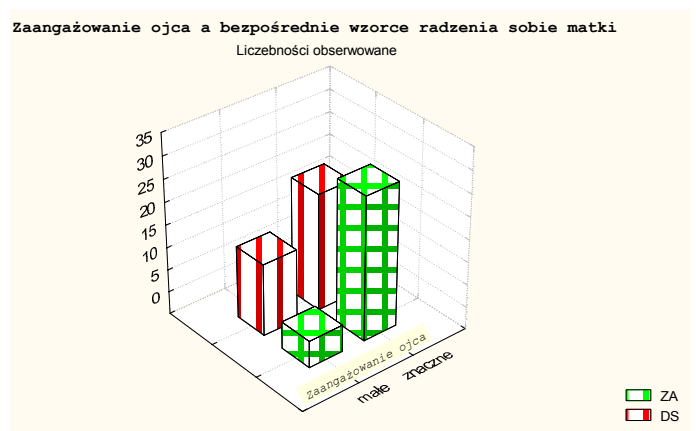
5.2 Bezpośrednie wzorce radzenia sobie

Z perspektywy całości pobytu dziecka w szpitalu, empirycznie wyodrębniłam dwa bezpośrednie wzorce radzenia sobie (zgodne z obserwacjami L. Newman): radzenie sobie przez zaangażowanie (46,7% matek w obu grupach) i radzenie sobie przez dystans (53,3% matek). Radzenie sobie przez zaangażowanie polegało na

intensywnej, choć czasem zmiennej potrzebie bycia z dzieckiem. Były to matki, które uważały, że ich kontakt z dzieckiem jest bardzo ważny i starały się spędzać na oddziale jak najwięcej czasu. Jeśli nie mogły brać jeszcze dziecka na ręce, to przynajmniej mówiły do niego, głaskały, siedziały przy inkubatorze. Tego typu zachowania pojawiały się nie później niż w trzecim tygodniu po porodzie. Radzenie sobie przez dystans polegało na tym, że rodzice przychodzili na bardzo krótko, bardziej sprawdzić, czy dziecko żyje niż spędzać z nim czas. Unikali informacji o zagrożeniu, czasem częściej dzwoniли na oddział niż przychodzili. Dziecko „powierzali ekspertom”, mniej dostrzegali wagę wczesnych, własnych kontaktów z synem lub córką. Jeśli pojawiały się zachowania bardziej aktywne w stosunku do dziecka to nie wcześniej jak w 4-tym tygodniu po porodzie.



Rys. 2. Stosunek do ciąży a stosowane wzorce bezpośrednie (χ^2 Yat = 6,352, df=1, p= 0,012).



Rys. 3. Zaangażowanie/ wsparcie ze strony ojca a częstość stosowania dwóch bezpośrednich wzorców radzenia sobie (χ^2 Yat = 7,04, df=1, p= 0,008).

Nie udało się odrzucić hipotezy zerowej o braku związku pomiędzy bezpośrednimi wzorcami radzenia sobie a zmiennymi związanymi z ryzykiem medycznym. Okazało się natomiast, że istnieje zależność pomiędzy zmienną zależną „bezpośredni wzorzec radzenia sobie” a zmiennymi niezależnymi: „stosunek matki do ciąży” oraz „zaangażowanie ojca”. Ilustrują to powyższe rysunki (rys. 2 i rys. 3).

Negatywny stosunek do ciąży aż ponad czterokrotnie zwiększał szansę na zastosowanie radzenia sobie przez dystans, a brak zaangażowania męża – nawet ponad jedenastokrotnie (tabela 1).

Tabela 1. 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-kwadrat	5,61722	4,62373	4,8441
Walda	0,01779	0,03154	0,0277
Poziom p			
Iloraz szans	0,11500	4,38643	11,4987
-95% CL	0,01848	1,10640	1,2453
+95% CL	0,71551	17,39050	106,1766

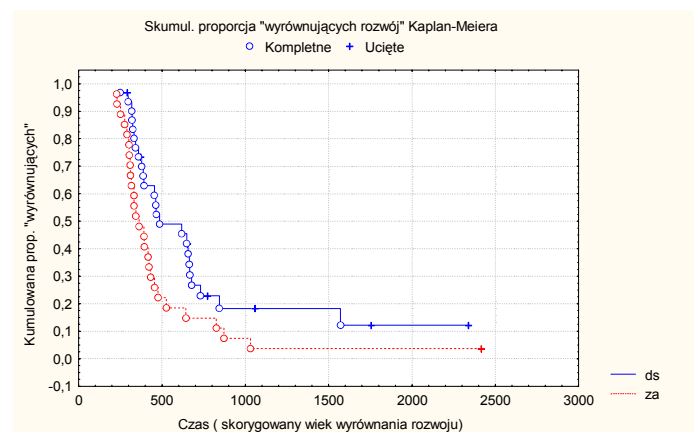
Warto dodać, że wyniki wcześniej przeprowadzonej przeze mnie analizy skupień metodą k - średnich dla obu badanych grup łącznie są podobne do wyżej opisanych. Sądząc po wielkości wartości F i poziomach istotności, głównymi kryteriami przyporządkowania przypadków do dwóch skupień są następujące zmienne: „bezpośredni wzorzec radzenia sobie”, „stosunek do ciąży”, „zaangażowanie ojca” i „wykształcenie matki”. Natomiast nie stanowi takiego kryterium zmienna „grupa”. W skupieniu 1 znalazły się matki o niższym poziomie wykształcenia, bardziej negatywnym stosunku do ciąży, mniejszym zaangażowaniu partnera i częściej stosujące radzenie sobie przez dystans, w porównaniu z matkami ze skupienia 2.

5.3 Bezpośrednie wzorce radzenia sobie a wyrównanie rozwoju przez dziecko

Jako czas wyrównania rozwoju zdefiniowałam wiek (w dniach), kiedy w badaniu psychologicznym po raz pierwszy dziecko osiągnęło iloraz

rozwoju (liczony dla wieku życia) w granicach jednego odchylenia standardowego poniżej średniej, czyli $IR \geq 85$. Brałam również pod uwagę dane z wywiadów z rodzicami na temat przebiegu rozwoju dziecka oraz dane z obserwacji zachowania dziecka. Warto zaznaczyć, że tak zdefiniowany czas wyrównania rozwoju jest nie tyle rzeczywistym czasem wyrównania rozwoju, co czasem, kiedy po raz pierwszy to wyrównanie zaobserwowano. Część dzieci nie wyrównała rozwoju w badaniu ostatnim i te obserwacje uznałam za obserwacje ucięte, natomiast pozostałe – za kompletne.

Okazało się, że na czas wyrównania przez dziecko rozwoju, poza niektórymi zmiennymi związanymi z ryzykiem medycznym (np. urodzeniowa masa ciała, długość pobytu dziecka w szpitalu, wskaźnik ryzyka medycznego, a wśród jego składowych – powikłania neurologiczne), wpływają bezpośrednie wzorce radzenia sobie matek (rys. 4).



Rys. 4. Skorygowany wiek wyrównania rozwoju przez dziecko w zależności od stosowania przez matkę jednego dwóch wyodrębnionych, bezpośrednich wzorców radzenia sobie ($F(48,52)=2,163, p=0,0035$).

Tabela 2. Ocena parametrów estymowanego modelu.

Zmienne niezależne:	Regresja proporcjonalnego hazardu Coxa Zmienna zależna: WIEK_WYR (skorygowany) Zmn.wsk.ucin.: UCIEȚA Chi ² = 22,4501 df=4 p=0,00016				
	Beta	Błąd standardowy	Wykładnicze beta	Statystyka Walda	p
HOSPIT	-0,01947	0,005824	0,98072	11,17452	0,00083
RM_MASA	0,84159	0,429417	2,32005	3,84097	0,050023
DS_ZA	-1,08186	0,335919	0,338966	10,37213	0,001281
WRM	-0,60426	0,374789	0,546476	2,59945	0,106911

Zmiennymi najlepiej pozwalającymi przewidywać czas wyrównania rozwoju były „bezpośredni wzorzec radzenia sobie matki” oraz „czas hospitalizacji dziecka”. Stosowane przez matkę radzenie sobie przez dystans oraz przedłużanie się pobytu dziecka w szpitalu nie sprzyjały szybkiemu wyrównywaniu rozwoju przez dziecko (tabela 2).

5.4 Dyskusja i wnioski

Dyskusję warto rozpocząć od kwestii metodologicznych, które mogą mieć istotny wpływ z punktu widzenia interpretacji uzyskanych wyników. Sprawą pierwszą jest dobór grupy. W badaniach uczestniczyła wyselekcjonowana grupa wcześniaków i ich rodziców. W przypadku grupy 1 były to dzieci hospitalizowane w okresie poporodowym w Instytucie Matki i Dziecka (urodzone w Klinice Położnictwa IMiDz lub w innych szpitalach z terenu Warszawy i Mazowsza), a w przypadku grupy 2 – dzieci, które zostały objęte opieką Poradni dla Wcześniaków IMiDz, urodzone w różnych szpitalach z terenu Warszawy i Mazowsza, hospitalizowane w okresie poporodowym w kilku warszawskich oddziałach noworodkowych lub OION. W związku z powyższym, należy mieć świadomość, że uogólnianie uzyskanych wyników na całą populację dzieci urodzonych przedwcześnie nie jest uprawnione.

Podstawowym kryterium udziału rodziców w badaniach była ich zgoda na kontakt z psychologiem. Powstaje pytanie, czym różnią się rodziny, które na taki kontakt wyraziły zgodę od tych, które zgody nie wyraziły?

Warto również zwrócić uwagę na zastosowane w tej pracy metody zbierania i analizy materiału badawczego, zwłaszcza te zastosowane w celu zidentyfikowania i opisanego przeżyć rodziców związanych z przedwczesnymi narodzinami dziecka, subiektywnych znaczeń przypisywanych wcześniactwu oraz wzorców radzenia sobie. Metodą podstawową była tu analiza historii czy narracji konstruowanych przez matki w trakcie kolejnych rozmów z psychologiem, zarówno w sensie treści, jak i sposobu, w jaki matki opowiadały o swoich doświadczeniach, jakie emocje przy tym ujawniały, jakim problemom poświęcały najwięcej czasu na danym etapie radzenia sobie, itd. Jest to podejście zgodne z poglądami Miles i Holditch-Davis [20, 21]. Zdecydowanie bardziej poprawne

metodologicznie byłoby zarejestrowanie zebranego materiału przy pomocy kamery lub przynajmniej na taśmie magnetofonowej. Jednakże ze względu na bardzo szczególną sytuację rodziców z grupy 1 i często bardzo krótki czas, jaki minął od porodu do pierwszego spotkania z psychologiem, zdecydowałam, że taki sposób rejestracji rozmów byłby zbyt obciążający dla rodziców. Z tego również powodu rozmowy były zapisywane zaraz po ich zakończeniu, a nie w trakcie. Nie miały również – w odróżnieniu od rozmów w grupie 2 – ustalonych wcześniej obszarów czy zagadnień, na które starano się znaleźć odpowiedź. Uznałam, że tylko uważne słuchanie rodziców, danie im odpowiedniego czasu pozwoli na rzeczywiste poznanie ich doświadczeń, bez przypisywania im znaczeń „narzuconych” przez badacza.

Dopracowania wymaga stosowany tu pomiar zjawiska „wyrównywania” rozwoju przez wcześniaki. Pewnym ograniczeniem jest to, że metody statystyczne wykorzystane w analizie wyrównywania rozwoju wymagają dużych grup badawczych, a przy tym dostępne dane dotyczyły nie tyle rzeczywistego wyrównania rozwoju, co „pierwszej obserwacji świadczącej o wyrównaniu rozwoju”. Jest to kwestia trudna do rozwiązania, gdyż w przypadku zjawisk tak wielowymiarowych jak rozwój, zawsze mogą pojawić się trudności dotyczące wyboru odpowiednich kryteriów wyrównania rozwoju oraz uchwycenia najwcześniejszego momentu, kiedy się ono dokonało. Potrzebne są dalsze badania w tym kierunku.

Przyszłe badania na ten temat warto byłoby zaplanować jako długofalowe badania prospektywne o charakterze interdyscyplinarnym (prowadzone przez zespół: neonatolog, neurolog, psycholog). Tylko w takich badaniach możliwe byłoby wystarczająco precyzyjne zdefiniowanie i zoperacjonalizowanie zmiennych związanych z ryzykiem medycznym. Jako psycholog, nie posiadam w tym względzie wystarczającej wiedzy.

Interesujące są wyniki dotyczące bezpośrednich wzorców radzenia sobie rodziców z traumą przedwczesnych narodzin ich dziecka. Szczególnie ważne jest opisanie roli ojca jako z jednej strony pośrednika między matką a dzieckiem, z drugiej - najważniejszego osobowego źródła wsparcia. Powstaje pytanie, jak należałoby wspierać ojców w pełnieniu tych ważnych ról i jak wspierać kobiety, które tego typu pomocy męża nie doświadczają?

Wyodrębnione tu dwa wzorce radzenia sobie są zgodne z wynikami prac Lucile Newman [22]. Ciekawe jest, 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. Jest to zgodne z wynikami innych prac [9,16,21, 25]

Z moich badań wyraźnie wynika, że przedwczesne narodziny można rozpatrywać w kategoriach traumy nie tylko dla dziecka, ale i dla rodziców, oraz że istnieje zależność pomiędzy stosowanymi przez rodziców wzorcami radzenia sobie a wczesnym rozwojem dziecka. Ponadto, uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie roboczego modelu wyjaśniającego złożone zależności pomiędzy procesami radzenia sobie rodziców a rozwojem dziecka, który może stanowić dobry punkt wyjścia do dalszych badań na ten temat.

Praca ma również wiele implikacji praktycznych. Wskazuje na dużą potrzebę współpracy psychologów z oddziałami noworodkowymi i intensywnej opieki noworodkowej [13-16]. Pokazuje m.in., że szczególnego wsparcia mogą wymagać matki, których droga do własnego dziecka jest dłuższa (stosując radzenie sobie przez dystans), ale też ojcowie, którzy przyjmują na siebie rolę pośrednika pomiędzy żoną a bardzo niedojrzałym, przedwześnie urodzonym dzieckiem.

Praca wykonana w ramach projektu badawczego KBN nr 4 P05E 114 19.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Als, H. (1999). Reading the premature infant. W: E. Goldson (red.), *Nurturing the Premature Infant: Developmental Interventions in the Neonatal Intensive Care Nursery* (s.18-85). New York: Oxford University Press.
- 2) Ancel, P-Y. (2000). Conséquences de la grande prématurité. *mt Pédiatrie*, 3 (2), 92-101.
- 3) 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.
- 4) Beresford, D. (1998). Parental adaptation to a baby with bronchopulmonary dysplasia: The psychological process. *Journal of Neonatal Nursing*, 4 (3), 13-16.
- 5) Bowlby, J. (1972). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. Harmondsworth, Middlesex, UK: Penguin Books Ltd.
- 6) Brzezińska, A. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- 7) Brzeziński, J.(1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 8) Bullowa, M. (red.). (1979). *Before Speech. The Beginnings of Interpersonal Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 9) Fava Vizziello, G.M., Antonioli, M.E., Rebecca, L., Volpe, B. (1995). Mothers' representation of children to be adopted and of preterm one. W: J.Bitzer, M. Stauber (red.), *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* (s. 223-229). Bazylea: Monduzzi Editore.
- 10) Gracka, M. (1991). Teoria wczesnego rozwoju poczucia siebie. *Nowiny Psychologiczne*, 3 - 4, 5-20.
- 11) Helwich, E. (1994). Dokąd zmierzasz neonatologii? *Pediatrics Polska*, 69 (3), 185 – 191
- 12) Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J.Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 463-492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 13) Kmita, G. (1998). Pierwsze kroki razem- o trudnych początkach macierzyństwa. *Praca Socjalna*, 2, 61-73.
- 14) Kmita, G. (2000). Wspieranie wczesnych kontaktów pomiędzy rodzicami a hospitalizowanym noworodkiem. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 4 (4), 413-422.
- 15) Kmita, G. (2002). Rodzice i ich przedwześnie urodzone dziecko. W: E.Helwich (red.) *Wcześniak*, (s. 111-125) Warszawa: PZWL.
- 16) Kościelska, M. (1998). *Trudne macierzyństwo*. Warszawa: WsiP
- 17) Kościelska, M. (2000). Psychologia kliniczna dziecka. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 623-648). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 18) Lis, S. (1979). *Wczesne uwarunkowania rozwoju psychicznego dzieci; Rozwój psychiczny dzieci urodzonych z niskim ciężarem ciała*. Warszawa: PWN
- 19) Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumacyjny stres. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- 20) 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.
- 21) Miles, M.S., Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21 (3), 254-266
- 22) Newman, L.F. (1980). Parents' perceptions of their low birth weight infants. *Paediatrician*, 9, 182-190.
- 23) Olechnowicz, H. (1995). *Dziecko własnym terapeutą*. Warszawa: PWN.
- 24) Ramey, C.T., Shearer, D.L. (1999). A conceptual framework for interventions with low birthweight premature children and their families. W: E.Goldson (red.), *Nurturing the Premature Infant: Developmental*

- tal Interventions in the Neonatal Intensive Care Nursery* (s.86-101). New York: Oxford University Press.
- 25) 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.
 - 26) Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
 - 27) Trevarthen, C., Aitken, K.J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 42 (1), 3-48.
 - 28) Vasta, R., Haith, M.M., Miller, S. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa: WsiP
 - 29) Zalewska, M. (1994). Psychologiczne aspekty stwierdzenia głuchoty u dziecka. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 29-38.