

# Uloga medicinske sestre u smanjivanju stresa roditelja u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi

---

Džimbeg, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:442388>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Marija Džimbeg**

**Uloga medicinske sestre u smanjivanju stresa  
roditelja u jedinici intenzivnog liječenja  
novorođenčadi**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2017.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Marija Džimbeg**

**Uloga medicinske sestre u smanjivanju stresa  
roditelja u jedinici intenzivnog liječenja  
novorođenčadi**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2017.**

*Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za pedijatriju Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu Kliničkog bolničkog centra u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc. Borisa Filipović-Grčića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016/2017.*

## SADRŽAJ

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU .....	I
1. SAŽETAK .....	II
2. SUMMARY .....	III
3. UVOD.....	1
4. HIPOTEZA:.....	6
5. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	7
6. MATERIJALI, ISPITANICI, METODOLOGIJA I PLAN ISTRAŽIVANJA .....	8
7. REZULTATI:.....	10
8. RASPRAVA.....	14
9. ZAKLJUČAK.....	21
10. ZAHVALE .....	22
11. LITERATURA .....	23
12. ŽIVOTOPIS.....	27
PRILOG 1:.....	28

## **POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU**

<b>JILN</b>	jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi
<b>NICU</b>	Neonatal intensive care unit
<b>PSS - NICU</b>	Parental stress scale - Neonatal intensive care unit
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>PRU</b>	promjena roditeljske uloge
<b>I i P</b>	izgled i ponašanje
<b>P i Z</b>	prizori i zvukovi
<b>COPE</b>	Creating opportunities for parent empowerment

## **ULOGA MEDICINSKE SESTRE U SMANJIVANJU STRESA RODITELJA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA NOVOROĐENČADI**

Marija Džimbeg

### **1.SAŽETAK**

Hospitalizacija novorođenčeta u jedinici intenzivnog liječenja roditeljima neizbježno uzrokuje emocionalni stres. Boravak vitalno ugroženog djeteta i odvojenost od roditelja u bolničkom okruženju u visoko tehnološki opremljenim neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja kod roditelja izaziva psihičku reakciju koja utječe na daljnji odnos i roditeljsku ulogu. Cilj rada je identificirati najčešće izvore stresa kod roditelja djece hospitalizirane u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi i osmisliti adekvatne sestrinske intervencije za njegovo ublažavanje. Istraživanje je provedeno u Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu Klinike za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Za prikupljanje podataka korišten je originalni upitnik roditeljskog stresa u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi (Parental stress scale - Neonatal intensive care unit, Margaret S. Miles 2011) kojim se procjenjuje intenzitet stresa vezan uz promjenu roditeljske uloge, izgled i ponašanje djeteta te prizore i zvukove u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi. Najveći izvor stresa za roditelje u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi predstavlja promjena u roditeljskoj ulozi, sljedeći po intenzitetu izvor stresa je izgled i ponašanje djeteta, a najmanji stresor po intenzitetu je bolničko okruženje. Očevi i majke se ne razlikuju značajno u intenzitetu doživljenog stresa niti u intenzitetu pojedinih skupina stresora. Intervencije medicinskih sestara koje pomažu roditeljima podrazumijevaju: boravak uz roditelje tijekom prvog dolaska u jedinicu intenzivnog liječenja novorođenčadi, redovita izvještavanja o stanju djeteta, odgovaranje na njihova pitanja, pružanje osjećaja sigurnosti u svoju ulogu roditelja, davanje prava na izražavanje emocija, poticanje na redovite posjete i ostvarivanje tjelesnog kontakta s djetetom, poučavanje o tretmanu i zahvatima kojima je dijete izloženo te objašnjenje zašto se određeni medicinski instrumenti koriste uz upotrebu razumljive terminologije.

**KLJUČNE RIJEČI:** roditeljski stres, medicinska sestra, jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi

## **NURSES' ROLE IN REDUCING STRESS IN PARENTS AT NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**

Marija Džimbeg

### **2. SUMMARY**

Having a newborn in the Neonatal Intensive Care Unit inevitably causes emotional stress for the parents. The newborn's need for intensive care in highly-equipped technological NICU setting and separation from their parents cause psychological reaction in parents that can affect further parent-child relationship and perception of parental role. The aim of this study was to determine the most common sources of parental stress and to develop specific interventions to minimize the stress that parents experience. The research was performed in Neonatal intensive care unit, Department of pediatrics, University Hospital Center Zagreb. In order to gather data, the original Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) was used (Parental stress scale - Neonatal intensive care unit, Margaret S. Miles 2011). The questionnaire was designed to quantify the intensity of stress related to alteration of the parenting role, newborn behavior and appearance and sights and sounds of the unit.

Parents reported that the biggest source of stress was alteration of parental role, followed by newborn behavior and appearance and sights and sounds of the unit. There was no difference between intensity of experienced stress in mothers and fathers, neither between different types of stressors. Nursing interventions that can minimize stress include: allowing parents to be present near their child on the first day of admission, regular reports of newborns state, answering all the parents concerns, providing the sense of security in their parental role, encouraging expression of feelings, educating about the treatments, interventions and instruments that child required using understandable terminology.

**KEYWORDS:** parental stress, nurse, neonatal intensive care unit



### **3. UVOD**

Svaki čovjek doživljava stres bar povremeno u ovom modernom načinu života. Stres se različito tumači i različito definira, a različito se o njemu raspravlja ovisno o situaciji. Na osobnoj, međuljudskoj i društvenoj razini stres ima razarajući utjecaj. Stoga je jako važno razumjeti prirodu i nastanak stresa da bi se razvili postupci i načini kojima bi se ublažili njegovi utjecaji i posljedice. Jedan od mogućih stresnih događaja, koji je središte ovog istraživanja je hospitalizacija tek rođenog djeteta u JILN-u. Rođenje djeteta izazov je za svakog roditelja, a svaki porod dodatna ja briga i izazov za roditeljstvo. Boravak vitalno ugroženog djeteta i odvojenost od roditelja u bolničkom okruženju u JILN-u kod roditelja izaziva psihičku reakciju koja utječe na daljnji odnos i roditeljsku ulogu. Opservacijskim istraživanjima i na temelju razgovora s roditeljima hospitalizirane djece utvrđeno je kako su najčešći čimbenici koji izazivaju stresnu reakciju kod roditelja: izgled i ponašanje djeteta, prizori i doživljeni zvukovi iz okruženja te promjena roditeljske uloge. Na reakciju roditelja utječe kvaliteta komunikacije sa zdravstvenim osobljem. Prijevremeni porod i nedonošenost djeteta pridonose razvoju postpartalnog stresnog poremećaja kod majke i postpartalne depresije te negativno utječu na procese povezanosti i privrženosti majke i djeteta i poremećaje laktacije. U analizu treba uzeti u obzir sociološke, psihološke i sve medicinske uvjete (Carter et al. 2005).

Prema suvremenim teorijama stres je rezultat međusobnog odnosa pojedinca i okoline, pri čemu je presudan trenutak u nastanku stresne reakcije nerazmjer između doživljene prijetnje i mogućnosti vlastitog suočavanja. Na stresni odgovor utječe i unaprijed procijenjena važnost zahtjeva koje zadaje okolina i vlastite sposobnosti odgovora (Lazarus 1966, Marks et al. 2000). Svaka reakcija na novonastalu situaciju determinirana je osobinama pojedinca, usvojenim procesima suočavanja i sposobnošću kontrole situacije koje od pojedinca ponekad zahtijeva i oslanjanje na socijalnu podršku okoline (Reid 2003). Prema teorijama stresa, Forsman i Magnussen tvrde da je ključan preduvjet za shvaćanje procesa nastanka stresa razumijevanje okolišnih čimbenika. U takvim okolnostima jedinica intenzivne skrbi za roditelja predstavlja neprirodno okruženje i potencijalni izvor dodatnog stresa. Kako bi se

osmislile i primijenile specifične intervencije za ublažavanje roditeljskog stresa, potrebno je ispitati glavne čimbenike iz okoline koji uvjetuju nastanak stresne reakcije. Miles je 1993. osmislio skalu pomoću koje je moguće ispitati čimbenike rizika u uvjetima bolničkog okruženja da bi omogućio njihovu procjenu. Ova metodologija kasnije je nastavljena u malom broju ispitivanja. Skala je modificirana 2011. godine, međutim rezultati različitih ispitivanja koja su koristila tu skalu ne mogu se jednoznačno protumačiti. U interpretaciji rezultata studija potrebno je uključiti moguće pogreške s obzirom na različito vremensko razdoblje ispitivanja, veličinu uzoraka, različite metode i drugačije mjerne instrumente te tip prikupljenih podataka (Meyer et al. 1995 i Miles & Holditch - Davis 1997). Najčešći izvori stresa odnose se na promjenu roditeljske uloge, prizore i zvukove doživljene u bolničkom okruženju te izgled i ponašanje djeteta.

### **Stres roditelja povezan s boravkom djeteta u JILN**

Rođenje djeteta najvažniji je događaj u obitelji praćen najsnažnijim emocijama, obično ugodnim. Nažalost, katkad se dogodi da već u prvim minutama nakon rođenja život pokaže svoju okrutnost te se kod roditelja pojavljuju složene i podijeljene emocije. Priopćavanje roditeljima da s njihovom djecom nešto nije u redu težak je zadatak i za medicinsku sestru i liječnika. U takvoj su situaciji roditelji često u šoku, emocionalno su ranjivi te se suočavaju s promijenjenom budućnošću, drugačije nego je bilo očekivano. Hospitalizacija novorođenčeta u JILN-u neizbježno uzrokuje emocionalni stres (Carter et al. 2005, Gennaro 1988, Jeffcoate et al. 1979, Singer et al. 1999, Trause and Kramer 1983). Cijelu situaciju dodatno im otežavaju stavovi i reakcije ljudi oko njih.

Novorođenačko razdoblje je jedinstveno i odlikuje ga nerazdvojni odnos majke i novorođenčeta. Bolničko okruženje narušava integritet tog odnosa i vrlo je često izvor stresa za cijelu obitelj. Novorođenče se može roditi mnogo prije očekivanog termina poroda, može imati prirođenu malformaciju koja je nespojiva s životom, porođaj se može zakomplicirati i završiti smrću. U takvim situacijama osim postupaka usmjerenih na liječenje djeteta iznimno je važno prikladnim riječima roditelje odmah obavijestiti o stanju djeteta kako bi razdoblje liječenja i boravak u bolnici bio što bezbolniji i kraći. Od trenutka rođenja nedonošenog

djeteta za roditelje počinje proces “prijevremenog roditeljstva“. U tim uvjetima roditelji se različito prilagođavaju novonastaloj situaciji unutarnjim i vanjskim manifestacijama. Majkama trudnoća koja je završila prijevremenim porodom ne ispunjava idealna planirana očekivanja o trudnoći, dok očevi uz proces prilagodbe preuzimaju i ulogu u održavanju stabilnosti obitelji (Benfield, Leib & Vollman 1978). Prema navedenim tvrdnjama količina stresa je prisutnija i veća kod majki (Miles 1989, Perhudoff 1990), a to neki autori pripisuju specifičnim dimenzijama osobnosti (Cloninger 1994).

Liječenje teško bolesne novorođenčadi jedan je od najzahtjevnijih zadataka za zdravstvene profesionalce od kojih se očekuje visoka svijest o potrebama obitelji teško bolesne djece, zahtijeva mnogo vremena i mogu ga provoditi samo visoko motivirani profesionalci. Uz pomoć zdravstvenog osoblja roditelji preuzimaju odgovornost za brigu svoga djeteta, kako u fizičkom tako i u psihološkom smislu. Ako roditelji ne posjeduju primjerenu informaciju ili se zbog stresa ne mogu adaptirati, vrlo vjerojatno neće željeti ili neće moći slijediti savjet stručnjaka. Posljedica je bitno umanjen učinak i ishod liječenja djeteta. Od roditelja ne treba očekivati da traže ono što im je potrebno, jer se čak i najstabilniji roditelji u stresnim situacijama mogu osjećati nesposobnima izraziti misli, osjećaje i potrebe (Grubić et al. 2013).

JILN su specijalizirane jedinice unutar pedijatrijskih odjela i jedan je od najstresnijih odjela na Klinici za pedijatriju. Vitalno ugrožena novorođenčad i nedonoščad zbrinjavaju se u jedinicama intenzivnog liječenja u kojima se provodi stalni nadzor bolesnika i obavlja ciljana dijagnostička obrada i liječenje. Specifičan izgled, mnogobrojna, suvremena oprema, česti invazivni i bolni postupci, stanja koja aktualno ili potencijalno ugrožavaju život djeteta, te neplanirani prijemi (tek u manjem broju slučajeva su prijemi planirani), predstavljaju izvor stresa kako za bolesnu djecu, tako i za roditelje. Trenutkom prijema djeteta u jedinicu intenzivnog liječenja sva pažnja medicinskog osoblja usmjerena je stabilizaciji djeteta, dok se na roditelje nerijetko ili potpuno zaboravlja ili im se ne poklanja dovoljno pažnje.

Hospitalizacija novorođenog djeteta u JILN-u uzrokuje roditeljima stres koji je povezan s depresijom i anksioznošću. Mnogo je manje istražena povezanost navedenog stresa s

umorom i smetnjama spavanja. Roditeljski stres, anksioznost, depresija i umor utječu na promjene u roditeljskom ponašanju, na interakciju roditelja i novorođenčadi, na ishod kognitivnog razvoja, emocionalnu regulaciju te zdravlje novorođenčadi, a ostavlja dugoročne posljedice na emocionalno zdravlje roditelja. Neka istraživanja su pokazala da 15% majki i 8% očeva iskazuje simptome PTS-a 30 dana po prijemu njihove djece u jedinice intenzivne skrbi. Majke nedonoščadi iskazuju stresne reakcije i 6 mjeseci nakon rođenja njihove nedonoščadi, a 13% majki iskazuje simptome depresije 27 mjeseci nakon rođenja djeteta. U istraživanju Holditch - Davisa (1997.), stres majki koji nastaje nakon rođenja prematurusa ne smanjuje se konstantno u vremenu, nego takav intenzivan distress ima različit i dugotrajan učinak na majke i njihovo roditeljstvo. Ovdje je posebno važno istaknuti emocionalne posljedice i različitost roditeljskog ponašanja na iskustvo boravka u JILN-u. Najčešće emocionalne reakcije roditelja na boravak u JILN-u uključuju razočaranje, krivnju, tugu, depresiju, neprijateljstvo, ljutnju, strah, tjeskobu, bespomoćnost, osjećaj neuspjeha i gubitak samopoštovanja (Affleck & Tennen 1991, Miles et al. 1992, 1993, Hughes et al. 1994, Als - Gilkerson 1997, Miles & Davis 1997, Kussano & Maehara 1998, Singer et al. 1999, Brazy et al. 2001, Lau & Morse 2001, Eriksson & Pehrsson 2002).

Nedonoščad se zbrinjava u jedinicama intenzivnog liječenja sa suvremenom i sofisticiranom tehničkom opremom (Riper 2001, Butler & Galvin 2003). Za obitelj je vrlo stresno ostaviti svoje dijete u takvoj sredini jer misle da su izgubili kontrolu zbog boravka u nepoznatom okruženju. Okolina i njezine fizičke karakteristike (svjetla, bučni aparati za održavanje života, razne infuzijske pumpe, zvukovi alarma i ventilacije, oprema za monitoriranje, kemijski mirisi, veliki broj novorođenčadi i medicinskog osoblja) predstavljaju veliki izvor stresa (Mc Grath & Conliffe - Tores 1996). Međutim, prema izvještajima roditelja, najveći izvor stresa je gubitak očekivane, zamišljene roditeljske uloge. Osjećaju se toliko razočarani i frustrirani da ne mogu obavljati uobičajene roditeljske zadatke (hranjenje, kupanje, prematanje, držanje u krilu), budući da su doživjeli ekstremni stres i bespomoćnost vezano za nemogućnost pružanja zaštite svom djetetu (Miles et al. 1992, 1993). Najčešći izvori stresa roditeljima u bolnici su: nedostatak informacija i komunikacije, strah od nepoznatog i medicinskih postupaka, osjećaj krivnje, frustracija zbog čekanja nalaza i razgovora s

liječnikom. Nedostatak privatnosti na ovakvom odjelu može u roditelja izazvati osjećaj da su pod stalnim nadzorom. Da bi pružili adekvatnu skrb i izgradili povjerenje, sestrična i liječnička percepcija roditelja treba biti sukladna s percepcijom obitelji. Važno je znati kako se roditelji osjećaju i kako mogu reagirati. Potrebno je pomoći roditeljima da prepoznaju i prihvate vlastite obrambene mehanizme, razumjeti ih, a ne kritizirati, što će im omogućiti da vide svoje slabosti i da se lakše nose s kriznom situacijom (Grubić et al. 2013).

Uzimajući u obzir psihičku reakciju roditelja na događaj prijevremenog poroda i daljnju odvojenost od djeteta za vrijeme hospitalizacije u JILN-u, važno je poznavati prirodu stresora roditelja tijekom hospitalizacije djeteta. U tu svrhu je u ovom radu korišten upitnik samoprocjene roditeljskog stresa (Parental Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit (PSS-NICU), M.S. Miles 2011) koji omogućuje uvid u najčešće izvore roditeljskog stresa i njihov intenzitet. Poznavanje vrste stresora roditelja osnova je za utvrđivanje intervencija kojima se on ublažava ili smanjuje, kao i definiranje uloge medicinske sestre u tom procesu.

#### **4. HIPOTEZA:**

1. Promjena u roditeljskoj ulozi za roditelje predstavlja najveći izvor stresa
2. Kod majki će se identificirati viša razina stresa, no neće se razlikovati od očeva po izvorima stresa.

## **5. CILJEVI ISTRAŽIVANJA**

### **OPĆI CILJ:**

Temeljem identifikacije najčešćih izvora stresa roditelja djece hospitalizirane u JILN-u osmisliti odgovarajuće sestrinske intervencije usmjerene ublažavanju roditeljskog stresa.

### **SPECIFIČNI CILJEVI:**

- 1.** Na temelju specifičnih pitanja ispitati koji su najizraženiji izvori stresa kod roditelja čija su djeca liječena u JILN-u.
- 2.** Kvantificirati intenzitet doživljenog stresa kao psihičku reakciju roditelja s obzirom na okolinu u kojoj se dijete nalazi, izgled i ponašanje djeteta te promjenu roditeljske uloge.
- 3.** Utvrditi postoji li razlika u intenzitetu doživljenog stresa i njegovim izvorima kod očeva i majki.

## **6. MATERIJALI, ISPITANICI, METODOLOGIJA I PLAN ISTRAŽIVANJA**

Ovaj rad oblik je neeksperimentalnog istraživanja koje se temelji na upitniku samoprocjene (eng. self report questionnaire) sastavljanom od kratkog demografskog dijela i ljestvice roditeljskih stresora u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi prema eng. Parental Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit (PSS-NICU), M.S.Miles iz 2011. godine. Istraživanje je provedeno u JILN-u Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb u razdoblju od 15.lipnja 2016. do 15.srpnja 2017. na uzorku od 73 roditelja hospitalizirane djece. Roditelje smo kontaktirali nakon tjedan dana boravka djeteta u bolničkom okruženju te ih zamolili da sudjeluju u istraživanju. Sudionicima je detaljno objašnjen cijeli postupak istraživanja nakon čega je svaki sudionik ispunio formular i dao svoj pristanak.

Nitko od prisutnih roditelja nije odbio sudjelovanje u istraživanju. Sudjelovalo je ukupno 73 roditelja hospitalizirane djece; 37 majki i 36 očeva. Prilikom ispunjavanja upitnika roditelji su trebali upisati demografske podatke o dobi i spolu. Ljestvica roditeljskih stresora u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi sastojala se od 26 stavki podijeljenih u tri cjeline: promjena roditeljske uloge (7 stavki), izgled i ponašanje djeteta (14 stavki) te prizori i zvukovi (5 stavki). Zadatak roditelja bio je ocijeniti stavke bodovima od 1 do 5, u rasponu od "uopće nije stresno" do "iznimno stresno". Ispunjavanje upitnika bilo je anonimno. Roditelji su nakon ispunjavanja upitnik ubacili u za to predviđenu kutiju.

### **Mjerni instrumenti:**

Ljestvica roditeljskih stresora u JILN-u, eng. Parental Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit (PSS-NICU), prema M.S. Miles iz 2011. godine osmišljena je za mjerenje razine stresa koji su roditelji doživjeli tijekom hospitalizacije zbog promjena u njihovoj roditeljskoj ulozi, izgledu i ponašanju djeteta te prizora i zvukova koji se doživljavaju u JILN-u. Mjerenje razine stresa postiže se specifičnim pitanjima koja izvore stresa grupiraju u tri cjeline:



promjena roditeljske uloge (7 stavki), izgled i ponašanje djeteta (14 stavki) te prizori i zvukovi (5 stavki).

Prema dosadašnjim studijama potvrđeno je kako PSS-NICU upitnik ima visoku konstruktivnu valjanost i unutarnju pouzdanost za procjenu psihometrijskih svojstava (prizori i zvukovi, promjena roditeljske uloge, bolest djeteta i izgled) ako se primijeni unutar dva tjedna od dolaska roditelja u jedinicu intenzivnog liječenja u odnosu prema sličnim mjernim instrumentima (Franck et al. 2005).

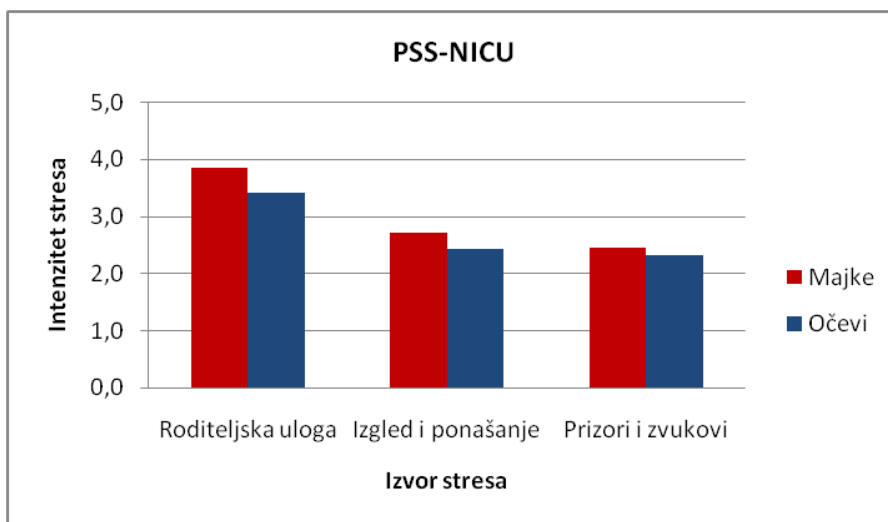
### **Analiza podataka:**

Prikupljeni rezultati obrađeni su u programu SPSS-15. Razlike u intenzitetu skupina stresora testirane su t-testom za zavisne uzorke, a razlike po spolu t-testom za nezavisne uzorke. Dobiveni rezultati prikazani su grafički metodama deskriptivne statistike.

## **7. REZULTATI:**

Vežano uz izvore stresa u JILN-u utvrdili smo statistički značajnu razliku u intenzitetu doživljenog stresa ovisno o izvorima stresa, pri čemu najveći izvor stresa za roditelje (i očeve i majke) predstavlja promjena u roditeljskoj ulozi (PRU) ( $t_{RU-IIP}=8,825$ ,  $p<0,01$ ). Sljedeći po intenzitetu izvor stresa je izgled i ponašanje djeteta (IiP) ( $t_{IIP-PiZ}=3,325$ ,  $p<0,01$ ), a najmanji stresor po intenzitetu je bolničko okruženje (prizori i zvukovi - PiZ).

**Graf 1:** Intenzitet doživljenog stresa roditelja čija su djeca hospitalizirana u JIL

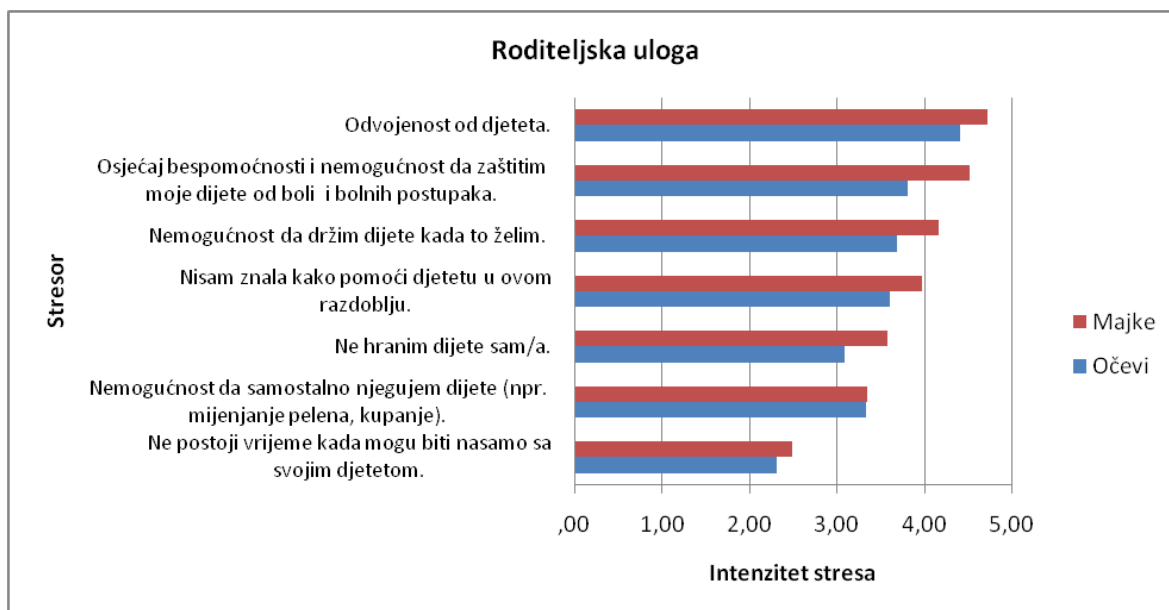


Iako je u prosjeku vidljiva nešto niža razina stresa po pojedinim područjima kod očeva u usporedbi s majkama, razlika nije statistički značajna. Očevi i majke se ne razlikuju značajno u intenzitetu doživljenog stresa niti u intenzitetu pojedinih skupina stresora.

### Roditeljska uloga:

Vezano uz roditeljsku ulogu i majkama i očevima najveću razinu stresa izaziva odvojenost od djeteta, pa zatim osjećaj bespomoćnosti i nemoći u preveniranju boli kod djeteta i nemogućnost da drže dijete kada to žele.

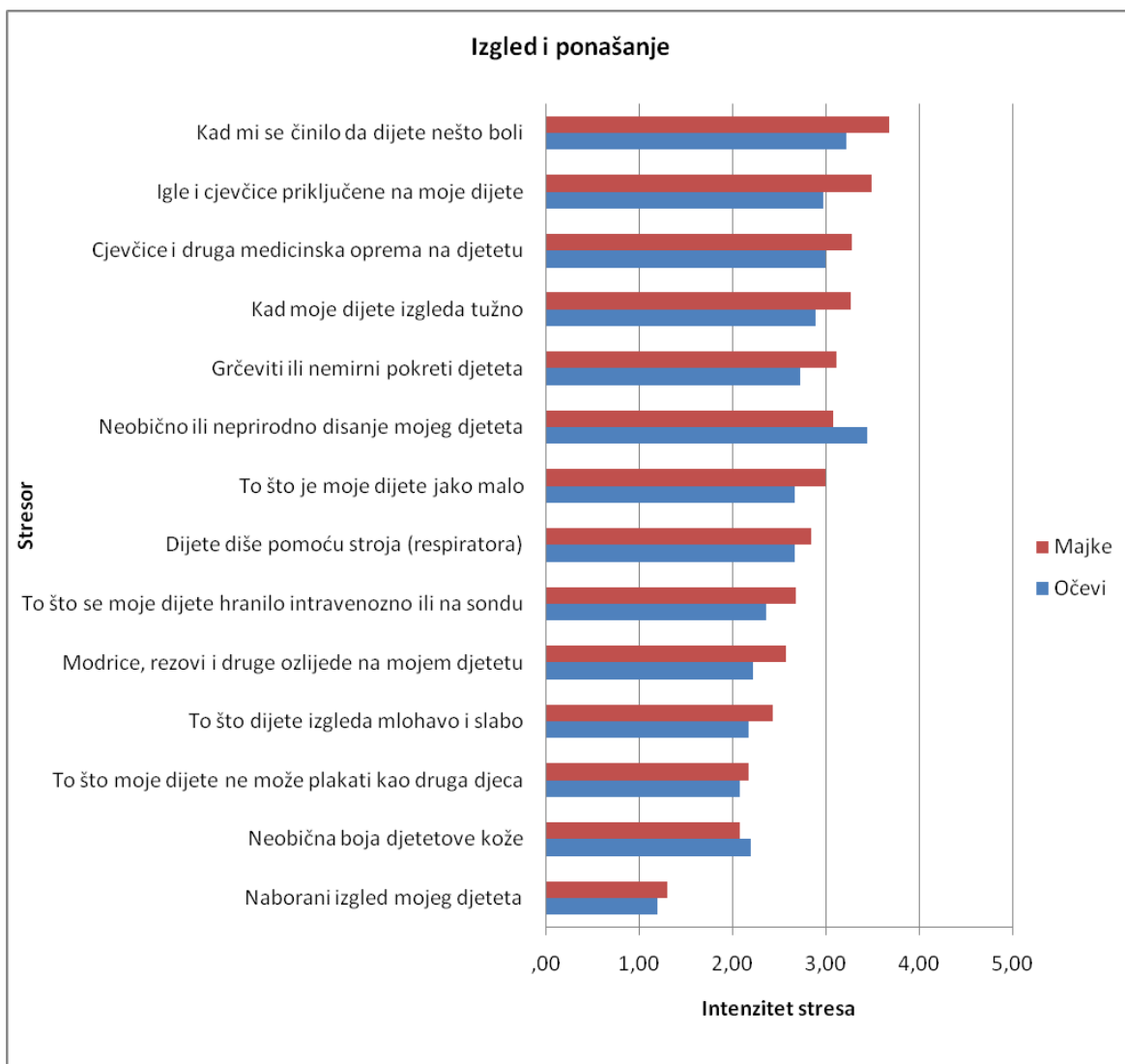
**Graf 2:** Intenzitet stresora vezanih uz roditeljsku ulogu



### Izgled i ponašanje djeteta:

U izgledu i ponašanju djeteta majkama je najstresnije bilo kada im se činilo da dijete trpi bol te igle, cjevčice i druga medicinska oprema u blizini djeteta ili priključena na dijete, dok je očevima još stresnije od navedenog bilo ne prirodno disanje djeteta.

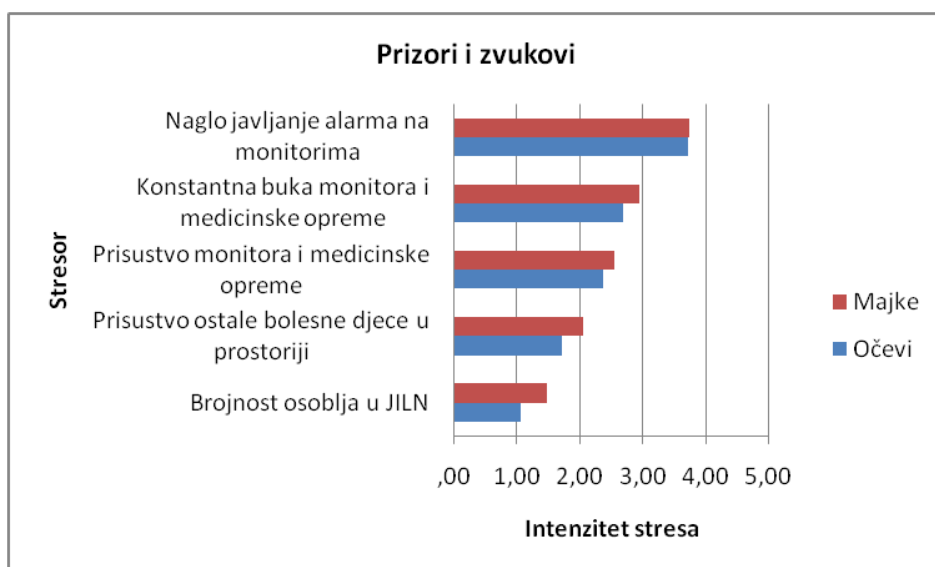
**Graf 3:** Intenzitet stresora vezanih uz izgled i ponašanje djeteta



### Prizori i zvukovi:

Od bolničkog okruženja i očevima i majkama su najstresniji bili naglo javljanje alarma na monitorima i konstantna buka monitora i medicinske opreme.

**Graf 4:** Intenzitet stresora vezanih uz prizore i zvukove u JILN



## **8. RASPRAVA**

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da najveći izvor stresa roditelja, majki i očeva, u JILN predstavlja promjena u roditeljskoj ulozi. Izrazito stresnim roditelji doživljavaju odvojenost od djeteta te nemogućnost da samostalno hrane i njeguju dijete, da ga kupaju, mijenjaju pelene. Brine ih nemogućnost da budu s djetetom nasamo, da s njim provode vrijeme i da ga drže kada to žele. Stresnim doživljaju i izražen osjećaj bespomoćnosti i nemogućnosti da zaštite dijete od boli i bolnih postupaka te nemogućnost i nemoć da pomognu djetetu. Ovi rezultati su u skladu s istraživanjima Miles i suradnika koji naglašavaju razočaranost i frustriranost roditelja zbog nemogućnosti obavljanja uobičajenih roditeljskih zadataka. S obzirom da medicinske sestre njeguju bolesno dijete, roditelji se osjećaju kao promatrači, svoju ulogu procjenjuju nevažnom, sekundarnom. Osjećaju se loše jer imaju potrebu tražiti dopuštenje sestara za izravan taktilni kontakt sa svojim djetetom. Osjećaj bespomoćnosti potiče razvoj tjeskobe i uznemirenosti što dodatno otežava prilagodbu roditelja na stanje djeteta i može imati negativan utjecaj na proces stvaranja povezanosti i odnosa s djetetom. Kada se uspoređuju intenziteti pojedinih izvora stresa vezanih uz roditeljsku ulogu i majkama i očevima najveću razinu stresa izaziva odvojenost od djeteta, pa zatim osjećaj bespomoćnosti i nemoći u prevenciji boli kod djeteta i nemogućnost da drže dijete kada to žele.

Sljedeći izvor stresa po intenzitetu je stres vezan uz izgled i ponašanje djeteta. Majke navode da im je najveći izvor stresa izgled medicinske opreme na djetetu ili u njegovoj blizini, a očeve najviše uznemiruje neobično i neprirodno disanje djeteta. Izrazito stresnim roditelji doživljavaju situacije u kojima im se čini da dijete nešto boli te kad dijete izgleda tužno. To je povezano sa stresom vezanim uz roditeljsku ulogu kad se osjećaju bespomoćnima jer ne mogu pomoći djetetu za kojeg pretpostavljaju da se osjeća loše. Prestrašenim i uznemirenim čine ih grčeviti ili nemirni pokreti djeteta, to što je na respiratoru i što se hrani intravenozno

ili na sondu. I majke i očeve brine to što je dijete jako malo. Najmanje stresnim procjenjuju naborani izgled djeteta i to što izgleda mlohavo i slabo.

Ovi nalazi su u skladu s istraživanjima koja su pokazala da izloženost inkubatorima i drugim uređajima za održavanje života u JILN-u kod većine roditelja uzrokuje strah. Postupci kao što su upotreba injekcija, umetanje cijevi i katetera, kontinuirano primanje intravenozne terapije i prikupljanje uzoraka krvi dodatno povećava njihov osjećaj straha i uznemirenosti. Roditelji percipiraju da stresori koji iz okoline povećavaju njihov doživljaj stresa, također štete i njihovoj djeci.

Najmanji stresor po intenzitetu za roditelje su prizori i zvukovi u bolničkom okruženju. Malo stresnim ili umjereno stresnim doživljavaju prisutnost i stalnu buku monitora i opreme, zvukove alarma na monitoru te prisutnost ostale bolesne djece u prostoriji i veliki broj ljudi koji rade na odjelu.

Iako je u prosjeku vidljiva nešto niža razina stresa po pojedinim područjima kod očeva u usporedbi s majkama, razlika nije statistički značajna. Očevi i majke se ne razlikuju značajno u intenzitetu doživljenog stresa niti u intenzitetu pojedinih skupina stresora.

Rezultati dosadašnjih istraživanja navode kako najveći izvor stresa za roditelje predstavlja bolničko okruženje tj. prizori i zvukovi. Odvojenost od djeteta, osjećaj nemoći te izgled i ponašanje djeteta dodatni su stresni čimbenici (Miles 1991). Ponašanje i način komunikacije zdravstvenog osoblja s roditeljima pacijenata ispitanici ne doživljavaju stresnim. U studiji Alfonsa i suradnika najveći izvor stresa za roditelje bio je roditeljska odvojenost od djeteta (Alfonso 1992).

Suprotno rezultatima navedenih istraživanja u ovoj studiji utvrđena je statistički značajna razlika u intenzitetu doživljenog stresa ovisno o izvorima stresa, pri čemu je najveći izvor stresa za roditelje predstavljala promjena u roditeljskoj ulozi (PRU). Odvojenost od djeteta roditelji su smatrali najstresnijom stavkom. Sljedeći po intenzitetu izvor stresa bio je izgled

i ponašanje djeteta (IiP), a najmanji stresor po intenzitetu je bolničko okruženje (prizori i zvukovi - PiZ).

Prema dostupnoj literaturi u svim segmentima procjene roditeljskih stresora, majke novorođene djece znatno su senzibilnije i sklonije nastanku stresa od očeva. Takva pojava tumači se drugačijom emocionalnom strukturom i većom tjelesnom povezanošću s djetetom od samog trenutka začeća. Rezultati istraživanja ističu nižu razinu stresa po pojedinim područjima kod očeva u usporedbi s majkama, no razlika nije statistički značajna. Očevi i majke nisu se značajno razlikovali u intenzitetu doživljenog stresa niti u intenzitetu pojedinih skupina stresora.

Prema istraživanju koje su proveli Reid i suradnici iz 2007. najviše stresa roditeljima je stvarala iznenadna buka monitora i alarma, a zatim samo postojanje monitora i kontinuirana buka. Iz skupine pitanja koja su se odnosila na ponašanje novorođenčeta daleko najviše stresa je izazivala prisutnost roditelja kod postavljanja venskih putova njihovoj djeci, a zatim sam izgled bolnog novorođenčeta. U nešto manjem broju stres je izazivalo i primijećen obrazac nepravilnog disanja novorođenčeta te pripremljen endotrahealni tubus kraj djeteta. Nadalje, iz treće skupine pitanja, koja su ispitivali povezanost novorođenčeta s ulogom roditeljstva, najviše stresa roditeljima je činila odvojenost od djeteta, a odmah zatim i osjećaj bespomoćnosti u zaštiti novorođenčeta od boli. U grupi pitanja koja se odnose na ponašanje osoblja i komunikaciju samo je na dva pitanja od jedanaest po jedan roditelj odgovorio da je imao najvišu razinu stresa, i to na zabrinuti izgled medicinskog osoblja jedan roditelj, a drugi na ponašanje medicinskog osoblja kao da roditelji nisu prisutni. Ipak, velika većina roditelja je na svih jedanaest pitanja odgovorila da nije iskusila stres uopće.

U planiranju sestrinskih intervencija za smanjenje razine doživljenog stresa svakako je potrebno ispitati stav roditelja o njihovoj informiranosti i razumijevanju dijagnoze te uključenosti u proces liječenja.



### **Intervencije medicinskih sestara: promocija pozitivnog roditeljstva**

Kvaliteta zdravstvene skrbi u JILN-u očituje se ne samo u zdravstvenoj skrbi djeteta nego i u komunikaciji i pružanju psihološke potpore roditeljima. Medicinske sestre imaju vitalnu ulogu u podupiranju i interakciji između djeteta i majke. Sestre su kontinuirano uz dijete, planiraju i provode proces zdravstvene njege, brinu o sigurnosti djeteta, sudjeluju u procesu liječenja, suzbijanju boli, upućene su u tehnološke segmente uređaja na koje je dijete priključeno, osiguravaju komunikaciju i pristup informacijama, pružaju edukaciju i osiguravaju podršku obitelji i neposredni kontakt. Medicinske sestre svojim će znanjem, vještinama i kvalitetnim komunikacijskim kompetencijama smanjiti strah roditelja i poticati kontakt i nastojati zadobiti njihovo povjerenje. Glavni elementi izgradnje međusobnog povjerenja su informiranost, senzitivnost te komunikacijske vještine i znanja. (Kniewald 2013, Grubić et al. 2011).

Najveći izvor roditeljskog stresa vezan je uz roditeljsku ulogu te je to područje na koje treba najviše obratiti pažnju tijekom boravka djeteta u JILN-u. Upravo su medicinske sestre osobe koje zbog prirode svog posla mogu najviše smanjiti razinu stresa osnažujući i potičući roditelje na česte posjete, dojenje, držanje djece i interakciju na razini primjerenom razvojnoj dobi i stanju djeteta. (Franck et al. 2005). U ovom razdoblju roditeljstva, majke i očevi prolaze kroz faze prilagodbe i zato je bitno kontinuirano mijenjati pristup i prilagođavati se novonastaloj situaciji. Otvoren i iskren odnos potaknut će interakciju potrebnu da se zadovolje jedinstvene potrebe roditelja i djeteta. Većina zdravstvenih stručnjaka slaže se kako su ovi principi važni bez obzira što ih je teško provoditi u dnevnoj praksi zbog težine i složenosti dugotrajne bolesti, nedostatka vremena i povećanog opterećenja u okruženju intenzivne skrbi. Intervencije medicinskih sestara koje pomažu roditeljima podrazumijevaju boravak uz roditelje tijekom prvog dolaska u JILN, redovita izvještavanja o stanju djeteta, odgovaranje na njihova pitanja, pružanje osjećaja sigurnosti u ulogu roditelja, davanje prava na izražavanje emocija, poticanje na redovne posjete i ostvarivanje tjelesnog kontakta s djetetom. Neke medicinske sestre smatraju pomak tradicionalne uloge medicinske sestre iz uloge njegovatelja i pomagača u edukatora i konzultanta vrlo izazovnom. Ulaganje napora u razvijanje odnosa povjerenja i suradnje s roditeljima temeljni su postupci za promicanje

roditeljskog angažmana i jačanje roditeljske sigurnost kako bi bili sposobni brinuti se za svoje dijete (Beal 2000, Mc Allister & Dionne 2006). U novonastalim uvjetima sve intervencije psihološke podrške trebaju biti usmjerene na obitelj. Poticanje posjeta i podučavanje roditelja kako pristupiti i brinuti se o djetetu, daju dodatnu snagu procesu liječenja (Mok & Leung, 2006). Kako bi se smanjio stres i frustriranost roditelja vezan uz nemogućnost ispunjavanja očekivane roditeljske uloge i zadataka, važno je uključiti ih u proces njege i brige o zdravlju djeteta u najvećoj mogućoj mjeri koju dopušta zdravstveno stanje djeteta. Važno je dati im detaljne upute na koji način mogu ostvariti tjelesni kontakt s djetetom ili im dati informacije kada će to biti moguće. Dobro je naglasiti važnost njihove prisutnosti i mogućnosti stimulacije djeteta (glas, dodir). To im daje osjećaj sigurnosti, smanjuje osjećaj bespomoćnosti, a time i rizik za razvoj emocionalnih teškoća kod roditelja i poteškoća u razvoju odnosa s djetetom. Istraživanja su jasno pokazala da se stres majki koji nastaje nakon rođenja prematurusa ne smanjuje tijekom vremena, nego takav intenzivan stres ima različit i dugotrajan učinak na majke i njihovo roditeljstvo (Holditch-Davis i Miles, 2000).

U pristupu roditeljima sestra se treba prilagoditi individualnim potrebama pojedine obitelji, njihovom emocionalnom stanju, stupnju obrazovanja i kulturalnim osobitostima. Pokazalo se da roditelji ne podržavaju neke od postupaka medicinskih sestara: odgoda u davanju egzaktnog odgovora, nestrpljivost i razdražljivost u komunikaciji, lažne ili reducirane informacije, korištenje pretjerano stručnog jezika. Ograničavanje prava roditeljima na posjet i kontakt s djetetom, neugodan ton pri komunikaciji šalju poruku roditeljima da nisu dovoljno kompetentni (Miles & Davis 1997). Medicinska sestra treba u komunikaciji s roditeljima osnažiti roditeljsko samopoštovanje i izgraditi povjerenje u medicinsko osoblje.

Sljedeći izvor stresa po intenzitetu je stres vezan uz izgled i ponašanje djeteta. Kako su istraživanja pokazala da se roditeljski stres smanjuje ako su roditelji upoznati s funkcijom opreme i njezinom ulogom u održavanju života njihove djece (Miles & Davis 1997) uloga medicinske sestre je da ih o tome informira pri dolasku u JILN. Važno je objasniti im zašto dijete diše pomoću respiratora i kako se to zbiva, zašto se hrani intravenozno ili na sondu i kakav je to postupak te čemu služe igle i cjevčice priključene na dijete. Roditelje treba

informirati i objasniti im svrhu prije provođenja svakog postupka (davanje terapije, vađenje krvi) i procesa njege djeteta.

Pokazalo se da je jedan od načina podrške roditeljima mogućnost da se upoznaju s prostorom i opremom JILN-a. Iako majke potvrđuju kako je obilazak JILN-a za njih bio stresan događaj, smatraju ga korisnim. Dodatno se pokazalo da im pomažu tiskane upute (Raeside 1997) koje sadrže objašnjenja vezana uz medicinsku opremu i terminologiju koja se koristi tijekom liječenja. Melnyk i suradnici proveli su istraživanje na 147 roditelja nedonoščadi koje su uključili u program osnaživanja roditelja (COPE). Program je sadržavao audiovizualna i pismena izdanja o ponašanju novorođenčadi te o roditeljskoj ulozi. Kod majki sudionica istraživanja zabilježene su niže razine stresa u odnosu na majke koje nisu dobile upute. Među očevima nije pronađena razlika (Melnyk et al. 2006). Komunikacija s medicinskim sestrama je od presudne važnosti za prilagodbu obitelji novom okruženju, jeziku i terminologiji koju usvajaju tijekom razdoblja boravka svog djeteta u bolnici (Raeside 1997).

Sljedeći izvor stresa za roditelje su prizori i zvukovi u prostoru JILN-a. Visoko tehnološki opremljeni odjeli uz njihove fizičke karakteristike (svjetla, bučni strojevi za održavanje života, pumpe, alarmi opreme za monitoriranje, kemijski mirisi) predstavljaju nepoznato, nekad i zastrašujuće okruženje.

U našem istraživanju se pokazalo da su od bolničkog okruženja i očevima i majkama najstresniji naglo javljanje alarma na monitorima i konstantna buka monitora i medicinske opreme. Prisutnost druge bolesne djece te brojnost osoblja u JILN-u doživljavaju stresnim u znatno manjoj mjeri.

Intervencije medicinskih sestara odnose se na detaljno objašnjavanje razloga javljanja alarma i važnost zvučnih signala (i buke) medicinske opreme. Roditelje može prestrašiti nagli zvuk alarma te je važno uputiti ih da alarm pomaže medicinskom osoblju da pravovremeno reagiraju te da se s djetetom ne događa ništa dramatično. Objasnjavanje i umirivanje, te strpljiv pristup u situaciji kad roditelji emocionalno reagiraju značajno pridonosi smanjivanju stresa.

### **Doprinosi i ograničenja**

U literaturi ne postoje podaci o najčešćim izvorima stresa roditelja djece liječene u jedinicama intenzivnog liječenja u Hrvatskoj. Ova studija prva je analiza takvog tipa. Njezini podaci odnose se na populaciju od 73 roditelja liječene djece. Uzimajući u obzir da je bolnica u kojoj je provedeno istraživanje zdravstvena ustanova tercijarnog tipa, smatramo da su dobiveni podaci odraz stanja na nacionalnoj razini. Budući da su roditelji pacijenata iz različitih dijelova Hrvatske, različitih temperamenata i osobina u našem istraživanju izvršeni su najčešći izvori stresa bez opisanih razlika. Potrebno je nastaviti istraživanje u cilju identifikacije i dodatne podjele socijalnih i ekonomskih faktora koji mogu utjecati na nastanak stresa. U ovoj studiji nismo analizirali broj dosadašnjih trudnoća i prethodna iskustva majki u sličnim situacijama, bračno stanje, obrazovanje i financijski status. Naši podaci pomoći će u budućim istraživanjima te mogu poslužiti kao polazište za procjene nastanka specifičnih ishoda bolesti. Definiranje intervencija medicinskih sestara koje su direktno usmjerene na preveniranje i ublažavanje roditeljskog stresa u JILN-u unapređuje kvalitetu zdravstvene skrbi novorođenčadi.

## **9. ZAKLJUČAK**

Najveći izvor stresa za roditelje u JILN-u predstavlja promjena u roditeljskoj ulozi, sljedeći po intenzitetu izvor stresa je izgled i ponašanje djeteta, a najmanji stresor po intenzitetu je bolničko okruženje. Očevi i majke se ne razlikuju značajno u intenzitetu doživljenog stresa niti u intenzitetu pojedinih skupina stresora.

Intervencije medicinskih sestara koje pomažu roditeljima podrazumijevaju: boravak uz roditelje tijekom prvog dolaska u JILN, redovita izvještavanja o stanju djeteta, odgovaranje na njihova pitanja, pružanje osjećaja sigurnosti u svoju ulogu roditelja, davanje prava na izražavanje emocija, poticanje na redovne posjete i ostvarivanje tjelesnog kontakta s djetetom, poučavanje o tretmanu i zahvatima kojima je dijete izloženo, te objašnjenje zašto se određeni medicinski instrumenti koriste uz istovremeno korištenje roditelju razumljive terminologije.

Bilo bi poželjno pripremiti pisane materijale za roditelje, u kojima će biti informirani o načinu rada JILN-a te načinu na koji će se zadovoljiti potrebe njihovog djeteta. Obitelj mora zauzimati središnje mjesto u kontekstu zdravstvene njege. To se odnosi na postupke liječnika i medicinskih sestara i njihovu osjetljivost za emocionalne i praktične potrebe obitelji u krizi što određuje kvalitetu odnosa i mogućnost pružanja odgovarajuće psihološke potpore.

## **10. ZAHVALE**

Zahvaljujem mentoru prof.dr.sc. Borisu Filipović-Grčiću na ukazanoj pomoći i podršci pri izradi ovog rada.

Posebna zahvala psihologinji Klinike za pedijatriju dr.sc. Marini Grubić za susretljivost, razumijevanje i pomoć pri izradi rada i odabiru teme.

Zahvaljujem psihologinji Klinike za pedijatriju Ani Bogdanić na pomoći pri prikupljanju, obradi podataka i stručnim savjetima.

Zahvaljujem svima koji su svojim angažmanom, sugestijom i kritičnim mišljenjem utjecali na izradu ovog rada.

Zahvala medicinskim sestrama Zavoda za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu koje su svojim svakidašnjim radom i tolerancijom omogućile da završim ovaj studij, te posebna zahvala mojim sestrama Aniti i Gabrijeli na bezuvjetnom povjerenju i pomoći.

## **11. LITERATURA**

1. Affleck G, Tennen H & Rowe J (1991) *Infants in crisis: how parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer-Verlag
2. Affonso DD, Hurst I, Mayberry LJ, Haller L, Yost K & Lynch ME (1992) Stressors reported by mothers of hospitalised pre-mature infants. *Neonatal Network* 11:70–7
3. Als Hgilkerson L (1997) The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Semin Perinatol* 21(3):178-89.
4. Beal JA (2000) A nurse practitioner model of practice in the neonatal intensive care unit. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 25:18-23.
5. Bennett DE, Slade P (1991) Infants born at risk: Consequences for maternal post-partum adjustment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 64:159-172.
6. Benfield DG, Leib SA & Vollmann JH (1978) Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics* 62(2):171-7.
7. Board R, Wenger NR (2003) Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing* 18:195–201.
8. Brazy JE, Anderson BM, Becker PT & Becker M (2001) How parents of premature infants gather information and obtain support. *Neonatal Network* 20(2):41-8.
9. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA (2013) Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical care nurse*, 33:52-59.
10. Butler-Cescutti L & Galvin K (2003) Parents' perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* 12(5):752-61.
11. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF & Darlow BA (2005) Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition* 90: F109-F113.
12. Cloninger CR (1994) Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol.* 4(2):266-73. Review.

13. Eriksson BS, Pehrsson G (2002) Evaluation of psychosocial support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care* 6:19-33.
14. Franck LS, Cox S, Allen A & Winter I (2005) Measuring neonatal intensive care unit related parental stress. *Journal of Advanced Nursing* 49:608-615.
15. Gennaro S (1988) Postpartal anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nursing Research* 37: 82-85.
16. Grubić M, Bogdanić A, Kniewald H, Filipović-Grčić B (2011) Komunikacija u pedijatriji. *Medix* 92 (1):12-14.
17. Holditch-Davis D & Miles MS (2000) Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal network* 19:13-21.
18. Hughes M, McCollum J, Sheftel D & Sanchez G (1994) How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Child Health Care* 23(1):1-14.
19. Jeffcoate JA, Humphrey ME & Lloyd JK (1979) Role perception and response to stress in fathers and mothers following pre-term delivery. *Social Science and Medicine* 13:139-145.
20. Kniewald H (2013) Kako dati informacije roditeljima teško bolesne djece. Grubić M, Ljubešić M, Filipović-Grčić B. *Kako reći neželjenu riječ*. Zagreb: Medicinska naklada. str. 49-56.
21. Kussano C, Maehara S (1998) Japanese and Brazilian maternal bonding behaviour towards preterm infants: A comparative study. *Journal of Neonatal Nursing-London*. 4:23-1.
22. Lazarus RS (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
23. Lau R, Morse C (1998) Experiences of parents with premature infants hospitalised in neonatal intensive care units: A literature review. *Journal of Neonatal Nursing* 4(6):23-29.
24. Marks DF, Murray M, Evans B and Willig C (2000) *Health psychology: Theory, practice and research*.
25. Mc Allister M & Dionne K (2006) Partnering with parents: establishing effective long-term relationship with parents in the NICU. *Neonatal Network* 25:329-337.



26. Mc Grath JM, Conliffe-Torres S (1996) Integrating family centered developmental assessment and intervention in to routine care in the neonatal intensive care unit. *The Nursing Clinics of North America* 31: 367-386.
27. Meyer EC, Coll CTG, Seifer R, Ramos A, Kilis E and Oh W (1995) Psychological distress in mothers of preterm infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 16:412-417.
28. Miles MS (1989) Parents of critically ill premature infants: Sources of stress. *Critical Care Nursing Quarterly* 12(3):69-74.
29. Miles MS, Davis DH (1997) Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology* 21: 254- 266.
30. Miles MS, Funk SG, Carlson J (1993) Parental stressor scale: neonatal intensive care unit. *Pediatric Nursing* 42: 148–152.
31. Miles MS, Funk SG, Kasper MA (1992) The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing Health* 15: 261-269.
32. Miles MS, Funk SG and Kasper MA (1991) The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. *AACN Advanced Critical Care* 2:346-354.
33. Melnyk BM, Feinstein NF et al. (2006) Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 118: 1414-1427.
34. Mok E, Leung S F(2006) Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing* 15:726-734.
35. Perhudoff B (1990) Parents' perceptions of environmental stressors in the special care nursery. *Neonatal Network* 9:39-44.
36. Raeside L (1997) Perceptions of environmental stressors in the neonatal unit. *British Journal of Nursing* 6:914-923.
37. Reid T, Bramwell R (2003) Using the Parental Stressor Scale: NICU with a British sample of mothers of moderate risk preterm infants. *Journal of reproductive and infant psychology* 21:279-291.

38. Reid T, Bramwell R, Booth N and Weindling AM (2007) A new stressor scale for parents experiencing neonatal intensive care: the NUPS (Neonatal Unit Parental Stress) scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 25:66-82.
39. Riper MV (2001) Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart and Lung* 30:74–82.
40. Singer LT, Salvator A, Guo A , Collin M, Lilien L & Baley J (1999) Maternal psychological distress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of the American Medical Association* 281: 799-805.
41. Trause MA & Kramer LI (1983) The effects of premature birth on parents and their relationship. *Developmental Medicine & Child Neurology* 25: 459-465.
42. Turan T, Başbakkal Z, Ozbek S (2008) Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 17:2856-66.

## **12. ŽIVOTOPIS**

Marija Džimbeg rođena je 17.12.1971. godine u Sinju gdje je završila osnovno obrazovanje. Srednju medicinsku školu završila 1989. godine u Zagrebu. Odmah poslije srednjoškolskog obrazovanja zaposlila se na Klinici za pedijatriju KBC-a Zagreb gdje je bila u obilasku na svim pedijatrijskim odjelima, ali ipak najveću ljubav je pokazala na Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu - 26 godina radnog iskustva. Hrvatska Udruga medicinskih sestara 2004. godine dodijelila joj je priznanje za stručan i savjestan rad. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, smjer sestrinstvo, završila je 2006. godine, a 2015. godine upisala je diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (trenutno 2. godina studija). Godinama radi kao voditeljica tima u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi, a tri godine je i glavna sestra odjela. Od 1998. do 2006. godine bila je članica ESPNICA (European Society of Pediatric Neonatal Intensive Care). Od 2000 - 2013. godine bila je članica Organizacijskog odbora tečaja trajnog usavršavanja neonatalnih medicinskih sestara, kao predavač i kao aktivan član Organizacijskog odbora godišnjih stručno-znanstvenih skupova, a od 2014. godine je voditeljica tečaja. Od 2008. godine vanjski suradnik je na Katedri za zdravstvenu njegu djeteta Zdravstvenog veleučilišta. Bila je na međunarodnim skupovima kao sudionik i predavač. Aktivno je pohađala brojne dodatne edukacije i predavanja. Autor je i koautor stručnih radova koji su publicirani u domaćim i stranim publikacijama.

Kao osoba je komunikativna, vesela, odgovorna i profesionalna. Želi učiti, naučeno primijeniti i sve to iz stotine sebičnih i nesebičnih razloga dijeliti. Voli raditi u timu jer vjeruje da se timskim radom postižu rezultati koji nadilaze pojedinačne individualne dosege. Veseli ju komunikacija i suradnja s kolegicama i kolegama. Nastoji stvarati i podržavati poticajnu i ugodnu radnu atmosferu koja pridonosi zadovoljstvu i boljim radnim rezultatima. Svoje znanje želi prenijeti drugima i motivirati ih na izvrsnost u radu. Prihvaća konstruktivne kritike, fleksibilna je u raspravama. Odlučna je preuzeti brigu o podređenima i uputiti ih u pravom smjeru.

## **PRILOG 1:**

### **Ljestvica roditeljskih stresora u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi (PSS-NICU)**

Željeli bismo saznati nešto više o stresnim iskustvima roditelja čija su prijevremeno rođena djeca smještena u Jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi (JILN). Zanima nas Vaše osobno iskustvo kao roditelja djeteta trenutačno smještenog na JILN – u.

U ovom upitniku navedena su različita iskustva koja su drugi roditelji, kad je njihovo dijete bilo na JILN – u, naveli kao stresna. Molimo, za svako niže navedeno iskustvo procijenite koliko je bilo stresno za Vas na skali od 1 do 5. **Pod stresnim, mislimo na iskustvo koje je dovelo do toga da se osjećate tjeskobno, uznemireno ili napeto.** Brojevi predstavljaju slijedeće razine stresa:

- 1 = uopće nije bilo stresno – iskustvo koje Vas nije dovelo do toga da se osjećate napeto, uznemireno ili tjeskobno*
- 2 = malo stresno*
- 3 = umjereno stresno*
- 4 = jako stresno*
- 5 = izrazito stresno*

Ako neko iskustvo niste doživjeli, označite odgovor **ND** “*nisam doživjela/o*”

Pogledajmo na primjeru. **Jaka rasvjeta na JILN – u.**

Ako imate osjećaj da je jaka rasvjeta na JILN – u bila izrazito stresna, zaokružite broj 5.

ND    1    2    3    4    5

Ako imate osjećaj da Vam rasvjeta uopće nije bila stresna, zaokružite broj 1.

ND    1    2    3    4    5

Niže su navedeni različiti **PRIZORI I ZVUKOVI** koji su uobičajeno doživljavaju na JILN – u.

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. Prisutnost monitora i medicinske opreme.       | ND | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Stalna buka monitora i opreme.                 | ND | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Iznenadni zvuk alarma na monitoru.             | ND | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Prisutnost ostalih bolesnih beba u prostoriji. | ND | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Velik broj ljudi koji rade na odjelu.          | ND | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Niže su navedeni opisi kako bi Vaše dijete moglo **IZGLEDATI I PONAŠATI SE** za vrijeme boravka u JILN -u, kao i neki od **POSTUPAKA** koje ste vidjeli da se provode na Vašem djetetu. (Nemaju sva djeca takva iskustva, niti sva djeca izgledaju tako, pa zaokružite ND ako niste vidjeli nešto od navedenog).

1. Cjevčice i druga medicinska oprema na mojem djetetu ili u blizini njega.	ND	1	2	3	4	5
2. Modrice, rezovi i druge ozlijede na mojem djetetu.	ND	1	2	3	4	5
3. Neobična boja djetetove kože (primjerice, blijeda ili žućkasta).	ND	1	2	3	4	5
4. Neobično ili neprirodno disanje mojeg djeteta.	ND	1	2	3	4	5
5. To što je moje dijete jako malo.	ND	1	2	3	4	5
6. Naborani izgled mojeg djeteta.	ND	1	2	3	4	5
7. Dijete diše pomoću stroja (respiratora).	ND	1	2	3	4	5
8. Igle i cjevčice priključene na moje dijete.	ND	1	2	3	4	5
9. To što se moje dijete hranilo intravenozno ili na sondu.	ND	1	2	3	4	5
10. Kad mi se činilo da dijete nešto boli.	ND	1	2	3	4	5
11. Kad moje dijete izgleda tužno.	ND	1	2	3	4	5
12. To što dijete izgleda mlohavo i slabo.	ND	1	2	3	4	5
13. Grčeviti ili nemirni pokreti djeteta.	ND	1	2	3	4	5
14. To što moje dijete ne može plakati kao druga djeca.	ND	1	2	3	4	5

Posljednje područje o kojem Vas nešto želimo pitati je kako se osjećate u vezi vašeg **ODNOSA** s djetetom i vaše **RODITELJSKE ULOGE**. Ako ste doživjeli slijedeće situacije ili osjećaje, označite koliko su Vam bili stresni tako da zaokružite odgovarajući broj. Ponovno zaokružite ND ako ih niste doživjeli.

1. Odvojenost od djeteta.	ND	1	2	3	4	5
2. Ne hranim dijete sam/a.	ND	1	2	3	4	5
3. Nemogućnost da samostalno negujem dijete (npr. mijenjanje pelena, kupanje).	ND	1	2	3	4	5
4. Nemogućnost da držim dijete kada to želim.	ND	1	2	3	4	5
5. Osjećaj bespomoćnosti i nemogućnost da zaštitim moje dijete od boli i bolnih postupaka.	ND	1	2	3	4	5
6. Nisam znala kako pomoći djetetu u ovom razdoblju.	ND	1	2	3	4	5
7. Ne postoji vrijeme kada mogu biti nasamo sa svojim djetetom.	ND	1	2	3	4	5