

**«Η Αντίληψη του Προσωπικού της ΜΕΝΝ Σχετικά με την
Επιρροή Συγκεκριμένων Στρεσογόνων Παραγόντων με τους
οποίους Έρχονται Αντιμέτωποι οι Γονείς των Πολύ
Πρόωρων Νεογνών στην ΜΕΝΝ»**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

LMIC	Χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα
GA	Ηλικία κύησης
ACOG	Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων
SMFM	Εταιρία για την Μητρική Εμβρυική Ιατρική
APT	Τεχνολογία υποβοηθουμένης αναπαραγωγής
PROM	Πρόωρη Ρήξη Μεμβρανών
BW	Βάρος Γέννησης
ASD	Διαταραχή Άγχους
PTSD	Μετατραυματική Διαταραχή Στρες
PPD	Κατάθλιψη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι γονείς των πρόωρων νεογνών συνήθως βιώνουν το διαχωρισμό από το βρέφος τους ή τον αποκλεισμό από το ρόλο τους ως κύριοι φροντιστές κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης του βρέφους τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη γονική σύνδεση των βρεφών και την ψυχολογική ευημερία των γονέων.

Σκοπός: Να καταγραφούν τα επίπεδα άγχους των γονιών με βάση τους παράγοντες που το επηρεάζουν μέσα και έξω από την MENN στη χώρα μας. Επίσης να καταγράψει η αντίληψη του μαιευτικού προσωπικού της MENN, για το άγχος που βιώνουν οι γονείς των νεογνών που νοσηλεύονται σε αυτήν.

Επίσης να διερευνηθεί σε τι βαθμό η εμπειρία του προσωπικού επηρεάζει την αντίληψη τους για το γονικό άγχος και ο ρόλος που μπορεί να αναλάβει το προσωπικό ώστε να βοηθήσει τους γονείς στη μείωση του άγχους τους.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δυο δείγματα. Το Α δείγμα περιλαμβάνει γονείς που γέννησαν πρόωρα νεογνά < των 32 εβδομάδων και κατανοούν επαρκώς την ελληνική και αγγλική γλώσσα (n= 30). Το Β δείγμα περιλαμβάνει το μαιευτικό προσωπικό της MENN του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξάνδρα (n= 30). Για την καταγραφή των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι γονείς πρόωρων νεογνών <32 εβδομάδων χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένο το ερωτηματολόγιο NICU parental scale (PSS:NICU) με 46 ερωτήσεις κλειστού τύπου και πενταβάθμιες απαντήσεις της κλίμακας Likert.

Συμπεράσματα: Εικόνες και ήχοι, γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξανόταν η ηλικία της κύησης, τόσο μειωνόταν το άγχος των γονέων σε αυτή την κατηγορία. Το Βάρος της γέννησης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και αρνητικά τόσο με την αλλαγή γονικού ρόλου ($r=-0.496$, $p=0.005$), όσο και με τις Εικόνες και ήχους ($r=-0.622$, $p<0.001$).

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών, νοσοκόμος, γονέας, Ιατρός, Υποστήριξη, Οικογενειακή φροντίδα, στρες.

ABSTRACT

Parents of premature infants usually experience separation from their infant or exclusion from their role as primary caregivers during their infant hospitalization, which can affect infant parental attachment and parental well-being.

Purpose: To record parenting stress levels based on factors that influence it inside and outside MENN in our country. Also record the perception of the MENN obstetrician staff about the stress experienced by parents of newborns hospitalized.

Also explore the extent to which staff experience influences their perception of parental stress and the role staff can play in helping parents reduce their stress.

Methodology: Two samples were used in the study. Sample A includes parents who gave birth to preterm infants <32 weeks of age and have a good understanding of Greek and English (n = 30). Sample B includes the MENN obstetrician staff at Alexandra General Hospital (n = 30). The NICU parental scale (PSS: NICU) questionnaire with 46 closed-ended questionnaires and five-point Likert-scale questionnaires was translated to record the stress levels experienced by parents of preterm infants <32 weeks.

Conclusions: Pictures and sounds indicate that as the age of pregnancy increased, so did parents' anxiety in this category. Birth weight was statistically significant and negatively associated with both parental role change ($r = -0.496$, $p = 0.005$), and pictures and sounds ($r = -0.622$, $p < 0.001$).

KEYWORDS

Neonatal Intensive Care Unit, Nurse, Parent, Doctor, Support, Family Care, Stress.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά την οποία οι γονείς προετοιμάζονται για τη γέννηση του μωρού τους. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, δημιουργείται ένας δεσμός μεταξύ αυτών και του αγέννητου μωρού. Η γέννηση του παιδιού τότε παρέχει μια νέα διάσταση. Η διαδικασία της εκτίμησης είναι ότι ένα νεογέννητο επηρεάζεται από χαρακτηριστικά όπως το φύλο, το σώμα, το μέγεθος και το σχήμα, την κατάσταση, την εμφάνιση και τη συμπεριφορά. Αν υπάρχει διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των γονέων και των παιδιών, για παράδειγμα, όταν γεννιέται ένα μωρό με συγγενή ελαττώματα ή προγενέστερα, οι γονείς υποφέρουν από έντονο στρες (Janvier A, 2016). Η θεραπεία ενός νεογνού στη NICU τοποθετεί τους γονείς σε ένα αριθμό δύσκολων καταστάσεων. Αυτά συνδέονται με τους ήχους και το περιβάλλον της NICU, την αδύναμη εμφάνιση του νεογέννητου και το μακροπρόθεσμο φυσικό διαχωρισμό. Το υψηλό επίπεδο πίεσης μετά από τον προγενέστερο τοκετό μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της οξείας διαταραχής του άγχους (ASD), την μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD), την κατάθλιψη και άλλες επιπλοκές (De Rouck S, 2009, Yaman S, 2015). Για παράδειγμα, το ποσοστό συχνότητας της κατάθλιψης (PPD) μετά τον τοκετό, σε μητέρες πρόωρων νεογνών είναι 30-40%, ενώ για τον πληθυσμό των μητέρων σε τελειομηνα νεογνά είναι τόσο χαμηλά όσο 6-12% (Shaw RJ, 2013). Η συναισθηματική κατάσταση των μητέρων μπορεί να επηρεάσει την ακεραιότητα της προσκόλλησής τους στα νεογνά, οι οποίες μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά την συναισθηματική, κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη του μωρού (Al Maghaireh, 2016).

Η κλίμακα άγχους στους γονείς των οποίων τα νεογνά είχαν υποβληθεί σε θεραπεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (PSS: NICU) καταρτίστηκαν από τους M. Miles et al., προκειμένου να μετρηθεί το στρες από τους γονείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας NICU των παιδιών τους. Αυτό αποτελείται από τις ακόλουθες κλίμακες: (1) Τροποποίηση γονικού ρόλου, (2) εμφάνιση του νεογνού, (3) εικόνες και ήχοι που βίωσαν στην NICUs. Το ερωτηματολόγιο PSS: NICU, συμπληρωμένο από τους γονείς, στοχεύει στην αξιολόγηση του πόσο αγχωτική αντιλαμβάνεται ο καθένας

την κατάσταση αυτή σε κλίμακα 1 - 5, με το 1 να είναι το λιγότερο αγχωτικό και 5 ποιο αγχωτικό.

Η μέτρηση της γονικής καταπόνησης επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής περίθαλψης, καθώς και την παροχή βοήθειας από ειδικούς με την παρακολούθηση της προόδου των γονέων στην αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης που πρέπει να αντιμετωπίσουν (Aagaard H, 2008, Schein EH, 2010). Το PSS: NICU εφαρμόζεται σε όλο τον κόσμο και έχει μεταφραστεί σε πολλές διαφορετικές γλώσσες, συμπεριλαμβανομένων των Αγγλικών, Ιταλικών, Σουηδικών, Κορεατικών, Τούρκικων και Αραβικών (Gray JE, 2010, Lasiuk GC, 2013). Ωστόσο, είναι ένα τυποποιημένο εργαλείο που καθιστά δυνατή την αξιολόγηση του αντιληπτού άγχους των γονέων των βρεφών που νοσηλεύονται στη NICU.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΡΩΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

1.1 Ορισμός Πρόωρου Νεογνού

Ο πρόωρος τοκετός έχει οριστεί ως οποιαδήποτε γέννηση πριν από την 37 εβδομάδα κύησης που ολοκληρώθηκαν. Υπολογίζεται ότι 15 εκατομμύρια βρέφη γεννιούνται πρόωρα, με επακόλουθες επιπλοκές. Είναι η κύρια αιτία ενός εκατομμυρίου θανάτων νεογνών ετησίως και ενός σημαντικού παράγοντα στις παιδικές νοσηρότητες. Οι χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (LMIC) φέρουν μεγαλύτερο βάρος ασθένειας που αποδίδεται σε πρόωρο τοκετό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει τον πρόωρο τοκετό ως οποιαδήποτε γέννηση πριν από 37 εβδομάδες κύησης, ή λιγότερο από 259 ημέρες από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορροϊκής περιόδου της γυναίκας. Αυτό υποδιαιρείται περαιτέρω με βάση την ηλικία κύησης (GA):

- Εξαιρετικά πρόωρο (<28 εβδομάδες)
- Πολύ πρόωρο (28- <32 εβδομάδες).
- Μέτρια ή καθυστερημένη πρόωρα (32- <37 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης).

Αυτός είναι ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος και αποδεκτός ορισμός της πρόωρης γέννησης (Howson C.P. 2012).

Η ικανότητα προσδιορισμού με ακρίβεια των ολοκληρωμένων εβδομάδων κύησης, ποικίλλει ευρέως μεταξύ των κήσεων, με τις πιο ακριβείς μεθόδους αξιολόγησης να μην είναι ομοιόμορφα διαθέσιμες σε διαφορετικές ρυθμίσεις.

Ο όρος γέννηση ορίζεται μεταξύ των 37 και 42 εβδομάδων και χρησιμοποιείται για να περιγράψει το βέλτιστο χρονικό σημείο για ένα καλό αποτέλεσμα για τη μητέρα και το μωρό. Η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών ορίζει την περίοδο της εγκυμοσύνης ως παράδοση από 37 συμπληρωμένες εβδομάδες σε λιγότερο από 42 συμπληρωμένες εβδομάδες (259-293 ημέρες) κύησης (World Health Organization, 2010, Spang C.Y, 2013, ACOG, 2013).

1.2 Παθοφυσιολογία του Πρόωρου Τοκετού

Οι αιτίες του πρόωρου τοκετού είναι σύνθετες και η παθοφυσιολογία που προκαλεί πρόωρο τοκετό είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη, όμως έχουν προσδιοριστεί οι παράγοντες πρόκλησης της μητέρας, του εμβρύου και του πλακούντα. Τα πιο συνηθισμένα από αυτά περιλαμβάνουν: προγεννητική αιμορραγία ή αποκοπή του πλακούντα, μηχανικούς παράγοντες όπως η υπερδιάταση της μήτρας και η ανικανότητα του τραχήλου της μήτρας, ορμονικές μεταβολές και, βακτηριακή λοίμωξη και φλεγμονή (Villar J. 2012, Wijnans L. 2011).

Τα τελευταία 20 χρόνια, η πρόσβαση στην τεχνολογία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος συνέβαλε στην αύξηση του αριθμού των πολλαπλών γεννήσεων και στη συνολική αύξηση των ποσοστών πρόωρου τοκετού. Τα βρέφη που γεννιούνται από πολλαπλές εγκυμοσύνες είναι πιο πιθανό να γεννηθούν πρόωρα εξαιτίας της πρόωρης ρήξης μεμβρανών (PROM), ή των μητρικών παθήσεων όπως η προεκλαμψία ή οι εμβρυϊκές διαταραχές (Crider K.S, 2005). Οι αλλαγές στις πολιτικές που περιορίζουν τον αριθμό των εμβρύων που εμφυτεύτηκαν ως μέρος της ART, έχουν οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των πρόωρων γεννήσεων λόγω της υποβοηθούμενης γονιμότητας (Felberbaum R.E, 2007, Blondel B.2006).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει παράγοντες κινδύνου πρόωρου τοκετού την ηλικία της μητέρας κάτω των 17 ετών ή άνω των 35 ετών. Τα ποσοστά πρόωρου τοκετού ποικίλλουν γεωγραφικά και εντός εθνοτικών προελεύσεων, ενώ η LMIC έχει σταθερά υψηλότερα ποσοστά (Wijnans L, 2011, Simmons L.E., 2010). Το φυσικό και ψυχοκοινωνικό άγχος και το κάπνισμα έχουν επίσης συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο πρόωρου τοκετού.

Η αξιολόγηση και η διάγνωση του πρόωρου τοκετού παρέμεινε προβληματική, καθώς δεν είναι καθορισμένη ως ασθένεια και ο ορισμός της ΠΟΥ δεν περιέχει καθολικά αναγνωρισμένα πρότυπα αναφοράς. Διαφορετικές μεθοδολογίες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της GA και επειδή τα ποσοστά αναφοράς ποικίλλουν ευρέως μεταξύ και εντός των χωρών, είναι δύσκολο να αναλυθεί η ακριβής σύγκριση των ποσοστών αναφοράς των δεδομένων τάσης του πρόωρου τοκετού (Calderon-Margalit R. 2015, Segal S., 1996, Alexander G.R., 1985, Lawn J.E., 2014, Blencowe H., 2012).

1.3 Κατηγοριοποίηση της Πρόωρης Γέννησης

Ο προγεννητικός τοκετός που ορίζεται ως λιγότερο από την 37 συμπληρωμένη εβδομάδα περιλαμβάνει μια μεγάλη ηλικιακή σειρά κύησης με ποσοστά που ποικίλλουν μεταξύ των χωρών. Οι υποομάδες της ΠΟΥ «εξαιρετικά πρόωρα», «πολύ πρόωρα» και «μέτρια ή καθυστερημένα πρόωρα» συνιστώνται για τη βελτίωση της συγκρισιμότητας των δεδομένων πρόωρου τοκετού σε σχέση με την ανοσοποίηση (αρχική επαφή του οργανισμού με ένα ξένο αντιγόνο βακτήριο, ιό, ξένο μόσχευμα).

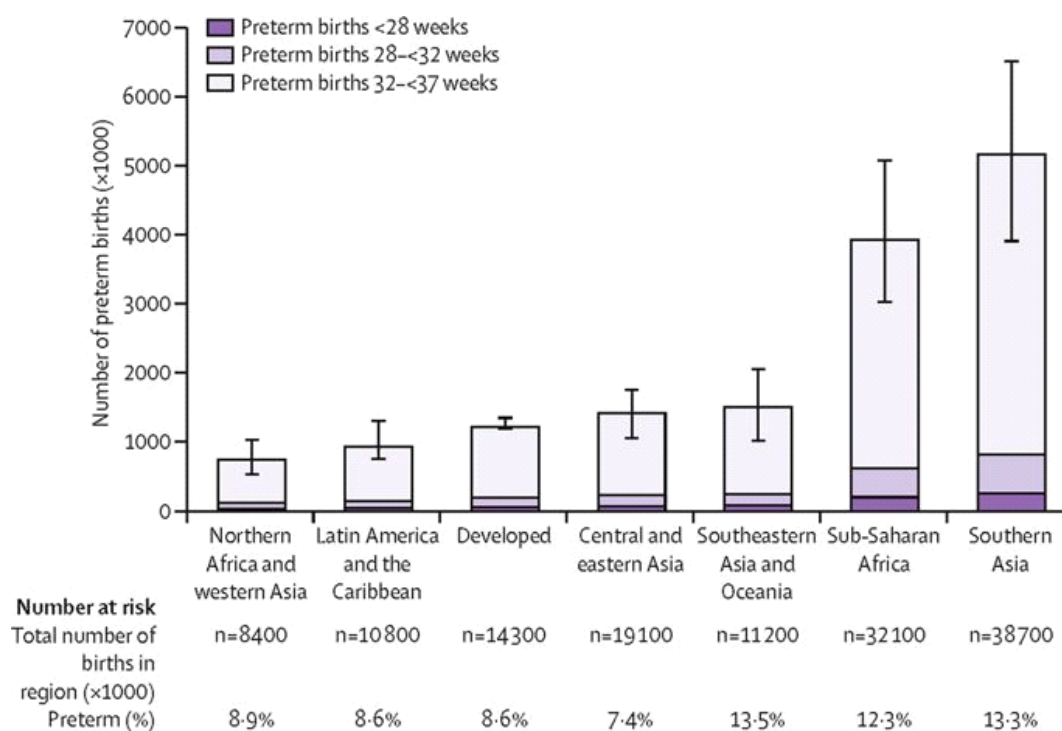
Ένας περιορισμός του ορισμού της ΠΟΥ είναι ότι δεν υπάρχει όριο ανάμεσα στην αυτόματη άμβλωση και τη βιώσιμη γέννηση, περιπλέκοντας την εκτίμηση του πρόωρου τοκετού. Η σύγκριση μεταξύ και εντός των χωρών καθίσταται πολύπλοκη με τα κατώτερα όρια κύησης να ποικίλουν. Ο καθορισμός ενός κατώτερου ορίου είναι σύνθετος καθώς είναι διακριτά ορισμένος και αυθαίρετος. Συχνά περιγράφεται από πλευράς παραγόντων κινδύνου και των αιτίων τους και αναπτύσσεται κυρίως σύμφωνα με τη μεταγεννητική βιωσιμότητα και την ποιότητα των δεδομένων σε διαφορετικές ρυθμίσεις (Blencowe H., 2010, Froen J.F. 2011, Goldenberg R.L.2008, Kramer M.S., 2012).

Οι πρόωροι τοκετοί αναφέρονται μόνο για τα νεογνά που έχουν γεννηθεί. Τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης διαφέρουν μεταξύ των χωρών όπου το ανώτατο όριο για τα εθνικά ή περιφερειακά κριτήρια καταχώρησης εύρους θανάτου του εμβρύου κυμαίνεται από 16 εβδομάδες έως 28 εβδομάδες, γεγονός που επηρεάζει την αναλογία των πρόωρων γεννήσεων (Goldenberg R.L. 2012).

Οι καταχωρίσεις γεννήσεων στο LMIC συχνά δεν καταγράφουν συστηματικά την GA και τα δεδομένα για το βάρος γέννησης (BW). Έχει αναφερθεί ότι το 58% των νεογνών στις χώρες αυτές δεν ζυγίζονται κατά τη γέννηση και οι γεννήσεις που γίνονται στο σπίτι δεν είναι αντιπροσωπευτικές (Kramer M.S.2012, Lawn J.E.,2010, Fedrick J.1976).

1.4 Επιδημιολογία

Οι νέες εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τα παγκόσμια ποσοστά πρόωρων τοκετών δείχνουν ότι από τις 135 εκατομμύρια γεννήσεις παγκοσμίως το 2010, 14,9 εκατομμύρια βρέφη γεννήθηκαν πρόωρα, αντιπροσωπεύοντας ένα πρόωρο ποσοστό γεννήσεων 11,1% (Blencowe H, 2010). Πάνω από το 60% των πρόωρων γεννήσεων παρατηρήθηκε στην υποσαχάρια Αφρική και τη Νότια Ασία όπου 9,1 εκατομμύρια γεννήσεις (12,8%) ετησίως εκτιμάται ότι είναι πρόωρες (σχήμα 1.4.1). Ο υψηλός απόλυτος αριθμός των πρόωρων γεννήσεων στην Αφρική και την Ασία σχετίζεται, εν μέρει, με τη μεγάλη γονιμότητα και τον μεγάλο αριθμό γεννήσεων στις δύο αυτές περιοχές σε σύγκριση με άλλα μέρη του κόσμου.

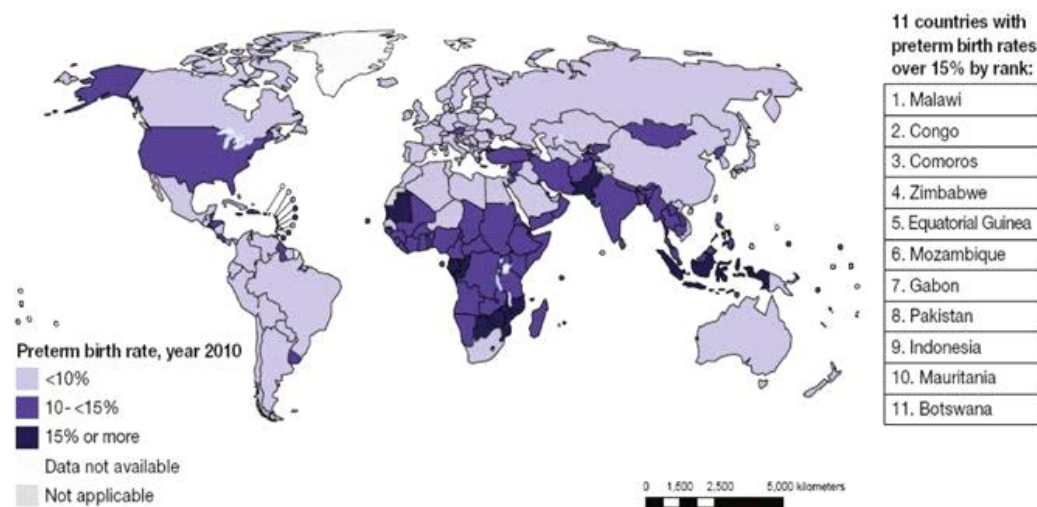
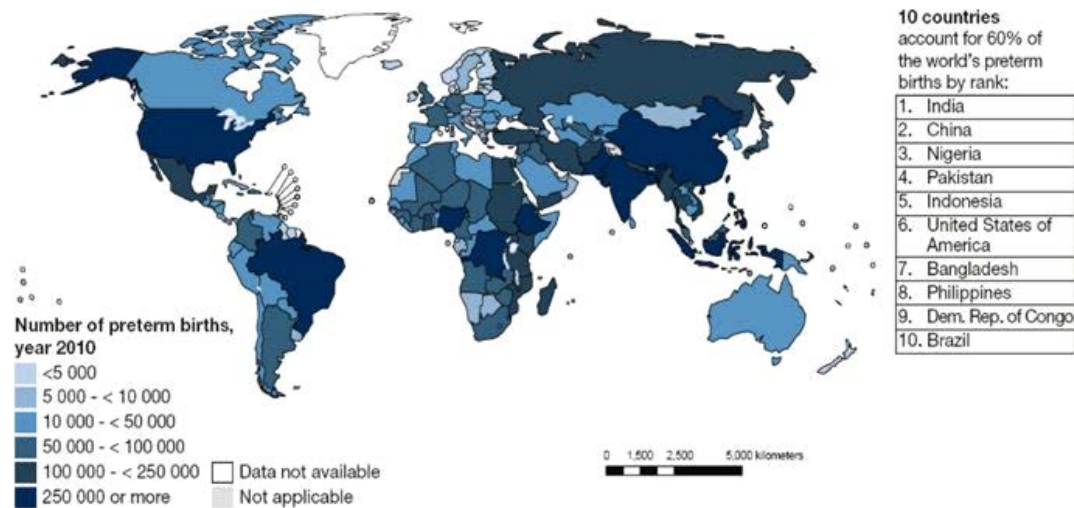


Σχήμα 1.4.1 Οι πρόωρες γεννήσεις κατά την ηλικία κύησης για το έτος 2010. Με βάση τις περιοχές αναπτυξιακού στόχου της χιλιετίας. Πηγή: Αναπαράγεται με άδεια από τους Blencowe et al. (2012).

Η διακύμανση του ποσοστού του **πρόωρου τοκετού** μεταξύ των περιφερειών και των χωρών είναι σημαντική και δίνει μια διαφορετική εικόνα από άλλες συνθήκες, καθώς ορισμένες χώρες υψηλού εισοδήματος έχουν πολύ υψηλά ποσοστά. Τα ποσοστά είναι τα υψηλότερα κατά μέσο όρο για τις χώρες χαμηλού εισοδήματος (11,8%), ακολουθούμενες από χαμηλότερα ποσοστά για τις χώρες μεσαίου εισοδήματος

(11,3%) και πολύ χαμηλότερα για τις χώρες μεσαίου και υψηλού εισοδήματος (9,4% και 9,3%). Ωστόσο, σχετικά υψηλά ποσοστά πρόωρων γεννήσεων παρατηρούνται σε πολλές μεμονωμένες χώρες υψηλού εισοδήματος όπου συνεισφέρουν ουσιαστικά στη νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Από τις 1,2 εκατομμύρια πρόωρες γεννήσεις που εκτιμάται ότι συμβαίνουν σε περιοχές με υψηλό εισόδημα, περισσότερες από 0,5 εκατομμύρια (42%) εμφανίζονται στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα υψηλότερα ποσοστά από τις Περιφέρειες Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας (Millennium, Development Goals Indicators, 2012) εντοπίζονται στη Νοτιοανατολική και Νότια Ασία όπου το 13,4% όλων των γεννήσεων εκτιμάται ότι είναι πρόωρο.

Οι χάρτες στο Σχήμα 1.4.2 απεικονίζουν τα πρόωρα ποσοστά γεννήσεων και τους απόλυτους αριθμούς πρόωρου τοκετού το 2010 ανά χώρα. Οι εκτιμώμενοι συντελεστές κυμαίνονται από περίπου 5 σε μερικές χώρες της Βόρειας Ευρώπης έως 18,1% στο Μαλάουι. Το εκτιμώμενο ποσοστό πρόωρου τοκετού είναι μικρότερο από 10% σε 88 χώρες, ενώ σε 11 χώρες έχουν εκτιμηθεί ποσοστό 15% ή περισσότερο (Σχήμα 1.4.2). Οι 10 χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό εκτιμώμενων πρόωρων τοκετών είναι η Ινδία, η Κίνα, η Νιγηρία, το Πακιστάν, η Ινδονησία, οι Ηνωμένες Πολιτείες, το Μπαγκλαντές, οι Φιλιππίνες, η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό και η Βραζιλία. Αυτές οι 10 χώρες αντιπροσωπεύουν το 60% όλων των πρόωρων τοκετών παγκοσμίως.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 World Health Organization
© WHO 2012. All rights reserved.

Σχήμα 1.4.2 Οι πρόωρες γεννήσεις το 2010. 15 εκατομμύρια πρόωρες γέννες: Προτεραιότητες δράσης βάσει εθνικών, περιφερειακών και παγκόσμιων εκτιμήσεων. Πηγή: Blencowe, H., Et al. (2012).

Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονται με τη μείωση της ηλικίας της κύησης ενώ τα ποσοστά για τα νεογνά που είναι τόσο πρόωρα για την ηλικία κύησης είναι ακόμη υψηλότερα (Katz J, 2013). Τα νεογνά που γεννήθηκαν σε λιγότερο από 32 εβδομάδες αντιπροσωπεύουν περίπου το 16% όλων των πρόωρων τοκετών (Blencowe H, 2012). Σε όλες τις περιοχές, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα είναι οι υψηλότερες, παρόλο που οι βελτιώσεις στην ιατρική περίθαλψη έχουν οδηγήσει σε βελτίωση της επιβίωσης και των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων μεταξύ πολύ και εξαιρετικά

πρόωρων νεογνών σε χώρες υψηλού εισοδήματος (Saigal S, 2008). Το 1990, περίπου το 60% των νεογνών που γεννήθηκαν σε λιγότερο από 28 εβδομάδες κύησης επιβίωσαν σε περιβάλλον υψηλού εισοδήματος, με περίπου τα δύο τρίτα να επιβιώνουν χωρίς απομείωση (ελαχιστοποίηση των προβλημάτων) (Mohango AD, 2011). Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, σχεδόν το 95% των ατόμων που γεννήθηκαν την 28 έως την 32 εβδομάδα επιβιώνουν, με πάνω από το 90% να επιβιώνουν χωρίς απομείωση. Αντίθετα, σε πολλές χώρες χαμηλού εισοδήματος, μόνο το 30% των ατόμων που γεννήθηκαν την 28 έως την 32 εβδομάδα επιβιώνουν, με σχεδόν όλους εκείνους που γεννήθηκαν σε <28 εβδομάδες να πεθαίνουν τις πρώτες ημέρες της ζωής τους. Σε όλες τις περιπτώσεις, αυτά τα πολύ πρόωρα νεογνά αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των θανάτων, ειδικά σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, όπου λείπει ακόμη και η απλή φροντίδα (Lawn JE, 2013).

1.5 Προβλήματα Πρόωρων Νεογνών

Τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι επακόλουθο του πρόωρου τοκετού και μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην κακή ακαδημαϊκή επίδοση και τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα. Τα προβλήματα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την εσωτερικήυση των συμπτωμάτων (δηλ. το άγχος, την κατάθλιψη), την εξωτερικήυση των συμπτωμάτων (δηλαδή, την αντιθετική συμπεριφορά και τα προβλήματα συμπεριφοράς) και την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και την απροσεξία (Aarnoudse-Moens CSH, 2009, Bhutta AT, 2002). Τα προβλήματα συμπεριφοράς έχουν τεκμηριωθεί στα πρόωρα παιδιά ήδη από την ηλικία των παιδιών (Spittle AJ, 2009), στην ηλικία των μαθητών (Farooqi A, 2007) και στην εφηβεία και την νεαρή ενηλικίωση (Indredavik MS, 2005). Τα παιδιά των πρόωρων τοκετών έχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο για την έλλειψη προσοχής / υπερδραστηριότητα (ADHD) και την αγχώδη διαταραχή (Indredavik MS, 2005, Aylward GP. 2005, Botting N, 1997).

Πολλές μελέτες που επικεντρώνονται στις διαφορές στη συμπεριφορά μεταξύ των προγενέστερων παιδιών και της πλήρους διάρκειας έχουν εξετάσει τη συμβολή των βιοϊατρικών παραγόντων κινδύνου στα αποτελέσματα, ορίζοντας τον βιοϊατρικό κίνδυνο ως τον αριθμό ή τον τύπο των ιατρικών επιπλοκών στη νεογνική περίοδο. Ωστόσο, μερικές μελέτες δεν έχουν δείξει ότι οι νεογνικές επιπλοκές προσδίδουν πρόσθετο κίνδυνο σε αποτελέσματα υψηλότερα από εκείνα που οφείλονται σε

πρόωρο τοκετό, όπως αυτά που υπολογίζονται με το βάρος κατά τη γέννηση ή την ηλικία κύησης (Wagner AI, 2009, Landry SH, 1997). Μια μελέτη έδειξε ότι οι οικογενειακοί παράγοντες ήταν οι ισχυρότεροι παράγοντες πρόβλεψης των σχολικών αποτελεσμάτων από τις περιγεννητικές επιπλοκές (Gross SJ, 2001). Πολλές μελέτες που τεκμηριώνουν τις δυσμενείς συμπεριφορικές εκβάσεις εστιάστηκαν αποκλειστικά σε παιδιά που γεννήθηκαν πολύ πρόωρα (≤ 32 εβδομάδες κύησης) (Delobel-Ayoub M, 2009) ή μικρό βάρος (<1000 g). Πρόσφατες μελέτες για τα πρόωρα βρέφη (π.χ. 34 έως 36-6 / 7 εβδομάδες κύησης) έχουν βρει αυξημένο κίνδυνο δυσκολιών συμπεριφοράς και ακαδημαϊκών δυσκολιών σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο πρόωρος τοκετός προσδίδει κίνδυνο στο φάσμα της ηλικίας κύησης (Morse SB, 2009, Chyi LJ, 2008).

Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES), μπορούν επίσης να συμβάλουν στα αποτελέσματα συμπεριφοράς. Το χαμηλό SES μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης για μια μεγάλη συλλογή δυσμενών περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η περιορισμένη εκπαίδευση των γονέων και οι ελάχιστοι δημοσιονομικοί πόροι, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν σε προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και στον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Σε ό, τι αφορά τα παιδιά, η χαμηλή SES συνδέεται με αυξημένα ποσοστά των προβλημάτων διαταραχής της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της ADHD (Scahill L, 1999). Η SES μπορεί να έχει παρόμοια επίδραση στα αποτελέσματα στον πρόωρο πληθυσμό. Η μεγάλη επικράτηση του πρόωρου τοκετού στα νεογνά με χαμηλή SES καθιστά ιδιαίτερα σημαντική την αξιολόγηση τυχόν πιθανών ενώσεων (Kramer MS, 2001).

Σε πολλές μελέτες, το IQ διαφοροποιεί τα πρόωρα παιδιά που ταιριάζουν με την ηλικία, το φύλο και τη SES, παρόλο που τα πρόωρα παιδιά μπορεί να έχουν βαθμολογίες IQ στο μέσο εύρος. Το μέγεθος της διαφοράς μεταξύ των ομάδων κυμαίνεται από 0,5 έως 1 SD (Bhutta AT, 2002, Aylward GP, 2005). Στον πρόωρο τοκετό (Delobel-Ayoub M, 2009) τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών συσχετίζονται συχνά με χαμηλότερο IQ ή παρόμοια γνωστικά μέτρα (Loe I, 2008).

Ένα σημαντικό ζήτημα είναι ο τρόπος αλληλεπίδρασης των βιοϊατρικών και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων σε σχέση με την ανάπτυξη των προβλημάτων συμπεριφοράς. Μια πρόσφατη μελέτη από τους Conrad και τους συναδέλφους

εξέτασε τόσο τους βιολογικούς όσο και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες πρόβλεψης των συμπτωμάτων σε παιδιά πρόωρου τοκετού, ηλικίας 7 έως 16 ετών με μέση ηλικία κύησης 27,7 εβδομάδων και μέσο βάρος γέννησης 939g (Conrad AL, 2010). Χρησιμοποιώντας μια σύντομη κλίμακα συμπεριφοράς των γονέων, διαπίστωσαν ότι (Aarnoudse-Moens CSH, 2009) τα πρόωρα παιδιά είχαν υψηλότερες γονικές βαθμολογίες υπερκινητικότητας / απροσεξίας και κατάθλιψης ή άγχους συγκριτικά με τα παιδιά πλήρους διάρκειας κύησης, (Bhutta AT, 2002) ενώ το βάρος γέννησης ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγοντας των προβλημάτων συμπεριφοράς. Η SES δεν συνέβαλε σημαντικά και (Farooqi A, 2007) η γνωστική ικανότητα δεν έδειξε σημαντική σχέση με τη συμπεριφορά. Αντίθετα, μια μελέτη από τους Samara et al. των παιδιών ηλικίας 6 ετών που γεννήθηκαν σε <26 εβδομάδες κύησης διαπίστωσαν ότι τα συμπεριφορικά συμπτώματα υπερδραστηριότητας και παρορμητικότητας, η γνωστική ικανότητα ή τα διανοητικά ελλείμματα, καθώς και η προσοχή, και τα συναισθηματικά προβλήματα, όπως η ανησυχία και ο φόβος, οφείλονταν στο βάρος γέννησης (Samara M, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΡΕΣ

2.1 Εισαγωγή

Το άγχος είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο σε όλη τη διάρκεια ολόκληρης της ανθρώπινης ζωής. Όλοι οι άνθρωποι το έχουν βιώσει. Το άγχος είναι ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ζωής και η παρουσία του έχει επισημανθεί πολύ (De Raeve L, 2007). Ο λόγος για τη διεύρυνση της παρουσίας και της συμπερίληψης του άγχους στις ανθρώπινες κοινότητες είναι η πολυπλοκότητα του ανθρώπινου κοινωνικού, προσωπικού και οικολογικού περιβάλλοντος, με πολλαπλές και ταυτόχρονες αλληλεπιδράσεις του ανθρώπου με τα περιβάλλοντα θέματα και η ποικιλομορφία στην έκφραση του στρες (Edwards JA, 2008). Τα χαμηλά επίπεδα στρες μπορεί να είναι επιθυμητά, χρήσιμα και ακόμη και υγιή. Το άγχος, με τη θετική του μορφή, μπορεί να βελτιώσει την βιοψυχοκοινωνική υγεία και να διευκολύνει τις επιδόσεις. Επιπλέον, το θετικό άγχος θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας για την παρακίνηση, την προσαρμογή και την αντίδραση στο περιβάλλον. Ωστόσο, τα υψηλά επίπεδα άγχους μπορούν να οδηγήσουν σε βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα και ακόμη και σε σοβαρές βλάβες για τους ανθρώπους (Tucker J, 2008). Το στρες μπορεί να είναι είτε εξωτερική πηγή περιβαλλοντικών παραγόντων, είτε προκαλείται από εσωτερικές αντιλήψεις του ατόμου. Η τελευταία μορφή μπορεί με τη σειρά της να προκαλέσει άγχος ή και άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως πόνος, θλίψη κ.λπ. και να οδηγήσει σε σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές όπως η μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD) (Tse J, 2010).

2.2 Το Στρες Κατά τον Hans Selye

Υπάρχουν τρεις ευρείες και κυρίαρχες προσεγγίσεις για τη μελέτη του άγχους, συμπεριλαμβανομένων των προοπτικών διεργασιών βασισμένων στην ανταπόκριση, σε ερεθίσματα και γνωστικές συναλλαγές. Σε μια απόκριση με βάση την προοπτική, το άγχος βασίζεται στην ανταπόκριση της ζωής και σε απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Αυτή η προοπτική διακρίνεται μεταξύ του στρες (ερέθισμα) και του στρες (απόκριση). Ο σημαντικότερος εκπρόσωπος αυτής της προσέγγισης είναι ο Hans

Selye. Αν και ενδιαφέρεται για τη φυσιολογική απάντηση στο άγχος και την πορεία της νόσου στη ζωή, ο Selye δεν ενδιαφερόταν για τη φύση του στρες. Αυτή η απόκριση του στρες ακολουθεί ένα τυπικό πρότυπο τριών σταδίων το οποίο είναι παρόμοιο τόσο στα ζώα όσο και στην ανθρωπότητα. Ο Selye ονόμασε αυτό το πρότυπο ως Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής (GAS), το οποίο περιλαμβάνει την αντίδραση συναγεμίου, το στάδιο αντίστασης (που φέρει χρόνιο στρες) και το στάδιο εξάντλησης (εμφάνιση βλάβης ιστών). Η προοπτική που βασίζεται στην απάντηση απευθύνεται κυρίως στις βιολογικές μελέτες (Halbern H, 2014, Schwarzer R, 2003). Η δεύτερη προοπτική βασίζεται σε ερεθίσματα και προέρχεται από τις μελέτες των Holmes και Rahe (Holmes, TH, 1967). Από αυτή την άποψη, σύμφωνα με το μέγεθος και τη σοβαρότητα των στρεσογόνων παραγόντων και την αξιολόγηση της ικανότητάς τους να καταστρέφουν τα άτομα, αποκαλύφθηκε ότι ο μέσος όρος της αναγκαίας προσπάθειας για να ξεπεραστεί κάποιο γεγονός μπορεί να είναι ένας κατάλληλος δείκτης της σοβαρότητάς του. Μία από τις θεμελιώδεις ελλείψεις αυτών των προοπτικών είναι η χρήση σταθμισμένων μέσων των γεγονότων που θα οδηγούσαν στη διαμάχη, των μεμονωμένων διαφορών μεταξύ των διαφόρων λαών που οδηγούν σε διαφορετικές αντιλήψεις για το ίδιο φαινόμενο (Santorius N, 2013, Schwarzer R, 2010). Η προοπτική που βασίζεται στην διαδικαστική-γνωστική διαδικασία θεωρεί το άγχος ως μια ειδική σχέση μεταξύ του ατόμου και του γύρω περιβάλλοντος, στο οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τις απαιτήσεις του γύρω περιβάλλοντος πιέζοντας και συντρίβοντας τους πόρους του και, συνεπώς, απειλώντας την υγεία του. Ως εκ τούτου, το άγχος εμφανίζεται ως ένας ειδικός παρεμβατικός παράγοντας της σχέσης του ατόμου και του περιβάλλοντος και οι δύο αλληλοεπηρεάζονται. Το άγχος αλλάζει συνεχώς και η ειδική συναλλαγή απορρέει από το πλαίσιο της εκδήλωσης. Οι συγγραφείς αυτής της προοπτικής, θεωρούν το άγχος ως μια ενεργή και προοδευτική διαδικασία που περιλαμβάνει προγενέστερες αιτίες, παρεμβατικές διαδικασίες και επιρροές (Briefenbergen AP, 2008).

2.3 Ορισμός του Στρες

Η έννοια του στρες έχει μακρά και παραγωγική ιστορία στην έρευνα για την υγεία. Οι ορισμοί του άγχους αφθονούν, αλλά ως επί το πλείστον, ο καθένας συνδέεται με φτωχότερη ψυχολογική και σωματική υγεία. Πρώτον, το άγχος μπορεί να οριστεί ως «εξωτερικά συμβάντα ή καταστάσεις που επηρεάζουν τον οργανισμό» (Breznitz,

1993, σελ. 3). Φυσικά, φυσιολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες όπως η θερμότητα, το κρύο, η άσκηση ή η βλάβη εμπίπτουν στον ορισμό αυτό και στην πραγματικότητα ο Cannon (1939) και ο Selye (1936) χρησιμοποίησαν τέτοιους παράγοντες άγχους για να μελετήσουν το γενικό σύνδρομο προσαρμογής. Οι αλλαγές των ρόλων φαίνεται να είναι μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες άγχους λόγω της πανταχού παρουσίας τους κατά τη διάρκεια της πορείας της ζωής και των σημαντικών συνεπειών που θα προκύψουν από αυτό, που θα μπορούσε διαφορετικά να θεωρηθεί ως ένα ξεχωριστό γεγονός (Arigo, 2012). Παράδειγμα, οι νεότεροι ενήλικες μεταβαίνουν σε νέους ρόλους (π.χ. μέσω εισόδου στο κολλέγιο, την απασχόληση ή το γάμο), ενώ οι μεγαλύτεροι ενήλικες μεταβαίνουν έξω (π.χ. μέσω συνταξιοδότησης ή πτώχευσης) (Pearlin, 2010). Ωστόσο, υπάρχουν και νέοι ρόλοι για τους ηλικιωμένους. Για παράδειγμα, πολλοί μεγάλοι ενήλικες γίνονται φροντιστές ενός άρρωστου συζύγου. Αυτός ο παράγοντας άγχους έχει πολλές συνέπειες, ιδιαίτερα μια κοινωνική αναστάτωση (Brækhus, 1998, Russo, 1995). Οι κύριοι παράγοντες άγχους μπορεί να ασκήσουν μερικές από τις αρνητικές τους επιδράσεις στην υγεία μέσω μιας σχετικής σειράς μικρών ανεπιθύμητων συμβάντων (Pearlin, 2010). Αυτή η δυναμική, στην οποία ένας παράγοντας άγχους οδηγεί σε άλλους, προσδιορίζεται πιο ρητά από τα μοντέλα πόρων του στρες, όπου το άγχος λειτουργεί ως απώλεια πόρων. Με τη σειρά τους, λιγότεροι πόροι προβλέπουν περαιτέρω απώλειες, καθώς όταν η έλλειψη χρημάτων για την επισκευή ενός αυτοκινήτου οδηγεί σε απώλεια της θέσης εργασίας (Hobfoll, 1988).

Παρόλο που τα γεγονότα της ζωής - μεγάλα και δευτερεύοντα - και οι μεταβολές των ρόλων θεωρούνται ως ψυχολογικοί παράγοντες άγχους, ο στρεσογόνος παράγοντας εξακολουθεί να βρίσκεται εννοιολογικά υπό τις περιστάσεις. Μια δεύτερη προσέγγιση στο άγχος εντοπίζει το στρες μέσα στο άτομο. Ένας επιφανής ορισμός του στρες (Lazarus, 1984) προσεγγίζει την επίδραση ενός γεγονότος από την οπτική του ατόμου που το βιώνει. Οι εκτιμήσεις της ζήτησης της εκδήλωσης σε σχέση με τους πόρους και του βαθμού απειλής, της βλάβης ή πρόκλησης που είναι εγγενείς στην κατάσταση καθορίζουν αν ένα γεγονός στην πραγματικότητα αντιμετωπίζεται ψυχολογικά ως άγχος. Σε αυτό το μοντέλο, δύο άτομα μπορεί να βιώσουν τις ίδιες εξωτερικές ή αντικειμενικές περιστάσεις, αλλά διαφορετικές εκτιμήσεις μπορεί να οδηγήσουν κάποιον να αισθάνεται «άγχος» αλλά όχι τον άλλο. Το αντιληπτό άγχος συχνά μετριέται με την κλίμακα αντιληπτού άγχους (PSS, Cohen, 1983), που καταγράφει τα συναισθήματα υπερφόρτωσης, του ανεξέλεγκτου, αρνητικού

συναισθήματος όπως ο θυμός ή το άγχος και της χαμηλής αντιληπτής ικανότητας της αντιμετώπισης. Τα μοντέλα αξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με μοντέλα εστιασμένα στο στρεσογόνο παράγοντα ή γεγονότα (π.χ. μέτρηση του αντιληπτού στρες στο πλαίσιο ενός άγχους, Downing et al., 2012, Rinaldis et al., 2012) ή σε συνδυασμό με μοντέλα κινδύνου (π.χ. μέτρηση του αντιλαμβανόμενου άγχους μαζί με τη δυσφορία (Howard, 2012 Thoma, 2012).

2.4Η Θεωρία του Στρες Κατά τον Lazarus και Folkman

Το ψυχολογικό στρες είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο και πολλά θεωρητικά μοντέλα έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν την αιτιολογία του. Αυτές οι θεωρητικές εξηγήσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με την αρχική αντίληψη της εμπειρίας από το άγχος: το άγχος ως μια εξωτερική πρόκληση, στρες ως ατομική / περιβαλλοντική αλληλεπίδραση και άγχος ως ατομική / περιβαλλοντική συναλλαγή (Brough, 2009, Cox, 2010). Οι συναλλακτικές εξηγήσεις του άγχους υπογραμμίζουν τις γνωσιακές-φαινομενολογικές διαδικασίες που επιτρέπουν στα άτομα να αποδίδουν νόημα στο περιβάλλον τους, υπογραμμίζοντας τη σχεσιακή, δυναμική φύση της συναλλαγής στην οποία μπορεί να προκύψει το άγχος (Lazarus, 1966, Lazarus and Folkman, 1984). Εγγενής στο πλαίσιο της συναλλακτικής προσέγγισης είναι ο αμφίδρομος χαρακτήρας των συναλλαγών μεταξύ ενός ατόμου και του περιβάλλοντος του. (Folkman, 1984, Lazarus and Folkman, 1984). Η συναλλακτική θεωρία του άγχους και της αντιμετώπισης, που αναπτύχθηκε από τον Lazarus και τον Folkman (Lazarus , 1966, Lazarus and Folkman, 1984), έχει συμβάλει ιδιαίτερα στη διαμόρφωση του άγχους και της έρευνας κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε δεκαετιών. Σύμφωνα με τη συναλλακτική θεωρία του Lazarus και Folkman για το στρες και την αντιμετώπιση, τα άτομα εκτιμούν συνεχώς τα ερεθίσματα μέσα στο περιβάλλον τους. Αυτή η διαδικασία αξιολόγησης δημιουργεί αιτίες και όταν τα ερεθίσματα εκτιμώνται ως απειλητικά, προκλητικά ή επιβλαβή (δηλ., Διαταραχές), η προκύπτουσα δυσφορία ενεργοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης για τη διαχείριση των συναισθημάτων ή την προσπάθεια της άμεσης αντιμετώπισης του ίδιου του παράγοντα άγχους. Οι διεργασίες αντιπαραβολής παράγουν ένα αποτέλεσμα (δηλαδή μια αλλαγή στη σχέση προσώπου-περιβάλλοντος), το οποίο επανεξετάζεται ως ευνοϊκό, δυσμενές ή ανεπίλυτο. Η ευνοϊκή λύση των στρεσογόνων παραγόντων προκαλεί θετικά συναισθήματα, ενώ οι ανεπίλυτες ή δυσμενείς επιπτώσεις προκαλούν δυσφορία στο

άτομο (Folkman, 1997, Folkman and Lazarus, 1985, Folkman and Lazarus, 1988, Lazarus, 1990, Lazarus, 1985, Lazarus and Folkman, 1984). Σύμφωνα με αυτή την προοπτική, το άγχος ορίζεται ως η έκθεση σε ερεθίσματα που θεωρούνται επιβλαβή, απειλητικά ή προκλητικά, που υπερβαίνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει (Lazarus, 1984). Όπως σημειώνεται, τα κύρια χαρακτηριστικά της αρχικής θεωρίας είναι (α) η γνωστική εκτίμηση και (β) η αντιμετώπιση.

Η γνωστική εκτίμηση Η θεωρία των συναλλαγών προτείνει ότι η ένταση μιας αντίδρασης στρες επηρεάζεται από τον διαμεσολαβητικό ρόλο της εκτίμησης, τη γνωστική διαδικασία μέσω της οποίας η σημασία αποδίδεται σε γεγονότα / ερεθίσματα (Boyd, , 2009, Dewe 2007, Lazarus and Folkman, 1984, Oliverand 2002). Σύμφωνα με τον Lazarus (1991), οι εκτιμήσεις ατομικών ή περιβαλλοντικών συναλλαγών ενσωματώνουν δύο ομάδες δυνάμεων: (α) την προσωπική ατζέντα ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των αξιών, των στόχων και των πεποιθήσεών του, και (β) τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η διαφοροποίηση των επιμέρους θεμάτων και ο περίπλοκος και διαφορούμενος χαρακτήρας των εξωτερικών περιβαλλοντικών συνθηκών εξηγούν την «μεγάλη ποικιλία στις εκτιμήσεις που κάνουν οι άνθρωποι στο ίδιο περιβαλλοντικό πλαίσιο» (Lazarus, 1991, σ. 6). Η σημασία που δίνεται στην εκτίμηση της συναλλακτικής θεωρίας του στρες και της αντιμετώπισης υπογραμμίζει ότι είναι η αντίληψη ότι το γεγονός είναι αγχωτικό, μάλλον από το ίδιο το γεγονός, το οποίο καθορίζει εάν ξεκινούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης και εάν τελικά επιλυθεί το stress (Lazarus, 1991; 1999). Ο Lazarus και ο Folkman (1984) περιγράφουν δύο βασικές μορφές εκτίμησης: αρχική εκτίμηση της δευτεροβάθμιας εκτίμησης. Η αρχική αξιολόγηση αποδίδει σημασία σε μια συγκεκριμένη ατομική / περιβαλλοντική συναλλαγή και καθορίζει τη σημασία αυτής της συναλλαγής στην ευημερία ενός ατόμου (Folkman, 1984, Lazarus and Folkman, 1984). Η συναλλαγή μπορεί να θεωρηθεί ως καλοήθης θετική (άσκηση θετικής επίδρασης στην ευημερία του ατόμου), ανεξάρτητη (άνευ σημασίας για την ευημερία του ατόμου), ήρεμη (γεγονός που μπορεί να σημαίνει βλάβη ή απώλεια, απειλή ή πρόκληση). Στην αρχική συναλλακτική θεωρία του άγχους και της αντιμετώπισης, οι δύο πρώτες κατηγορίες δεν προκαλούν αρνητικά συναισθήματα ή θρηνούν για μεταγενέστερες ενέργειες αντιμετώπισης. Οι αγχωτικές συναλλαγές μπορούν περαιτέρω να εκτιμηθούν ότι προκαλούν ουσιώδη βλάβη ή απώλεια, απειλητική βλάβη ή απώλεια ή πρόκληση (Oliver, 2002). Οι απειλές και οι κακομεταφορές αναφέρονται σε συναλλαγές που

ενδέχεται να βλάψουν ή να προκαλέσουν ζημιές και να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες. Οι εκτιμήσεις των προκλήσεων διαφέρουν από τις εκτιμήσεις της βλάβης ή απειλής, καθώς συνεπάγονται δυνατότητες επιβράβευσης και ανάπτυξης όταν υπάρχουν επαρκείς πόροι αντιμετώπισης και χαρακτηρίζονται από θετικά συναισθήματα (Hobfoll, 1989, Lazarus, 1991). Ενώ η βασική εκτίμηση καθορίζει τη σημασία, η δευτεροβάθμια αξιολόγηση καθορίζει τι μπορεί να γίνει για τη διαχείριση του στρεσογόνου παράγοντα και της προκύπτουσας νόσου (Dewe, 2007). Η δευτεροβάθμια εκτίμηση τίθεται σε εφαρμογή όταν μια συγκεκριμένη συναλλαγή θεωρείται αγχωτική και περιλαμβάνει μια γνωστική διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο εντοπίζει και αξιολογεί τους πόρους αντιμετώπισης (π.χ. αυτο-αποτελεσματικότητα), τις μεταβλητές της κατάστασης (π.χ., τον έλεγχο της εργασίας) (Dewe and Cooper, 2007, Folkman, 1984). Η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των παραγόντων καθορίζει τις ενέργειες αντιμετώπισης που εκτελούνται για τη διαμόρφωση, διαχείριση ή επίλυση του συμβάντος (Dewe and Cooper, 2007, σελ. 144). Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι η χρήση της λέξης «δευτεροβάθμια» σημαίνει ότι η δευτεροβάθμια εκτίμηση είναι λιγότερο σημαντική ή ότι η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια αξιολόγηση είναι ανεξάρτητες διαδοχικές διαδικασίες. Αντίθετα, οι αντιδράσεις στρες ενός ατόμου επηρεάζονται από μια σύνθετη, δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει την ταυτόχρονη ανταλλαγή μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκτίμησης (Dewe, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ

3.1 Το Άγχος που Αντιλαμβάνονται οι Γονείς Προώρων Νεογνών που Υποβάλλονται σε Θεραπεία στη MENN

Προηγούμενη έρευνα στο PSS: NICU έδειξε ότι η κύρια πηγή άγχους στις μητέρες των βρεφών που υποβάλλονται σε θεραπεία στη NICUs είναι η απώλεια του γονικού ρόλου, καθώς και η συμπεριφορά και η εμφάνιση του βρέφους τους, ενώ η αντίληψη του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται το βρέφος φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα στρες, λιγότερο (Busse M, 2013, Chourasia N, 2013, Dudek-Shriber L, 2004). Μια άλλη μελέτη καταδεικνύει ότι η σημασία συγκεκριμένων παραγόντων στρες μπορεί να διαφέρει ελαφρώς στην Πολωνία, όπου η μέση ένταση του στρες στο PSS: NICU ήταν 2,68. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό των Κορεατών ερευνητών, τόσο στις μητέρες όσο και στους πατέρες, οι οποίοι σημείωσαν βαθμολογία 3,43 και 3,23 αντίστοιχα (Ahn Y-M, 2007). Η βαθμολογία που παρουσιάζεται είναι επίσης χαμηλότερη από αυτή που αποκτήθηκε από τους Lau et al. σε τρεις παρόμοιους πληθυσμούς (3.6-3.7) (Lau C, 2007). Τα υψηλότερα αποτελέσματα ελήφθησαν από τους Busse et al. και Turan et al. οι οποίοι έλαβαν 3,01, 3,14 και 2,96 αντίστοιχα (Busse M, 2013, Turan T, 2008, Turner M, 2015).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν στην μελέτη της (Aftyka A 2019) είναι κοντά σε εκείνα που προέκυψαν από την έρευνα επικύρωσης του αρχικού εργαλείου, καθώς το μέσο άγχος στο PSS: NICU ήταν 2,94 (Miles MS, 1993). Ομοίως, οι Franck et al. έλαβαν βαθμολογία 2,95 (Franck LS 2005). Άλλοι ερευνητές έλαβαν αποτελέσματα κοντά σε εκείνα της (Aftyka A 2019) ενώ οι Ahn et al. που μελέτησαν μια ομάδα πατέρων μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση και έλαβαν αποτελέσματα (2.90) (Ahn Y-M, 2007), οι Franck et al. σε μια ομάδα Αμερικανών γονέων έλαβαν (2.64) (Franck LS, 2011), και οι Alkozei et al. σε μια ομάδα αμερικανικών μητέρων έλαβαν (2.99) (Alkozei A, 2014). Σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν στη Σουηδία (1,62), γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων αποτελούν γονείς παιδιών που

υποβάλλονται σε θεραπεία σε δευτεροβάθμια νοσηλεία στη NICU (Mansson C, 2015).

Στην Πολωνία, ο σημαντικότερος παράγοντας άγχους ήταν η μεταβολή του γονικού ρόλου (3.46), ακολουθούμενη από το περιβάλλον και τους ήχους (2.68), και τέλος, ο λιγότερο σημαντικός παράγοντας άγχους ήταν η εμφάνιση του βρέφους (2.33). Σε κάποιο βαθμό, τα αποτελέσματα είναι συνεπή με τα αμερικανικά δεδομένα (Busse M, 2013, Miles MS, 1993, Alkozei A, 2014). Οι Lau et al. (Lau C, 2007) και οι Montirosso et al. (Montirosso R, 2012) έλαβαν επίσης παρόμοια αποτελέσματα παρά την έρευνα σε τρεις διαφορετικές εθνοτικές ομάδες (Αφροαμερικανούς, Καυκάσιους, Ισπανόφωνους).

Όλες οι αναφερόμενες έρευνες χαρακτηρίζονται από παρόμοια αποτελέσματα στην πλειοψηφία των υπο-κλιμάκων, αφού στην πραγματικότητα, οι διαφορές είναι μικρές. Η απώλεια του γονικού ρόλου αποδείχθηκε ότι ήταν η πιο σημαντική για τους συμμετέχοντες. Υπάρχει, ωστόσο, μια διαφορά σχετικά με τον λιγότερο σημαντικό παράγοντα, ο οποίος έχει αποδειχθεί ότι είναι το βρέφος, ενώ η παρουσιαζόμενη μελέτη δείχνει τις εικόνες και τους ήχους των NICU. Οι Πολωνοί γονείς αναμένεται να βρουν την εμφάνιση και το περιβάλλον των NICUs με τους ήχους του ιατρικού εξοπλισμού πιο αγχωτικό από την εμφάνιση των βρεφών τους. Αυτό δεν μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα βρέφη στις πολωνικές NICU φαίνονται καλύτερα, αλλά μάλλον ότι το περιβάλλον του θαλάμου είναι λιγότερο ευχάριστο ή φιλικό. Οι θάλαμοι δεν έχουν επαρκή χώρο και τα βρέφη αντιμετωπίζονται σε μεγάλους πολυδύναμους θαλάμους, σε αντίθεση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία, που εγγυώνται περισσότερη άνεση τόσο στα βρέφη όσο και στους γονείς τους (Garfield L 2015, Shaw RJ, 2014).

Η πιο αγχωτική πτυχή της εμπειρίας στην NICU ήταν η αντιληπτή απώλεια του γονικού ρόλου και ειδικότερα η απομάκρυνση από το βρέφος τους και η αίσθηση αβοήθειας και αδυναμίας να προστατεύσουν τα παιδιά τους από τον πόνο και τις οδυνηρές διαδικασίες. Αυτό συμβαδίζει με τις προηγούμενες έρευνες που δείχνουν ότι ανεξάρτητα από το χρόνο της αναφοράς των γονέων (εντός 5 ημερών από την εισαγωγή, κατά την αποβολή, 3 έτη αργότερα) (Miles MS 1991, Montirosso R, 2012, Wereszczak J, 1997) ή του σχεδιασμού μελέτης (ποιοτική έναντι ποσοτικής), (Holditch-Davis D, 2000, Miles MS, 1991, Montirosso R, 2012, Franck LS, 2005) οι μητέρες των νεογνών που γεννιούνται πρόωρα αναφέρουν την απώλεια του ρόλου

τους στη φροντίδα του βρέφους τους ως πρωταρχική πηγή άγχους που σχετίζεται με τη NICU. Αυτό είναι σημαντικό καθώς οι στρατηγικές παρέμβασης τείνουν να επικεντρώνονται στη μείωση της έκθεσης στο στρες για το βρέφος, (van der Pal SM, 2007, Als H, 2003), αλλά συχνά δεν αντιμετωπίζουν παράγοντες που σχετίζονται με το γονικό και οικογενειακό άγχος και ενδέχεται να παρεμποδίσουν την εμπλοκή των γονέων και την ετοιμότητα της γονικής μέριμνας για το μωρό τους στο σπίτι.

Η εγκυμοσύνη είναι μια εποχή σωματικής και ψυχολογικής προσαρμογής για τους γονείς, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης, της εντατικοποίησης και της προσκόλλησης στο νέο βρέφος τους. Πρόκειται για μια σταδιακή διαδικασία, ότι μέχρι το τέλος των εννέα μηνών της εγκυμοσύνης, οι γονείς αναπτύσσουν μια αίσθηση της ετοιμότητας για τη γέννηση και την ανατροφή των παιδιών τους (Brazelton T, 2012). Για τους γονείς ενός πρόωρου νεογνού, η διαδικασία αυτή συντομεύεται απότομα, συχνά αφήνοντάς αισθήματα απώλειας, θλίψης και άγχους παράλληλα με μια επιθυμία για προστασία και φροντίδα για το βρέφος τους. Τα ευρήματα των μελετών υπογραμμίζουν την ανάγκη φροντίδας του βρέφους από το γονέα και την ενεργό συμμετοχή των γονέων στη λήψη αποφάσεων και τη φροντίδα του βρέφους τους έτσι ώστε να συμβάλλουν στην άμβλυνση των συναισθημάτων της αδυναμίας και της αποφυγής που ενδέχεται να επηρεάσουν τη συμμετοχή των γονέων, στη NICU.

Διάφοροι άλλοι μητρικοί και οικογενειακοί παράγοντες συσχετίστηκαν επίσης με το μητρικό στρες. Οι μητέρες χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα επίπεδα σε αγχωτικά συμβάντα ζωής κατά το παρελθόν έτος, ενώ τα αυξημένα συμπτώματα της πρώιμης μεταγεννητικής κατάθλιψης ήταν σε αυξημένο κίνδυνο και υψηλών επιπέδων στρες, κάτι που σχετίζεται με τη NICU. Άλλες μελέτες έχουν επίσης συνδέσει τη χαμηλή μητρική εκπαίδευση, την οικογενειακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις αντιξοότητες και την πρόωρη μητρότητα με αυξημένη πίεση (Schappin R, 2013, Shields-Poë D, 1997, Montirosso R, 2012).

Οι κύριες αναπτυξιακές μελέτες δείχνουν ότι το άγχος, ειδικά όταν είναι επίμονο, μπορεί να αυξήσει τις τάσεις των νεογνών στην ανησυχία και στις εσωτερικές δυσκολίες, καθώς επίσης και στην αρνητική επίδραση στις σχέσεις μητέρων-παιδιών που μπορούν να οδηγήσουν περαιτέρω σε αυξημένο άγχος γονέα-παιδιού (Apter-Levy Y, 2013, Giallo R, 2013). Οι γονείς που υπόκεινται σε υψηλά επίπεδα στρες και συμπτώματα κατάθλιψης είναι επίσης λιγότερο πιθανό να αλληλοεπιδράσουν με το παιδί, παρέχοντας έτσι λιγότερες ευκαιρίες γλωσσικής ανάπτυξης (Topol D, 2011,

Quittner AL, 2010). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι τα παιδιά με καθυστέρηση στη γλώσσα μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων ρύθμισης και το αντίστροφο. Ανεξάρτητα από τη φύση αυτών των σχέσεων, τα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες που εξετάζουν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των υψηλών επιπέδων μητρικού άγχους που σχετίζεται με τη NICU στις σχέσεις γονέα-βρέφους και τα αναπτυξιακά αποτελέσματα των παιδιών σε μεγαλύτερα δείγματα.

3.2 Ο Αντίκτυπος της Επικοινωνίας στην Προσαρμογή των Γονέων στο Περιβάλλον της MENN

Η εισαγωγή ενός κριτικά άρρωστου μωρού στη νεογνική μονάδα συχνά αντιπροσωπεύει μια βαθιά τραυματική περίοδο για τους γονείς (Janvier A, 2016, De Rouck S, 2009). Έχουν αναφερθεί συμπτώματα στρες, άγχους και μετατραυματικού στρες κατά την είσοδο και μετά την αποβολή του μωρού, (Yaman S, 2015, Smith VC, 2013) υποδηλώνοντας ότι ακόμη και μια σύντομη παραμονή στη νεογνική μονάδα μπορεί να έχει μακροχρόνιο αντίκτυπο στην οικογένεια και να υπογραμμίζει τη σημασία της οικογενειακής υποστήριξης.

Η προσεκτική επικοινωνία και αφοσίωση κατά τη διάρκεια της κρίσιμης φροντίδας που δίνεται στο μωρό τους επιτρέπει στους γονείς να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα το συναισθηματικό άγχος, αλλά παραμένει ένας τομέας που συχνά επικρίνεται από τους γονείς που έχουν κατανοητό βαθύ άγχος που προκαλείται από την εισαγωγή του μωρού σε νεογνική μονάδα (Smith VC, 2013, De Rouck S, 2009, Al Maghaireh DF, 2016). Πολλές από τις μελέτες που έχουν διερευνήσει τις γονικές εμπειρίες της νεογνικής μονάδας και της ιατρικής επικοινωνίας σε αυτό το περιβάλλον, είναι αναδρομικές (Wigert H, 2014, Holditch-Davis D, 2000) και χάνουν την ευκαιρία να συλλέξουν πληροφορίες εκείνη τη στιγμή σχετικά με τις γονικές εμπειρίες εμπλοκής στη φροντίδα του μωρού κυρίως όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την φροντίδα. Όπως φαίνεται από τους Wraight et al (Wraight CL 2015), ωστόσο, η συλλογή δεδομένων από τους γονείς σε πραγματικό χρόνο στη νεογνική μονάδα είναι σημαντική καθώς μας επιτρέπει να κατανοήσουμε καλύτερα, πώς οι γονείς αντιδρούν σε μια σειρά αποφάσεων, την παροχή σύνθετων πληροφοριών και τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν την κατάσταση του μωρού τους. Οι διαδικασίες αυτές αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της εμπλοκής των γονέων και

των τελικών κρίσιμων αποφάσεων περί φροντίδας που κάνουν οι γονείς για το βρέφος τους.

Τα συμπεράσματά των μελετών έδειξαν, ότι ο σεβασμός του παιδιού και ο αντίκτυπος της επικοινωνίας στην ικανότητα των γονέων να προσαρμόζονται στο νεογνικό περιβάλλον αντικατοπτρίζουν προηγούμενες μελέτες που εντόπισαν παρόμοια θέματα γονέων που θέλουν να σέβονται τον ρόλο τους και να έχουν (Turner M, 2015, Russell G, 2014) σαφείς πληροφορίες (Al Maghaireh DF, 2016). Οι ερευνητές, κατά την εξερεύνηση των αναγκών της πληροφόρησης των γονέων, αναφέρουν την επιθυμία για συνεπή, ακριβή και ειλικρινή πληροφόρηση ώστε να αισθάνονται εμπλεκόμενοι στη θεραπεία του μωρού τους, ενώ η κακή επικοινωνία οδηγεί σε αισθήματα απομόνωσης και αποκλεισμού από τον γονικό ρόλο (Turner M, 2015). Αυτό που διαπιστώθηκε από τους γονείς στη μελέτη της (Katie Gallagher, 2017), οι οποίοι συζήτησαν πώς αισθάνονταν πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν δύσκολες πληροφορίες όταν κατανόησαν το σκεπτικό πίσω από τις συστάσεις. Οι γονείς συζήτησαν επίσης την ασφάλεια που αισθάνονταν στις σχέσεις με τους τακτικούς φροντιστές, καθώς αισθάνθηκαν πιο άνετα να θέτουν ερωτήσεις για να αποκτήσουν τις πληροφορίες που χρειάζονταν για να διαχειριστούν τις προσδοκίες τους για την πρόοδο του μωρού τους και έτσι να μπορούν να συνεισφέρουν σε κοινές συζητήσεις για τη θεραπεία και τη συμμετοχή στην περίθαλψη. Όταν οι γονείς θεώρησαν ότι η δέσμευση αυτή δεν έγινε σεβαστή από μια σύγκρουση με έναν άλλο επαγγελματία, είτε άμεσο είτε έμμεσο, συζήτησαν την απογοήτευση και τη δυστυχία τους με την ομάδα φροντίδας του μωρού τους. Τα ευρήματά από τις πέντε οικογένειες που υποβλήθηκαν σε συνέντευξη δύο φορές δείχνουν ότι αυτό δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και οι γονείς σε αμφότερα χρονικά σημεία ενίσχυαν την ανάγκη τους για σαφή και συνεπή ενημέρωση χρησιμοποιώντας διαφορετικά κλινικά σενάρια για να συζητήσουν τις ανάγκες τους. Αυτά τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν εκείνα των Russell et al (Russell G, 2014) και της Μεγάλης Μελέτης του Ηνωμένου Βασιλείου, (POPPY Steering Group. Family-centred care in neonatal units, 2009) που διαπίστωσαν ότι οι γονείς γνώρισαν δυσαρέσκεια και ανησυχία όταν έλαβαν αντικρουόμενες πληροφορίες ή όταν αισθάνθηκαν ότι είχαν περάσει στη συμβουλή άλλου επαγγελματία. Τα ευρήματά παρέχουν μια σημαντική εικόνα αυτών των ζητημάτων αφοσίωσης υποδεικνύοντας ότι απαιτείται βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ίδιων των επαγγελματιών σχετικά με τα θεραπευτικά σχέδια και τις

προηγούμενες συζητήσεις με τους γονείς προκειμένου να βοηθηθούν οι γονείς να αισθάνονται πιο άνετοι και σίγουροι με τους φροντιστές του μωρού τους.

Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει συνδέσεις μεταξύ των ομάδων φροντίδας και των οικογενειακών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, αυτές έχουν επίσης εντοπίσει θετικές συσχετίσεις μεταξύ μικρότερων και συνεπέστερων ομάδων με βελτιωμένες βραχυπρόθεσμες εκβάσεις τόσο για τα βρέφη όσο και για τους γονείς. Μια αναδρομική ανάλυση των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων σε μια αμερικανική μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών μεταξύ 2002 και 2010 κατέδειξε ότι οι οικογένειες που γνώρισαν συνεχή αυξημένη φροντίδα, εξέφρασαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα, ανεξάρτητα από το βάρος γέννησης, τη διάρκεια παραμονής (Gray JE, 2010) και τη δομή της ομάδας που επισημάνθηκε περαιτέρω σε μια παρόμοια μελέτη του Miedaner et al, ο οποίος βρήκε θετικούς συσχετισμούς μεταξύ ενός υψηλότερου ποσοστού μη επεμβατικής αναπνευστικής υποστήριξης και των αντιλήψεων των γονέων για το πόσο καλά ήξεραν τη νοσοκόμα του μωρού τους (Miedaner F, 2016). Οι γονείς στη μελέτη αυτή αντικατοπτρίζουν αυτά τα ευρήματα μέσω των ανησυχιών ότι οι ασυνεπείς παροχοί φροντίδας είναι οι επαγγελματίες που δεν γνωρίζουν το μωρό τους αρκετά καλά για να αξιολογήσουν τη συνολική καθημερινή του εξέλιξη, να οικοδομήσουν και να διατηρήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον γονέα. Ο προγραμματισμός του προσωπικού και οι δυνατότητες των ομάδων φροντίδας είναι επομένως ένας τομέας που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση για να προσδιοριστεί ο αντίκτυπος στα αποτελέσματα καθώς οι νεογνικές μονάδες συνεχίζουν να αναπτύσσονται σε χωρητικότητα. Οι συνεπείς παροχοί φροντίδας μπορεί να διευκολύνουν την μεταφορά γνώσης μεταξύ του προσωπικού και του γονέα, κατά τη διάρκεια της γέννησης, επιτρέποντας στους γονείς να αισθάνονται πιο σίγουροι ότι οι πληροφορίες δεν θα «χαθούν».

Τα ευρήματά των μελετών υπογραμμίζουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γονείς για να συμβιβάσουν την συχνά ξαφνική και απροσδόκητη γέννηση του παιδιού τους με την ταυτόχρονη εκμάθηση μιας νέας ιατρικής γλώσσας ενώ προσπαθούν να δεσμευτούν με το μωρό τους σε ένα άγνωστο περιβάλλον.

Αυτό που δείχνουν τα ευρήματά είναι ότι αυτή η περίπλοκη διαδικασία πλοήγησης των ρόλων και των ευθυνών των γονέων μέσω συμπεριφορών, διαδικασιών, επικοινωνίας και πληροφόρησης μπορεί να αντανακλά μια πολιτισμική προσαρμογή στη νεογνική μονάδα (Schein EH, 2010) όπου οι γονείς κοινωνικοποιούνται στην

νεογνική κοινότητα και στους καθιερωμένους κανόνες, αξίες, συμπεριφορές και στάσεις.

Οι διαφορές στις προοπτικές και η επακόλουθη εσφαλμένη ευθυγράμμιση των προσδοκιών μπορεί να εξηγούν στους τομείς φροντίδας όπου οι γονείς αναφέρουν δυσαρέσκεια στην έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά τον ρόλο τους, στην έλλειψη ευκαιριών για τη διαμόρφωση και διατήρηση των σχέσεων εμπιστοσύνης με τους φροντιστές, στην έλλειψη ευκαιριών να θέτουν ερωτήσεις και να συλλέγουν πληροφορίες και να μην υπάρχει ασυνέπεια στις επαγγελματικές συμβουλές (Turner M, 2015, Al Maghaireh DF, 2016, Russell G, 2014). Μπορεί επίσης να υποστηρίξει τους γονείς να αναφέρουν τις ανθρώπινες αδυναμίες του προσωπικού και τη δέσμευσή τους στην φροντίδα του μωρού τους ως σημαντικό: οι έννοιες αυτές επιτρέπουν στους γονείς να αφομοιώνουν τις πληροφορίες και να αισθάνονται εμπλεκόμενοι στο σχεδιασμό περίθαλψης του μωρού τους. Μια πρόσφατη πιλοτική μελέτη συνέκρινε τον αντίκτυπο της «γονικής ολοκληρωμένης περίθαλψης» σε μια ενιαία μονάδα στον Καναδά, όπου οι γονείς ανέλαβαν πρωταρχική ευθύνη για τη φροντίδα όπως οι αλλαγές πάνας, το μπάνιο και η σίτιση, παράλληλα με ορισμένους παραδοσιακούς νοσηλευτικούς ρόλους όπως η καταγραφή παρατηρήσεων στην νεογνική μονάδα με επαγγελματική φροντίδα (O'Brien K, 2013). Τα αρχικά θετικά ευρήματα υπογράμμισαν βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, όπως βελτιωμένα ποσοστά θηλασμού και αυξημένη αύξηση του βάρους στα βρέφη (O'Brien K, 2013). Μακροπρόθεσμα, ωστόσο, αυτή η προώθηση του γονικού ρόλου μπορεί να οδηγήσει σε πολιτιστική μετατόπιση, η οποία τελικά αλλάζει τη φύση της επικοινωνίας και της φροντίδας στη νεογνική μονάδα, καθώς οι γονείς είναι άμεσα εξουσιοδοτημένοι να αναλάβουν την αυτονομία, μέσω της ευθύνης για το βρέφος τους.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις που οι γονείς συζήτησαν ως ζωτικής σημασίας σε όλες τις πτυχές της νοσηλείας του μωρού τους επαναλαμβάνονται από τους γονείς σε προηγούμενες μελέτες, όπου στοιχεία όπως η ομιλία με το προσωπικό τους βοήθησαν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά την κατάσταση του μωρού τους (Al Maghaireh DF, 2016, Russell G, 2014, Fenwick J, 2001).

Αυτές οι αλληλεπιδράσεις έχουν σαφώς έναν ζωτικό και μακροχρόνιο ρόλο πώς οι γονείς οικοδομούν σχέσεις με την επαγγελματική ομάδα, επηρεάζοντας ενδεχομένως τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες μπορούν να αναγνωρίσουν τις οικογενειακές ανάγκες και να διευκολύνουν τη σύνδεση μεταξύ των γονέων και του μωρού τους.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να προσδιοριστεί ο αντίκτυπος που έχει αυτό στις οικογένειες που παραμένουν στη νεογνική μονάδα και πέραν αυτής.

Οι Weiss, Goldlust και Vaucher (Weiss S, 2010) ανέφεραν ότι η διαθεσιμότητα των συνομιλιών αποτελεί βασικό παράγοντα στους γονείς; η στην αντίληψη του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης ως ενσυναισθητική (Weiss S, 2010).

Η ικανότητα κατανόησης της κατάστασης ενός άλλου ατόμου βασίζεται στο αίσθημα της ενσυναίσθησης (Dessy E: 2009, Halpern J: 2003), που σημαίνει ότι ανταποκρίνεται συναισθηματικά στις ανάγκες του άλλου ατόμου χωρίς να τον κρίνει ή να τον επικρίνει. Η ανταπόκριση με την ενσυναίσθηση και τη συμπόνια καθιστά την υγειονομική περίθαλψη σημαντική, αλλά μπορεί να απαιτεί ενέργεια πέρα από τον επαγγελματικό ρόλο στο προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης (Morse JM, 1992).

Όπως και σε προηγούμενες μελέτες, η μελέτη της (Wigert 2014) υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της προηγμένης κατάρτισης του προσωπικού και την ελαχιστοποίηση των εμποδίων που σχετίζονται με την εργασία για την υποστήριξη του ρόλου της νεογνικής νοσοκόμας στην παροχή της συναισθηματικής υποστήριξης (Turner M, 2014, Wigert H, 2013, Engler AJ 2004, Monterosso L, 2005). Μια μελέτη του Boss, Hutton, Donohue και Arnold (Boss RD, 2009) διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευόμενοι νεογνολόγοι διδάχθηκαν τεχνικές δεξιότητες και ιατρικές γνώσεις, αλλά επιθυμούσαν περισσότερη κατάρτιση στην επικοινωνία με τους γονείς των σοβαρά άρρωστων παιδιών.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι συνομιλίες μεταξύ γονέων και προσωπικού μειώνονται καθώς η κατάσταση του παιδιού σταθεροποιείται (Fegran L, 2008, Kowalski WJ, 2006), αλλά η μελέτη της (Wigert H 2014) είναι η πρώτη που δείχνει ότι αυτό, συμβάλλει σαφώς στα συναισθήματα εγκατάλειψης, σύμφωνα με τις αφηγήσεις των γονέων.

Όπως και σε άλλες μελέτες (Mok E, 2006, Fegran L, 2008), η μελέτη της (Wigert H 2014) κατέδειξε ότι η ενθάρρυνση από το προσωπικό να τους μιλήσει ήταν σημαντική για να δίνει στους γονείς την αίσθηση της δικής τους έγνοιας για το παιδί τους.

Η γονική μέριμνα ενός παιδιού που νοσηλεύεται στη NICU μπορεί να περιγραφεί ως μια κατάσταση μη υποφερτή και όπου το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης με καλές δεξιότητες επικοινωνίας δείχνουν συμπόνια. Η συμπόνια επιτρέπει στο

προσωπικό να επηρεάζεται από την εμπειρία του άλλου (Schantz ML 2007). Η μελέτη της (Wigert H 2014) διαπίστωσε ότι οι γονείς αισθάνθηκαν ότι υπήρχε ένας άνθρωπος πίσω από το επάγγελμα, όταν το προσωπικό έδειξε να επηρεάζεται από τη δυσκολία που αντιμετώπιζε ο γονέας. Για να μπορέσουμε να δούμε και να ανταποκριθούμε σε αυτή την ταλαιπωρία, πρέπει να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ του ατόμου και του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης και ο υπάλληλος πρέπει να βλέπει με το βλέμμα της καρδιάς (Martinsen K, 2006). Ο Martinsen (Martinsen K, 2006) χρησιμοποιεί τη βιβλική ιστορία του καλού Σαμαρείτη για να καταδείξει την ανθρώπινη ανάγκη συμπόνιας σε μια δύσκολη κατάσταση, στην περίπτωση αυτή, την ευάλωτη κατάσταση της μητέρας να φροντίζει ένα παιδί στη NICU. Η συμπεριφορά του ασθενούς, αντανακλάται στη συμπεριφορά του μέλους του προσωπικού προς τον ασθενή: να βλέπει, να ακούει και να δίνει πλήρη προσοχή στον ασθενή σε αυτή την κατάσταση.

Η συμπεριφορά του μέλους του προσωπικού έχει τη δύναμη να μειώσει ή να επιδεινώσει την πάθηση του ασθενούς (Martinsen K, 2006). Ο H?kensen-Martinsen (H?kensen-Martinsen E, 2011) ισχυρίστηκε ότι η φιλοσοφία της Martinsen για την υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντική τόσο στην νοσηλευτική όσο και στην κλινική ιατρική.

3.3 Οι Αντιλήψεις Σχετικά με την Οικογενειακή Υποστήριξη που Παρέχεται στην Εντατική Φροντίδα των Νεογνών

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που διευκρινίζουν τις μητρικές αντιλήψεις σχετικά με την οικογενειακή υποστήριξη που παρέχεται στην εντατική φροντίδα των νεογνών, παρόλο που πολλές χώρες έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τυποποιημένα προγράμματα και εργαλεία για τον εντοπισμό των μέσων προώθησης της γονικής συμμετοχής και της ενδυνάμωσης της μητέρας. Οι NICUs (Melnyk, 2006, Melnyk 2009, O'Brien, 2013, Bastani, 2015). Το περιγεννητικό κέντρο I είχε γεννήσεις με σημαντικά χαμηλότερο σωματικό βάρος και προγενέστερη ηλικία κύησης σε σχέση με το περιγεννητικό κέντρο II λόγω των καλύτερων χαρακτηριστικών της εγκατάστασης, ωστόσο δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο περιβάλλον, στο επίπεδο συμμετοχής και στη σχέση μητέρας-νοσοκόμου στα δύο κέντρα. Δεύτερον, το μοντέλο που δείχνει την επεξεργασία της σχέσης μητέρας-νοσοκόμου στη NICU φαίνεται να είναι

θετικό και στα δύο κέντρα αφού ακολούθησαν το ίδιο μοντέλο πορείας. Οι μητέρες μεταβαίνουν από παθητικοί επισκέπτες σε ενεργούς πρωτοβάθμιους φροντιστές που ασχολούνται περισσότερο με τη γονική μέριμνα, αποκτούσαν μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασής τους και συνδέονταν περισσότερο με τα βρέφη τους. Επομένως, το μοντέλο διαδρομής ήταν συναφή με προηγούμενες μελέτες (Cescutti-Butler 2003, Broedsgaard 2005, Heermann, 2005, Skene, 2012). Ωστόσο, σύμφωνα με τις μελέτες η ενθάρρυνση των μητέρων να έρχονται σε επαφή με φίλους φαίνεται να είναι πιο δύσκολη στο περιγεννητικό κέντρο από ότι στο περιγεννητικό κέντρο II. Επειδή οι μητέρες τείνουν να ελπίζουν ότι οι σύζυγοι και οι φίλοι τους θα τους συμπαρασταθούν (Okita 2011), οι αξιολογήσεις της μητέρας μπορεί να είναι η ευκαιρία για να αποκαλύψουν τις μη ικανοποιημένες μητρικές ανάγκες και ανησυχίες που δεν λέγονται εύκολα.

Η ανταπόκριση της συμμετοχής της μητέρας με βάση την υποστήριξη που βασίζεται στην οικογένεια φαίνεται να είναι θετική και συνδέεται με μια καλύτερη σχέση μητέρας-νοσοκόμου. Ωστόσο, μπορούμε να εντοπίσουμε τρία σημαντικά σημεία για να βοηθήσουμε τις μητέρες με πρόωρα νεογνά να μάθουν καλύτερα τις δεξιότητες των γονέων στη MENN.

Πρώτον, φάνηκε να υπάρχει έλλειψη φιλικών προς τα παιδιά οπτικών πληροφοριών που παρέχονται στα νοσοκομεία. Είναι τεκμηριωμένο ότι οι παραδοσιακές μορφές εκπαίδευσης των γονέων στη NICU, όπως η χρήση των χρονοδιαγραμμάτων και η εκπαίδευση, δεν ανταποκρίνονται στην ανάγκη αυτή (Sneath 2009).

Επιπλέον, η υγειονομική παιδεία των Ιαπώνων είναι χαμηλότερη από αυτή των Ευρωπαίων, διότι δεν υπάρχει ολοκληρωμένη εθνική ηλεκτρονική πλατφόρμα όπου οι Ιάπωνες μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αξιόπιστες και κατανοητές πληροφορίες υγείας (Nakayama, 2015). Το CDC (2004) που εδρεύει στις ΗΠΑ έχει καταδείξει πώς η γενική έλλειψη υγειονομικής παιδείας οδηγεί στην αδυναμία των ατόμων να διατηρούν την υγεία τους, καθώς δεν μπορούν να επωφεληθούν από τις πληροφορίες για την υγεία.

Δεδομένου ότι η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης καθιστά τους γονείς λιγότερο ικανούς να λύσουν τα προβλήματα μόνοι τους, οι γονείς χρειάζονται εκπαίδευση από τους παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τα χαρακτηριστικά των πρόωρων νεογνών και το οικογενειακό υπόβαθρο, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής κατάστασης της μητέρας. Η εκπαίδευση των γονέων και η ένταξή τους στη συνεχή φροντίδα του νοσηλευόμενου βρέφους βελτιώνουν τα αποτελέσματα της

ψυχικής υγείας των γονέων, προάγουν την προσκόλληση της μητέρας, μειώνουν τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και αυξάνουν το σωματικό βάρος των βρεφών (Melnyk 2009, Melnyk, Bullock et al., 2010, O'Brien, 2015). Προτείνουμε οι νοσηλευτές να παρέχουν συνεχή εκπαίδευση στις μητέρες με εύκολα κατανοητά εργαλεία.

Δεύτερον, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι μητέρες ενδέχεται να λαμβάνουν ταυτόχρονα διαφορετικές πληροφορίες σχετικά με τους κανόνες οικογενειακής επίσκεψης. Ο Griffin (2013) έδειξε ότι οι μητέρες είχαν συχνά περιορισμένη πρόσβαση στα βρέφη τους, κάτι που ήταν ενάντια στις πολιτικές FCC, οι οποίες καλωσορίζουν τις μητέρες ως συνεργάτες ανά πάσα στιγμή, και η παρουσία και συμμετοχή των οικογενειών εξαρτάται από τα νεογνά και τις οικογένειές τους. Στην Ιαπωνία, οι ώρες επισκέψεων εξακολουθούν να ισχύουν, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο ξεχωριστής διαπραγμάτευσης εάν δεν είναι δυνατή η επίσκεψη κατά τις ώρες των επισκέψεων. Μια περιορισμένη πολιτική επίσκεψης εξαρτάται από τη διαπραγμάτευση των οικογενειών για πιο ευέλικτες επισκέψεις, οι οποίες διαφέρουν από το παγκόσμιο πρότυπο της ανοικτής επίσκεψης 24 ώρες το εικοσιτετράωρο και 7 ημέρες την εβδομάδα και ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τη συμμετοχή των μητέρων στην φροντίδα των βρεφών τους. Η συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του νοσηλευόμενου βρέφους, η ανταλλαγή πληροφοριών και η ενθάρρυνση της παρουσίας των γονέων συνδέονται με την αύξηση της ικανοποίησης των γονέων και τη μείωση της επανεισδοχής στο νοσοκομείο (Bastani, Abadi et al., 2015). Στη μονάδα εντατικής θεραπείας, ανεξάρτητα από το τμήμα, η παρουσία των γονέων σε κλινικές (PPCBR) φαίνεται να επηρεάζουν θετικά την ανησυχία της μητέρας και να αυξάνει την εμπιστοσύνη των μητέρων ως μέλος της ομάδας υγείας (Davidson 2013). Επιπλέον, το PPCBR εγκρίθηκε συντριπτικά από τους γονείς και τους επαγγελματίες υγείας σε μια τυχαioποιημένη δοκιμή crossover (Abdel-Latif, Boswell et al., 2015). Προτείνουμε οι νοσηλευτές να εγγραστούν μια απεριόριστη πολιτική επίσκεψης για όλες τις οικογένειες για να βελτιώσουν την επαφή με το βρέφος τους, τόσο συχνότερα όσο και χωρίς δισταγμό, με το δικό τους ρυθμό και να γίνουν μοναδικοί κύριοι φροντιστές. Ο Obeidat (2009) έδειξε ότι οι μεμονωμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν θετικά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα απαιτούνται για να μειωθούν τα συναισθήματα του άγχους, και της απώλειας ελέγχου, τα οποία στηρίζουν τα αποτελέσματα στη φάση άνεσης και εμπιστοσύνης.

Προκειμένου να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της μείωσης της γονικής ψυχολογικής δυσφορίας και να ενισχυθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ γονέων και βρεφών στο NICU, είναι απαραίτητο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης να συμμορφώνονται με τις οδηγίες εφαρμογής της FCC, όπως η ενσωμάτωση ορισμένων τεχνικών εργαλείων για την εύκολη κατανόηση, φροντίδα των βρεφών και η προσεκτική εξέταση της ετοιμότητας των μητέρων σε κάθε στάδιο. Επιπλέον, η εκπαίδευση με βάση την προσομοίωση αποτελούν αποτελεσματικούς τρόπους για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των κενών στη γνώση (Safran, 2005, Choi 2010, Breitenstein, 2014, Breitenstein, 2015). Συνιστούμε ένα πρόγραμμα περίθαλψης βασισμένο σε αποδεικτικά στοιχεία και κατανοητά εργαλεία για τις οικογένειες των νοσηλευόμενων πρόωρων νεογνών.

3.4 Τα Αισθήματα του Πατέρα στην MENN

Τα ευρήματα των μελετών υποδεικνύουν ότι τα συναισθήματα του πατέρα ενός βρέφους στη NICU προκύπτει από πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις. Τέσσερα θέματα προέκυψαν από αυτά τα δεδομένα: κοιτάζοντας, επιμένοντας, κρατώντας, και βρίσκοντας τον τρόπο μου. Συνολικά, αυτά τα θέματα περιγράφουν το ταξίδι των πατέρων στη μετάβαση στο πατρικό ρόλο και στην οικοδόμηση μιας σχέσης με το βρέφος μέσα στο άγνωστο και εκνευριστικό περιβάλλον της NICU (McCann D. 2008, Blomqvist YT, 2012). Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τους στρεσογόνους παράγοντες (Deeney K , 2012, Wigert H, 2014, Wigert H, 2013) του πατρός στη NICU, αλλά και το πώς έρχεται να γνωρίσει το βρέφος και τον εαυτό του ως πατέρα. Με την ξαφνική τους βύθιση στον εκφοβιστικό κόσμο της NICU, οι (Martel MJ, 2016, Deeney K ,2012) πατέρες αρχικά αισθάνθηκαν σαν ξένοι, καθώς η εστίασή τους επικεντρωνόταν στη μητέρα του βρέφους ενώ ταυτόχρονα, προσπαθούσε να καταλάβει τον διαφορετικό κόσμο της NICU. Οι πατέρες σημείωσαν ότι αισθάνθηκαν ότι η NICU και η γέννηση ήταν ένας γυναικείος κόσμος για τον οποίο γνώριζαν ελάχιστα.

Ενώ χάθηκαν κάπως σε αυτόν τον διαφορετικό κόσμο, οι πατέρες έφτασαν στην οδυνηρή συνειδητοποίηση ότι επέστρεψαν στο σπίτι χωρίς τίποτα, υπογραμμίζοντας την άδικη φύση της εμπειρίας. Για να ξεκινήσουν ως γονείς, οι πατέρες έπρεπε πρώτα να μάθουν να εμπιστεύονται τους ξένους σε ότι αφορά τη φροντίδα του παιδιού τους. Ο πατέρας βρήκε ότι δεν είχε άλλη επιλογή παρά να εμπιστευτεί. Η εμπιστοσύνη των

ξένων ανθρώπων έφερε τόσο την άνεση όσο και το άγχος, καθώς ορισμένοι πατέρες ανησύχησαν για την επαρκή προετοιμασία εκείνων που φρόντιζαν το βρέφος τους και τη γνώση των σημερινών προτύπων περίθαλψης. Η εμπιστοσύνη επιτρέπει στους πατέρες να μάθουν να περιηγούνται σε αυτή την ξένη γη. Δηλαδή, οι πατέρες βρήκαν ότι ήθελαν να μάθουν περισσότερα για τη NICU, την ιατρική ορολογία και τα στοιχεία που σχετίζονται με το βρέφος τους. Μια τέτοια παρακολούθηση δεδομένων παρείχε στους πατέρες ρόλο ή σκοπό. Επιπλέον, για να περιηγηθούν σε αυτή την ξένη γη, οι πατέρες αισθάνονταν σταθερά ότι έπρεπε να επιμείνουν για να διατηρήσουν τη σταθερότητα της οικογένειας. Οι πατέρες υπογράμμισαν επανειλημμένα τη σημασία της ύπαρξης της στήριξης της οικογένειας και της διατήρησης της δύναμης να μην αισθάνονται αβοήθητοι και άπειροι, ένα εύρημα που υποστηρίζεται από προηγούμενες μελέτες (Colville GA, 2005, Deeney K ,2012, Wigert H, 2014). Με πολλούς τρόπους, η επιμονή αντιπροσωπεύει τον παραδοσιακό αρσενικό ρόλο για τους πατέρες. Η κατοχή του βρέφους αναγνωρίστηκε ως καίριας σημασίας για τη σύνδεση με το βρέφος. Ωστόσο, αρχικά οι πατέρες γνώριζαν έντονα το μέγεθος του βρέφους, σημειώνοντας ότι το βρέφος ταιριάζει στην παλάμη των χεριών τους. Το μέγεθος των δικών τους χεριών και η αντιληπτή ευθραυστότητα του βρέφους, σχετίζεται άμεσα με την αποφυγή όσον αφορά το άγγιγμα, την φροντίδα ή το κράτημα του βρέφους. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με προηγούμενες έρευνες που δείχνουν ότι οι πατέρες γνωρίζουν την ευθραυστότητα του βρέφους τους και τον απρόβλεπτο χαρακτήρα της κατάστασής τους (Colville GA 2006, Deeney K ,2012, Obeidat HM, 2009, Blomqvist YT 2012, Hollywood M, 2011, Long A, 1998). Η μελλοντική έρευνα είναι απαραίτητη για να διερευνηθεί περαιτέρω η σημασία της αποφυγής, που μπορεί να χρησιμεύσει για την προστασία των πατέρων από τη σύνδεση με το βρέφος όταν τα αποτελέσματα είναι αβέβαια. Κάποια στιγμή στο ταξίδι της NICU, κάθε πατέρας είχε την βασική εμπειρία της κράτησης του βρέφους του. Η εμπειρία του να κρατήσουν το βρέφος τους, τους έκανε να νιώθουν αληθινά σαν πατέρες και να ενδυναμώσουν τη σύνδεσή τους με το βρέφος. Οι πατέρες βασίστηκαν σε μια νέα πίστη για να τους βοηθήσει μέσα από την εμπειρία. Έχουν επίσης επικεντρωθεί στην προσπάθειά τους να λειτουργήσουν συγκεκριμένα, ενώ προσπάθησαν να επικεντρωθούν στη σχέση τους με τον σύντροφό τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου του υπερβολικού άγχους. Αυτό το συμπέρασμα είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες, σημειώνοντας ότι οι πατέρες υπογραμμίζουν τη

σημασία του υποστηρικτικού ρόλου για τη σύντροφο τους (Colville GA, 2005, Martel MJ, 2016, Alkozei A, 2014, Polit DF, 2010).

3.5 Ο Ρόλος Των Επαγγελματιών Υγείας Στο Στρες των Γονέων

Η γνωστική, συναισθηματική και σωματική δυσφορία που βίωσαν οι γονείς των νεογνών που νοσηλεύονταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (NICU) έχει περιγραφεί καλά εδώ και αρκετές δεκαετίες (Franck LS, 2005, Benfield DG, 1976)). Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του άγχους που σχετίζεται με τη NICU στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία των γονέων καθώς και στη σχέση γονέα-βρέφους περιγράφονται επίσης (Huhtala M, 2012, Zelkowitz P, 2011). Πιο πρόσφατα, η έρευνα επικεντρώθηκε στην κατανόηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στην υποστήριξη των γονέων σε όλη την εμπειρία της NICU. Η δημιουργία της μητρικής υποστήριξης NICU εξελίχθηκε κατά κύριο λόγο από το μοντέλο κοινωνικής υποστήριξης του House (1981) και το μοντέλο στήριξης των γονέων (Miles MS, 199), στο οποίο η υποστήριξη αποτελείται από τέσσερα στοιχεία: συναισθηματική υποστήριξη, υποστηρικτική επικοινωνία, παροχή πληροφοριών, και την οργανική υποστήριξη. Πρόσφατη έρευνα έχει τονίσει τα στοιχεία υποστηρικτικής επικοινωνίας και πληροφόρησης που δίνουν τη δυνατότητα συμμετοχής των γονέων στη λήψη αποφάσεων και τη συμμετοχή στην φροντίδα του βρέφους (Franck LS, 2011, Tran C, 2009).

Οι μελέτες με τη στάση των γονέων σχετικά με την υποστήριξη που έλαβαν από τους νοσηλευτές (Miles MS, 199, Tran C, 2009, Montirosso R, 2012) και γενικότερα από την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης έχουν επίσης παρουσιάσει θετικές απόψεις. Παρ'όλα αυτά, οι γονείς εκφράζουν σταθερά την επιθυμία για περισσότερες πληροφορίες και συναισθηματική υποστήριξη (Mok E, 2006, Tran C, 2009). Οι γονείς ανησυχούν ιδιαίτερα ότι η έλλειψη υποστήριξης από τους νοσηλευτές μπορεί να περιορίσει την πρόσβαση στο βρέφος τους και να τους δυσκολέψει να οικοδομήσουν μια σχέση με το νεογέννητο τους (Fenwick J, 2008). Στην καθημερινή φροντίδα των βρεφών, οι φροντιστές και οι μητέρες θεωρούν τον ρόλο του ιατρού ως έναν που ενημερώνει την ιατρική περίθαλψη του βρέφους. Ενώ βλέπουν το ρόλο του νοσηλευτή ως καθοδηγητή των γονέων για τις δραστηριότητες φροντίδας των βρεφών (Bruns DA, 2002). Με την τρέχουσα στροφή προς την φροντίδα της οικογένειας (FCC), οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να υποστηρίξουν τους γονείς, μοιράζοντας

μεγαλύτερη ευθύνη για τη φροντίδα των παιδιών τους και διευκολύνοντας τη συμμετοχή των γονέων σε όλες τις πτυχές της φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της λήψης αποφάσεων (Gooding JS, 2011). Οι πρωτοβουλίες της FCC με ενισχυμένη, πολύπλευρη υποστήριξη για τους γονείς μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητα των γονέων στη φροντίδα των βρεφών και να ενισχύσουν τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των γονέων (Cooper LG, 2007, Voos KC, 2011).

Οι γονείς συμφώνησαν ότι συχνότερα έλαβαν υποστήριξη από τους νοσηλευτές. Ωστόσο, υπήρξε μια σημαντική διαφορά μεταξύ της αντιλαμβανόμενης συχνότητας της υποστήριξης που δόθηκε και έλαβαν, με τους νοσηλευτές να αναφέρουν ότι έδιναν κάθε είδους υποστήριξη στους γονείς συχνότερα από ότι οι γονείς ανέφεραν ότι έλαβαν υποστήριξη από τους νοσηλευτές. Η ενίσχυση των οργάνων του βρέφους, είναι ένα σημαντικό μέρος της καθημερινής εργασίας των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και είναι απαραίτητο για την επιβίωση του βρέφους. Εντούτοις, είναι απαραίτητη η στήριξη, αλλά δεν αρκεί για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων της γονικής μέριμνας και της σχέσης γονέα-βρέφους, η οποία είναι απαραίτητη για την καλή διαβίωση των παιδιών (McGrath JM, 2011). Οι γονείς εξέφρασαν την ανάγκη για μια θεραπευτική σχέση με τους νοσηλευτές, γεγονός που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη υποστήριξη της σχέσης γονέα-βρέφους (McGrath JM, 2011, Cleveland LM, 2008). Οι μητέρες επιθυμούσαν μεγαλύτερη συμμετοχή στη φροντίδα των βρεφών ενώ αξιολόγησαν το έργο που κάνουν οι νοσηλευτές για να διευκολύνουν και να υποστηρίξουν την ανάπτυξη του γονικού ρόλου τους (Bruns DA, 2002, Gooding JS, 2011).

Οι πατέρες έχουν επίσης περιγράψει την αξία της πληροφόρησης και της συναισθηματικής υποστήριξης από τους γιατρούς (Arockiasamy V, 2008). Η αυξημένη συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα των βρεφών κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη NICU, και το Πρόγραμμα Προσωπικής Ανάπτυξης και Αξιολόγησης Νεογέννητου (NIDCAP) είχε θετικές επιδράσεις στην ανάπτυξη των βρεφών και στη σχέση γονέα-βρέφους (Wallin, 2009, Feldman R, 2002).

Ο ρόλος των γιατρών στην υποστήριξη των γονέων είναι να εξηγήσει τις προβλέψεις και τις θεραπείες των παιδιών στους γονείς και να τις εμπλέξει στη λήψη αποφάσεων. Ίσως αυτή η προοπτική πρέπει να επανεξεταστεί στη σύγχρονη κουλτούρα της οικογενειακής φροντίδας της NICU, όπου οι γιατροί χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες και κατάλληλο περιβάλλον για να υποστηρίξουν και να ενθαρρύνουν

πιο αποτελεσματικά την FCC. Οι μητέρες έχουν περιγράψει ότι αισθάνονται υπερβολικά εκφοβισμένες για να προσεγγίσουν τους γιατρούς (Bruns DA, 2002), και οι πατέρες έχουν αισθανθεί ότι ενοχλούσαν τους γιατρούς όταν τους πλησίαζαν (Garten L, 2013). Η συχνότητα της νοσηλευτικής υποστήριξης που αναφέρουν οι γονείς στις μελέτες ήταν όμοια με αυτή που ανέφεραν οι γονείς στο Χονγκ Κονγκ (Mok E, 2006). Ωστόσο, οι γονείς στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, την Αυστραλία και την Ιταλία ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης από τους νοσηλευτές (Miles MS, 199, Tran C, 2009 Miles MS, 2002). Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να αντανακλούν διαφορές που σχετίζονται με τις γενικές καλλιέργειες ή τις ειδικές πρακτικές της νοσηλείας. Η πρόσθετη διαπολιτισμική έρευνα θα ήταν χρήσιμη για την κατανόηση των υποκείμενων θεμάτων. Η προηγούμενη ποιοτική έρευνα προτείνει πιθανές εξηγήσεις για τη γονική αντίληψη της χαμηλότερης υποστήριξης των νοσηλευτών και των διαφορών μεταξύ των αντιλήψεων των γονέων και των νοσηλευτών.

Για παράδειγμα, οι Fenwick et al. το 2008 (Fenwick J, 2008) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι γονείς θα πρέπει να ακολουθούν αυστηρά την καθοδήγηση και την εκπαίδευσή τους. Αυτός ο αυταρχικός τρόπος νοσηλευτικής πρακτικής συνδέθηκε με τις μειωμένες προσπάθειες των μητέρων να οικοδομήσουν μια σχέση γονέα-βρέφους. Σε άλλη μελέτη, οι νοσηλευτές περιγράφουν ότι συνεργάζονται με τους γονείς ως επιβράβευση, αλλά επίσης θεωρούν απογοητευτικό τον πολύ λίγο χρόνο που έχουν να προσφέρουν για την προσοχή που προσδοκούν οι γονείς (Bruns DA, 2002). Επιπλέον, η δυνατότητα παροχής ατομικής υποστήριξης στους γονείς απαιτεί στενή σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και των γονέων. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μια συναισθηματική επιβάρυνση και για τα δύο μέρη (Fegran L, 2009). Αν δεν αντιμετωπιστεί, αυτό το συναισθηματικό βάρος θα μπορούσε να δημιουργήσει απόσταση και όχι εγγύτητα στη σχέση. Οι διαφορές στις αντιλήψεις της υποστήριξης μπορεί επίσης να εμφανιστούν όταν οι νοσηλευτές παρέχουν εκ προθέσεως λιγότερο συχνή υποστήριξη ως μέσο προώθησης ενός ανεξάρτητου γονικού ρόλου στη φροντίδα των βρεφών, αλλά δεν συζητούν τη στρατηγική τους με τους γονείς (Fegran L, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι:

- Να καταγράψει τα επίπεδα άγχους των γονιών με βάση τους παράγοντες που το επηρεάζουν μέσα και έξω από την MENN στη χώρα μας.
- Να καταγράψει την αντίληψη του μαιευτικού προσωπικού της MENN, για το άγχος που βιώνουν οι γονείς των νεογνών που νοσηλεύονται σε αυτήν.
- Να διερευνηθεί σε τι βαθμό η εμπειρία του προσωπικού επηρεάζει την αντίληψη τους για το γονικό άγχος.
- Να διερευνηθεί ο ρόλος που μπορεί να αναλάβει το προσωπικό ώστε να βοηθήσει τους γονείς στη μείωση του άγχους τους.

4.2 Μεθοδολογία

Τύπος Μελέτης : Προοπτική μελέτη κοορτης

Δείγμα: Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δυο δείγματα. Το Α δείγμα περιλαμβάνει γονείς που γέννησαν πρόωρα νεογνά < των 32 εβδομάδων και κατανοούν επαρκώς την ελληνική και αγγλική γλώσσα (n= 30). Το Β δείγμα περιλαμβάνει το μαιευτικό προσωπικό της MENN του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξάνδρα (n= 30).

Μέσα Συλλογής Δεδομένων: Για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των γονιών χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως η ηλικία, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση κ.α.

Για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων του προσωπικού χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις τύπου ηλικία, φύλλο, πόσα χρόνια γενική προϋπηρεσία έχουν, πόσα χρόνια προϋπηρεσία στη MENN κ.α.

Για την καταγραφή των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι γονείς προώρων νεογνών <32 εβδομάδων χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένο το ερωτηματολόγιο NICU parental scale (PSS:NICU) (Arnold I, 2013) με 46 ερωτήσεις κλειστού τύπου και πενταβάθμιες απαντήσεις της κλίμακας Likert που κυμαίνεται από 1 (καθόλου άγχος)

έως το 5 (εξαιρετικά μη διαχειρισμο άγχος). Το ερωτηματολόγιο αυτό δόθηκε στους γονείς όταν το νεογνό ήταν περίπου 34 εβδομάδων και η κατάσταση του είχε σταθεροποιηθεί.

Για την αντίληψη του άγχους των γονιών από το μαιευτικό προσωπικό της MENN χρησιμοποιήθηκε μια εκδοχή του παραπάνω ερωτηματολογίου αντικαθιστώντας την λέξη μωρό με νεογνό.

Για τους εξωτερικούς παράγοντες άγχους που επηρεάζουν τους γονείς, και για την αντίληψη του προσωπικού σχετικά με αυτούς χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένο το ερωτηματολόγιο ESS:NICU (Franck, LS, 2005) με 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου, που όπως στο PSS:NICU οι γονείς και το προσωπικό καλούνται να απαντήσουν με πενταβαθμίες απαντήσεις της κλίμακας Likert που κυμαίνεται από 1 (καθόλου άγχος) έως το 5 (εξαιρετικά μη διαχειρισμο άγχος). Η μετάφραση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από 2 μεταφραστές α) Μ.Κ και β) Ε.Σ. Για την καταγραφή των περιγεννητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν για κάθε βρέφος τα αρχεία του Νοσοκομείου. Ακολούθησε η διαδικασία συλλογής δεδομένων.

4.3 Σημασία της Έρευνας

Η έρευνα κατέγραψε τα επίπεδα του γονεϊκού άγχους κατά την περίοδο νοσηλείας των νεογνών στην MENN και την αντίληψη του προσωπικού όσο αφορά το άγχος αυτό.

Επίσης με ποιο τρόπο οι εξωτερικοί και οι εσωτερικοί παράγοντες σε σχέση με τη MENN επηρεάζουν την ψυχολογία των γονιών.

Σε ποιο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να βοηθηθούν από αυτά τα ευρήματα ώστε να έχουν την ικανότητα να υποστηρίξουν τις συγκεκριμένες ανάγκες, για κάθε μια οικογένεια, έτσι ώστε να συνεισφέρουν στην μείωση των επιπέδων του άγχους και στην ενίσχυση του ρόλου της κάθε οικογένειας σχετικά με την φροντίδα του μωρού και την θεμελίωση μιας υγιούς σχέσης με το νεογνό από τις πρώτες ώρες νοσηλείας έως και την μετάβαση στο σπίτι.

Τα δεδομένα αυτά της έρευνας που αφορούν τη χώρα μας θα μπορούν να συγκριθούν με τα δεδομένα άλλων χωρών από παλαιότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από αυτές.

Λαμβάνοντας υπόψιν τις δημοσιευμένες μελέτες φαίνεται ότι ως σήμερα δεν έχει διεξαχθεί παρόμοια μελέτη στην Ελλάδα. Θα παρουσίαζε λοιπόν μεγάλο ενδιαφέρον η εκπόνηση μιας τέτοιας μελέτης στη χώρα μας.

PSS NICU SPSS

- **Εσωτερική εγκυρότητα PSS NICU (Cronbach α)**

1-13: Νεογνική συμπεριφορά και εμφάνιση

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.835	13

14-19: Αλλαγή γονικού ρόλου

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.806	6

20-25: Εικόνες και ήχοι

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.635	6

Για την εξέταση της εσωτερικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου PSS NICU, το οποίο αποτελείται από 3 παράγοντες, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach α , ο οποίος ήταν: α. για τον παράγοντα Νεογνική συμπεριφορά και εμφάνιση Cronbach $\alpha=0.834$, β. για τον παράγοντα Αλλαγή γονικού ρόλου Cronbach $\alpha=0.806$, και γ. για τον παράγοντα Εικόνες και ήχοι Cronbach $\alpha=0.635$. Για τους δύο αρχικούς παράγοντες, οι δείκτες ήταν καλοί αφού ήταν πάνω από το κατώτερο επιτρεπτό όριο του $\alpha=0.70$, ενώ ο δείκτης Cronbach α για τον τρίτο παράγοντα ήταν

ελαφρώς κατώτερος. Γενικά, οι 3 παράγοντες του ερωτηματολογίου PSS NICU είχαν αποδεκτή εσωτερική εγκυρότητα.

- **Εσωτερική εγκυρότητα ESS NICU (Cronbach α)**

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.771	12

Το ερωτηματολόγιο ESS NICU (εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες) είναι μονοπαράγοντικό, δηλαδή αποτελείται από έναν μόνο παράγοντα. Ο δείκτης αξιοπιστίας του παράγοντα αυτού ήταν Cronbach $\alpha=0.771$, υψηλότερος από το 0.70. Συνεπώς το ερωτηματολόγιο αυτό είχε αποδεκτή εσωτερική εγκυρότητα.

- **Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (γονιών)**

ΦΥΛΟ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	15	50.0	50.0	50.0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΓΓΑΜΟΣ	26	86.7	86.7	86.7
	ΑΓΑΜΟΣ	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ_ΠΑΙΔΙΩΝ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	53.3	53.3	53.3
	2	9	30.0	30.0	83.3
	3	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ_ΜΗΤΕΡΑΣ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	30	100.0	100.0	100.0

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ_ΠΑΤΕΡΑΣ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	30	100.0	100.0	100.0

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

ΕΙΣΟΔΗΜΑ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-20.000	22	73.3	73.3	73.3
	20.001-30.000	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

Descriptive Statistics ^a					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ_ΜΗΤΕΡΑΣ	30	24	49	34.53	5.519

ΗΛΙΚΙΑ_ΠΑΤΕΡΑ	30	24	58	37.33	8.100
Valid N (listwise)	0				

Συνολικά 30 άτομα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, 15 άνδρες και 15 γυναίκες. Εξ αυτών, οι 26 ήταν έγγαμοι (86.7%), ενώ όλοι ήταν Έλληνες. Το 53.3% είχε 1 παιδί, το 30.0% 2 παιδιά και το 16.7% 3 παιδιά. Το 73.3% δήλωσε ότι είχε εισόδημα μεταξύ 0-20.000 ευρώ και το εναπομείναν 26.7% είχε εισόδημα μεταξύ 20.001 και 30.000 ευρώ. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας και των δύο γονέων (60 στο σύνολο) ήταν για τους πατέρες $M=37.33$ ($SD=8.10$) έτη και για τις μητέρες $M=34.53$ ($SD=5.52$) έτη.

- **Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (νοσηλευτών)**

ΦΥΛΟ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	30	100.0	100.0	100.0
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ					

Descriptive Statistics ^a					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	30	10	33	21.20	6.738
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ_MENN	30	5	33	16.80	7.734
MENN_ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	30	1	33	15.13	9.035
ΩΡΕΣ_ΕΡΓΑΣΙΑΣ	30	40	40	40.00	.000
Valid N (listwise)	0				
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ					

Οι νοσηλευτές στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν όλες γυναίκες (100.0% νοσηλεύτριες), είχαν γενική προϋπηρεσία $M=21.20$ ($SD=6.74$) έτη, προϋπηρεσία σε ΜΕΝΝ $M=16.80$ ($SD=7.73$) έτη, προϋπηρεσία στη ΜΕΝΝ του Αλεξάνδρας $M=15.13$ ($SD=9.04$) έτη, και όλες δήλωσαν ότι εργάζονταν 40 ώρες ανά εβδομάδα.

- **Δημογραφικά χαρακτηριστικά νεογνών**

ΦΥΛΟ_ΝΕΟΓΝΟΥ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΟΡΙ	22	73.3	73.3	73.3
	ΚΟΡΙΤΣΙ	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΕΙΔΟΣ_ΚΥΗΣΗΣ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΥΔΥΜΗ	8	26.7	26.7	26.7
	ΜΟΝΗΡΗΣ	22	73.3	73.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΑΝΑΝΨΗ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	17	56.7	56.7	56.7
	ΟΧΙ	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΧΟΡΗΓΗΣΗ_ΟΞΥΓΟΝΟΥ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	30	100.0	100.0	100.0
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

RDS ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	30	100.0	100.0	100.0
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΕΠΙΦΑΝΕΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΣ_ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	24	80.0	80.0	80.0
	OXI	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΟΞΥΓΟΝΟ_34 ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	18	60.0	60.0	60.0
	OXI	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΝΕΟΓΝΙΚΗ_ΣΗΨΗ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	3	10.0	10.0	10.0
	OXI	26	86.7	86.7	96.7
	14	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ					

ΒΟΤΑΛΕΙΟΣ_ΠΟΡΟΣ ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative

					Percent
Valid	NAI	6	20.0	20.0	20.0
	OXI	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

NEK ^a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	4	13.3	13.3	13.3
	OXI	26	86.7	86.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

Descriptive Statistics ^a					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ_ΚΥΗΣΗΣ	30	26	32	29.80	2.384
ΒΑΡΟΣ_ΓΕΝΝΗΣΗΣ	30	740	2080	1408.33	507.929
ΜΕΡΕΣ_IPPV	18	1	11	3.22	2.942
ΜΕΡΕΣ_CPAP	30	2	57	9.53	14.426
ΣΥΝΟΛΟ_ΟΞΥΓΟΝΟ	30	2	63	23.73	20.965
ΗΜΕΡΕΣ_ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	30	12	82	39.53	23.585
Valid N (listwise)	18				

a. ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ = ΓΟΝΙΟΣ

Τα νεογνά των οποίων οι γονείς συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν 22 αγόρια και 8 κορίτσια (συνολικά 30 νεογνά) και είχαν μέση ηλικία κύησης $M=29.80$ ($SD=2.38$) εβδομάδες και βάρος γέννησης $M=1408.33$ ($SD=507.93$) γραμμάρια. Το 73.3% των νεογνών αυτών είχε μονήρη κύηση, ενώ το 26.7% πολύδυμη κύηση. Το 56.7% αυτών των νεογνών δέχθηκε ανάνηψη, ενώ σε όλα (100.0%) χορηγήθηκε οξυγόνο και είχαν RDS. Στο 80.0% χορηγήθηκε επιπλέον επιφανειοδραστικός παράγοντας, και το 60.0% είχε ανάγκη χορήγησης οξυγόνου στις 34 εβδομάδες. Μόλις το 10.0% παρουσίασε νεογνική σήψη και το 20.0% εμφάνιση βοτάλειο πόρο. Ο μέσος όρος των νεογνών αυτών παραμονής σε IPPV ήταν $M=3.22$ ($SD=2.94$) μέρες και παραμονής σε CPAP $M=9.53$ ($SD=14.43$) μέρες. Τέλος, το σύνολο ημερών των νεογνών σε οξυγόνο ήταν $M=23.73$ ($SD=20.97$) μέρες και οι συνολικές ημέρες νοσηλείας $M=39.53$ ($SD=23.59$) μέρες.

- Σύγκριση αποτελεσμάτων στα PSS και ESS NICU μεταξύ μητέρων, πατέρων και νοσηλευτικού προσωπικού

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΑΝΔΡΑΣ	15	2.9320	.46779	.12078	2.6729	3.1911	2.15	3.69
	ΓΥΝΑΙΚΑ	15	2.9173	.88329	.22807	2.4282	3.4065	1.38	4.23
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	30	3.4997	.66509	.12143	3.2513	3.7480	2.38	5.00
	Total	60	3.2122	.73387	.09474	3.0226	3.4017	1.38	5.00
ΑΛΛΑΓΗ ΓΟΝΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΑΝΔΡΑΣ	15	2.5340	.68664	.17729	2.1538	2.9142	1.50	3.83
	ΓΥΝΑΙΚΑ	15	2.5113	.99500	.25691	1.9603	3.0623	1.17	3.83
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	30	3.4560	.71700	.13091	3.1883	3.7237	2.67	5.00
	Total	60	2.9893	.90610	.11698	2.7553	3.2234	1.17	5.00
ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΙ ΗΧΟΙ	ΑΝΔΡΑΣ	15	2.2993	.43210	.11157	2.0600	2.5386	1.50	2.83
	ΓΥΝΑΙΚΑ	15	2.3440	.70467	.18194	1.9538	2.7342	1.17	3.33
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	30	3.4340	.75263	.13741	3.1530	3.7150	2.50	5.00
	Total	60	2.8778	.86912	.11220	2.6533	3.1024	1.17	5.00
ESS_NICU	ΑΝΔΡΑΣ	15	1.7380	.50404	.13014	1.4589	2.0171	1.00	3.08
	ΓΥΝΑΙΚΑ	15	1.6513	.54553	.14085	1.3492	1.9534	1.08	2.92
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	30	3.0197	.82805	.15118	2.7105	3.3289	1.42	4.33
	Total	60	2.3572	.95668	.12351	2.1100	2.6043	1.00	4.33

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	Between Groups	4.961	2	2.480	5.273	.008
	Within Groups	26.814	57	.470		
	Total	31.775	59			
ΑΛΛΑΓΗ ΓΟΝΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	Between Groups	13.071	2	6.535	10.532	.000
	Within Groups	35.370	57	.621		
	Total	48.440	59			
ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΙ ΗΧΟΙ	Between Groups	18.574	2	9.287	20.366	.000
	Within Groups	25.993	57	.456		
	Total	44.567	59			
ESS_NICU	Between Groups	26.391	2	13.195	27.244	.000
	Within Groups	27.608	57	.484		
	Total	53.998	59			

Multiple Comparisons							
Tukey HSD							
Dependent Variable	(I) ΦΥΛΟ	(J) ΦΥΛΟ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	.01467	.25045	.998	-.5880	.6173
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-.56767*	.21689	.030	-1.0896	-.0457
	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΔΡΑΣ	-.01467	.25045	.998	-.6173	.5880
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-.58233*	.21689	.025	-1.1043	-.0604
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΑΝΔΡΑΣ	.56767*	.21689	.030	.0457	1.0896
		ΓΥΝΑΙΚΑ	.58233*	.21689	.025	.0604	1.1043
ΑΛΛΑΓΗ ΓΟΝΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	.02267	.28764	.997	-.6695	.7148
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-.92200*	.24910	.001	-1.5214	-.3226
	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΔΡΑΣ	-.02267	.28764	.997	-.7148	.6695

		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-.94467*	.24910	.001	-1.5441	-.3452
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΑΝΔΡΑΣ	.92200*	.24910	.001	.3226	1.5214
		ΓΥΝΑΙΚΑ	.94467*	.24910	.001	.3452	1.5441
ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΙ ΗΧΟΙ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	-.04467	.24658	.982	-.6380	.5487
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-1.13467*	.21355	.000	-1.6485	-.6208
	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΔΡΑΣ	.04467	.24658	.982	-.5487	.6380
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-1.09000*	.21355	.000	-1.6039	-.5761
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΑΝΔΡΑΣ	1.13467*	.21355	.000	.6208	1.6485
		ΓΥΝΑΙΚΑ	1.09000*	.21355	.000	.5761	1.6039
ESS_NICU	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	.08667	.25412	.938	-.5249	.6982
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-1.28167*	.22008	.000	-1.8113	-.7521
	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΔΡΑΣ	-.08667	.25412	.938	-.6982	.5249
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	-1.36833*	.22008	.000	-1.8979	-.8387
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΑΝΔΡΑΣ	1.28167*	.22008	.000	.7521	1.8113
		ΓΥΝΑΙΚΑ	1.36833*	.22008	.000	.8387	1.8979
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.							

Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ γονέων (πατέρων και μητέρων) και νοσηλευτών στις κλίμακες PSS και ESS NICU πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση ANOVA, με post-hoc ανάλυση Tukey.

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ πατέρων, μητέρων και νοσηλευτών σε όλες τις κλίμακες υπό εξέταση ($p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα:

1. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά στην υποκλίμακα Νεογνική συμπεριφορά ($F=5.273$, $p=0.008$). Οι νοσηλευτές εντόπισαν υψηλότερο άγχος ως προς τη νεογνική συμπεριφορά των γονέων τόσο από τους πατέρες ($p=0.030$) όσο και από τις μητέρες ($p=0.025$).
2. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά στην υποκλίμακα Αλλαγή γονικού ρόλου ($F=10.532$, $p < 0.001$). Οι νοσηλευτές εντόπισαν υψηλότερο άγχος ως προς την αλλαγή γονικού ρόλου των γονέων τόσο από τους πατέρες ($p=0.001$) όσο και από τις μητέρες ($p=0.001$).
3. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά στην υποκλίμακα Εικόνες και ήχοι ($F=20.366$, $p < 0.001$). Οι νοσηλευτές εντόπισαν υψηλότερο άγχος ως προς τις εικόνες και τους ήχους των γονέων τόσο από τους πατέρες ($p < 0.001$) όσο και από τις μητέρες ($p < 0.001$).
4. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά στην κλίμακα Εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες ($F=27.244$, $p < 0.001$). Οι νοσηλευτές εντόπισαν υψηλότερο άγχος ως προς τους εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες των γονέων τόσο από τους πατέρες ($p < 0.001$) όσο και από τις μητέρες ($p=0.001$).

5. Δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στις υπό εξέταση υποκλίμακες μεταξύ μητέρων και πατέρων ($p>0.05$). Γενικά οι νοσηλευτές εντόπισαν υψηλότερο άγχος σε όλες τις υποκλίμακες από το άγχος που δήλωσαν οι γονείς για τους εαυτούς τους.

- **Συσχέτιση των ερωτηματολογίων PSS και ESS NICU με τη νοσηλευτική προϋπηρεσία**

		ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ_MENN	MENN_ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
	N	30	30	30
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	Pearson Correlation	.537**	.668**	.592**
	Sig. (2-tailed)	.002	.000	.001
	N	30	30	30
ΑΛΛΑΓΗ ΓΟΝΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	Pearson Correlation	.417*	.511**	.511**
	Sig. (2-tailed)	.022	.004	.004
	N	30	30	30
ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΙ ΗΧΟΙ	Pearson Correlation	.309	.579**	.522**
	Sig. (2-tailed)	.097	.001	.003
	N	30	30	30
ESS_NICU	Pearson Correlation	.601**	.624**	.518**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003
	N	30	30	30

Για την εξέταση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των 4 υποκλιμάκων και της προϋπηρεσίας των νοσηλευτριών πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson r. Οι συσχετίσεις αυτές έδειξαν ότι όλες οι υποκλίμακες συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά ($p<0.05$) με όλων των ειδών τις προϋπηρεσίες (γενική, σε MENN και στη

ΜΕΝΝ Αλεξάνδρας). Φαίνεται ότι όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτριών, τόσο αυξάνεται και η εκτίμηση που έχουν για τα επίπεδα του γονικού στρες και άγχους.

- **Συσχέτιση των ερωτηματολογίων PSS και ESS NICU με την κατάσταση του νεογνού**

		ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΑΛΛΑΓΗ ΓΟΝΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΙ ΗΧΟΙ	ESS_NICU
ΗΛΙΚΙΑ_ΚΥΗΣΗΣ	Pearson Correlation	-.188	-.233	-.438*	-.031
	Sig. (2-tailed)	.321	.215	.016	.872
	N	30	30	30	30
ΒΑΡΟΣ_ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Pearson Correlation	-.284	-.496**	-.622**	-.132
	Sig. (2-tailed)	.129	.005	.000	.488
	N	30	30	30	30
ΜΕΡΕΣ_IPPV	Pearson Correlation	-.300	-.307	-.402	-.307
	Sig. (2-tailed)	.226	.216	.099	.216
	N	18	18	18	18
ΜΕΡΕΣ_CPAP	Pearson Correlation	.277	.036	.248	-.121
	Sig. (2-tailed)	.138	.849	.187	.524
	N	30	30	30	30
ΣΥΝΟΛΟ_ΟΞΥΓΟΝΟ	Pearson Correlation	.232	.190	.464**	.097
	Sig. (2-tailed)	.218	.315	.010	.611
	N	30	30	30	30
ΗΜΕΡΕΣ_ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	Pearson Correlation	.446*	.446*	.650**	.208

	Sig. (2-tailed)	.013	.014	.000	.269
	N	30	30	30	30

Για την εξέταση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των 4 υποκλιμάκων και δημογραφικών χαρακτηριστικών των νεογνών πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson r. Η Ηλικία της κύησης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και αρνητικά ($r=-0.438$, $p=0.016$) με την υποκλίμακα Εικόνες και ήχοι, γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξανόταν η ηλικία της κύησης, τόσο μειωνόταν το άγχος των γονέων σε αυτή την κατηγορία. Το Βάρος της γέννησης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και αρνητικά τόσο με την Αλλαγή γονικού ρόλου ($r=-0.496$, $p=0.005$), όσο και με τις Εικόνες και ήχους ($r=-0.622$, $p<0.001$). Συνεπώς, όσο αυξανόταν το βάρος της κύησης τόσο μειωνόταν το άγχος των γονέων σε αυτές τις δύο κατηγορίες. Το Σύνολο των ημερών που βρίσκονταν τα νεογνά σε οξυγόνο συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά ($r=0.464$, $p=0.010$) με τις Εικόνες και ήχους, συνεπώς όσο αυξάνονταν οι μέρες που τα νεογνά βρίσκονταν σε παροχή οξυγόνου, τόσο περισσότερο αυξανόταν και το άγχος των γονέων σχετικά με τις εικόνες και ήχους του περιβάλλοντος. Τέλος, οι Ημέρες νοσηλείας των νεογνών συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη Νεογνική συμπεριφορά ($r=0.446$, $p=0.013$), την Αλλαγή του γονικού ρόλου ($r=0.446$, $p=0.014$) και τις Εικόνες και ήχους ($r=0.650$, $p<0.001$). Συμπεραίνουμε ότι όσο αυξάνονταν οι συνολικές ημέρες νοσηλείας των νεογνών, τόσο περισσότερο αυξανόταν το άγχος των γονέων στις 3 από τις 4 υποκλίμακες υπό εξέταση, συνεπώς οι ημέρες νοσηλείας είχαν αρνητικό αντίκτυπο στα επίπεδα άγχους των γονέων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα στα 10 βρέφη στις Ηνωμένες Πολιτείες γεννιέται πρόωρα κάθε χρόνο, (Shaw RJ,2013) με τα περισσότερα από αυτά να γίνονται δεκτά σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών(NICU) για εξειδικευμένη περίθαλψη. Ωστόσο, η γέννηση ενός πρόωρου βρέφους μπορεί να είναι ένα τραυματικό γεγονός για τους γονείς, δεδομένης της πρόωρης γέννησης, της αβέβαιης υγείας του βρέφους και του εκφοβισμού του περιβάλλοντος της NICU (Shaw RJ,2013). Οι γονείς αισθάνονται απώλεια ελέγχου στην NICU, και βρίσκονται ανάμεσα στο συναίσθημα που αποκλείεται από τη λήψη αποφάσεων και τη φροντίδα αφήνοντας πολλούς γονείς να αισθάνονται ανήσυχοι και αβοήθητοι (Russell G,2014). Το βάρος αυτών των πολλαπλών τάσεων έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες τόσο στη σχέση γονέα-βρέφους (Lupton D, 2001), όσο και στην ψυχική υγεία των γονέων αυξάνοντας τον κίνδυνο κατάθλιψης, διαταραχής μετατραυματικού στρες και άγχους. Δύο μετα-συνθέσεις έχουν διεξαχθεί για να φωτίζουν τις γονικές εμπειρίες των μητέρων και των πατέρων με ένα βρέφος στη NICU.

Τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι οι γονείς επικοινωνούν με το προσωπικό για να είναι απαραίτητοι και για να διαχειριστούν την κατάστασή τους στη μονάδα. Η προσεκτική επικοινωνία προσφέρει την ευκαιρία για μια ανάπαυλα από την πραγματικότητα, τη συμπόνια και την ανακούφιση. Η έλλειψη επικοινωνίας συμβάλλει στα συναισθήματα της μοναξιάς και στην εγκατάλειψη, καθώς και στην ανεπιθύμητη ευθύνη, η οποία προσθέτει στο βάρος μιας ήδη δύσκολης κατάστασης. Το επίπεδο επικοινωνίας σε συναντήσεις με το προσωπικό μπορεί να έχει αποφασιστική επίδραση στους γονείς. Το προσωπικό θα πρέπει να υπενθυμίζεται και να παραμένει σε επίγνωση της μοναδικής θέσης τους για να βοηθήσουν τους γονείς να επεξεργάζονται τις συναισθηματικές δυσκολίες και ως εκ τούτου μέσω της επικοινωνίας παροτρύνουν τους γονείς να ανταποκριθούν στα συναισθήματά τους και να ενθαρρύνουν τη συζήτηση. Ο οργανισμός θα πρέπει επίσης να διευκολύνει τις ευκαιρίες για καλή επικοινωνία μεταξύ των γονέων και του προσωπικού μέσω της κατάρτισης, του προσωπικού και του περιβάλλοντος της σωματικής υγείας.

Τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι η πατρική εμπειρία στη NICU είναι περίπλοκη και οι πατέρες έχουν μοναδικές ανάγκες κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού. Οι νοσηλευτές που καταλαβαίνουν αυτή την εμπειρία από την οπτική γωνία του πατέρα τους, μπορούν να τους βοηθήσουν μέσω στρατηγικής υποστήριξης και ενθάρρυνσης.

Τα ευρήματά της μελέτης μας υποδεικνύουν μια σειρά τομέων που οι γονείς έχουν τονίσει τόσο σημαντικές για τις εμπειρίες τους με τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας στη νεογνική μονάδα, συμπεριλαμβανομένου του ατομικού κλινικού τύπου, της διεπαγγελματικής συνέπειας και του αντίκτυπου των διαπροσωπικών σχέσεων. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να αντικατοπτρίζουν μια συγκεκριμένη καλλιέργεια της νεογνικής μονάδας που δεν έχει ακόμη αναγνωριστεί επισήμως.

Αυτό απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση για να προσδιοριστεί κάθε αντίκτυπος που μπορεί να έχει και να βοηθήσει στον εντοπισμό του τρόπου με τον οποίο μπορεί να γίνει η γονική υποστήριξη και να βελτιωθεί προκειμένου να διευκολυνθεί η ευκολότερη μετάβαση των οικογενειών στο νεογνικό περιβάλλον.

Η έρευνα έχει εντοπίσει αρκετούς τρόπους και φυσιολογικούς μηχανισμούς που μεσολαβούν στις επιπτώσεις της φυσικής εγγύτητας στη σύνδεση και την προσκόλληση. Η γονική συσχέτιση ξεκινάει ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αυξανόμενα αισθήματα έλλειψης σχέσης με το βρέφος προς το τέλος της εγκυμοσύνης. Ο πρώιμος μεταγεννητικός γονικός δεσμός εξελίσσεται από τις εμπειρίες της φυσικής εγγύτητας των γονέων-παιδιών, της κοινωνικής αμοιβαιότητας και της πιθανότητας συμπεριφορών γονέων, όπως η επανειλημμένη επαφή με το άγγιγμα, το βλέμμα και η έκφραση θετικού επηρεασμού και μεγάλης φωνής. Οι γονείς των πρόωρων παιδιών υπογράμμισαν αυτές τις ίδιες εμπειρίες ως σημαντικές για την καθιέρωση συναισθηματικού δεσμού με το βρέφος τους. Ωστόσο, ο προγεννητικός κίνδυνος απειλεί τη διαδικασία της γονικής συγκόλλησης με διάφορους δυνατούς μηχανισμούς, επειδή διακόπτει την εγκυμοσύνη και επηρεάζει την εμπειρία της απελευθέρωσης, μειώνει την έγκαιρη γονιμότητα και τη συγγένεια των παιδιών και μπορεί να προκαλέσει φόβο απώλειας του βρέφους. Οι μητέρες έχουν αναφέρει αισθήματα διαχωρισμού από το βρέφος τους, όταν το βρέφος εισέρχεται σε μια NICU ακόμη και για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Η διαίρεση κάνει μια μητέρα να αισθάνεται ανεπαρκής, όχι απαραίτητη και να μην αντέχει στην

ομάδα φροντίδας του βρέφους. Κατά τη διάρκεια του διαχωρισμού, μια μητέρα είναι πιθανό να αντιμετωπίσει περίπλοκα συναισθήματα ενοχής, απώλειας, θλίψης, απελπισίας και απογοήτευσης. Όταν οι γονείς αισθάνονται ότι δεν θεωρούνται μέρος της παιδικής φροντίδας στη NICU, τα αισθήματα αποκλεισμού τους ενισχύονται. Όταν η επικοινωνία μεταξύ των μελών του προσωπικού και των γονέων είναι κανονική και υποστηρίζει τη συμμετοχή των γονέων στην καθημερινή φροντίδα των βρεφών, ενισχύονται οι δυνατότητες συμμετοχής και δεσμών των γονέων. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι εάν μια παρέμβαση είχε επίδραση στη γονική ευεξία, ήταν πιο πιθανό να συσχετιστεί με βελτιωμένα αποτελέσματα παιδιών. Η μελέτη μας έδειξε ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή της μητέρας στη φροντίδα των βρεφών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε νεογνά, ειδικά στην μονάδα κλινικής αίθουσας που σχετίζεται με την ασθένεια, συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα παιδιών και λιγότερο άγχος της μητέρας. Συνοπτικά, οι παρεμβάσεις ή το περιβάλλον που υποστηρίζουν την παρουσία και τη συμμετοχή των γονέων κατά τη διάρκεια της νεογνικής νοσοκομειακής περίθαλψης έχουν αποδειχθεί ότι βοηθούν στην ψυχολογική ευημερία και την ανάπτυξη των παιδιών. Επομένως, δικαιολογείται η εφαρμογή παρεμβάσεων και περιβαλλοντικής υποστήριξης για την παρουσία και συμμετοχή των γονέων στην τυποποιημένη φροντίδα των νεογνών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aarnoudse-Moens CSH, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J. Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children. *Pediatrics*. 2009 August 1;124(2):717–728. [PubMed] [Google Scholar]
- ACOG Committee Opinion No 579 Definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122:1139–1140. [PubMed] [Google Scholar]
- Aftyka A, Rozalska I, Rybojad B, Samardakiewicz ME. Polish version of the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Ann Agric Environ Med*. 2019; 26(1): 67–72. doi: 10.26444/aaem/89769
- Ahn Y-M, Kim N-H. Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. *ANR*. 2007; 1(3): 199–210. doi: 10.1016/S1976-1317(08)60022-5.
- Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, et al. Systematic review of qualitative
- Alexander G.R., Tompkins M.E., Altekruze J.M., Hornung C.A. Racial differences in the relation of birth weight and gestational age to neonatal mortality. *Public Health Rep*. 1985;100:539–547. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J MATERN-FETAL NEO M*. 2014; 27(17): 1738–43. doi: 10.3109/14767058.2014.942626.
- Aylward GP. Neurodevelopmental Outcomes of Infants Born Prematurely. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* December. 2005;26(6):427–440. [PubMed] [Google Scholar]
- babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr* 2014;14:230
- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJS. Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm: A Meta-analysis. *JAMA*. 2002 August 14;288(6):728–737. [PubMed] [Google Scholar]
- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE: National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for

selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012, 379: 2162-2172. 10.1016/S0140-6736(12)60820-4.

- Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M.Z., Chou D., Moller A.B., Narwal R. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379:2162–2172. [PubMed] [Google Scholar]
- Blondel B., Kogan M.D., Alexander G.R., Dattani N., Kramer M.S., Macfarlane A. The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight: an international study. *Am J Public Health*. 2002;92:1323–1330. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Blondel B., Macfarlane A., Gissler M., Breart G., Zeitlin J., Group P.S. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. *BJOG*. 2006;113:528–535. [PubMed] [Google Scholar]
- Botting N, Powls A, Cooke RW, Marlow N. Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Nov;38(8):931–941. [PubMed] [Google Scholar]
- Boyd, N. G., Lewin, J. E., and Sager, J. K. (2009). A model of stress and coping and their influence on individual and organizational outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 197–211. doi:10.1016/j.jvb.2009.03.010
- Briefenbergen AP, Nimitz JF, George IM. Effects of psychological stress and the workplace: A brief comment on Lazarus' outlook. In Perrewe PL, Editor. *Handbook on job stress* (3rd Ed.). International Journal of Society, Behaviour and Personality. 2008; 6 (7): 15-20.
- Brough, P., O'Driscoll, M., Kalliath, T., Cooper, C. L., and Poelmans, S. (2009). *Workplace Psychological Health: Current Research and Practice*. Cheltenham, UK: Edward Elgar
- Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *CCN*. 2013; 33(4): 52–9. doi: 10.4037/ccn2013715
- Calderon-Margalit R., Sherman D., Manor O., Kurzweil Y. Adverse perinatal outcomes among immigrant women from Ethiopia in Israel. *Birth*. 2015;42:125–131. [PubMed] [Google Scholar]
- Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivam B, Vishnu Bhat B. NICU Admissions and Maternal Stress Levels. *Indian J Pediatr*. 2013; 80(5): 380–4. doi: 10.1007/s12098-012-0921-7.

- Chyi LJ, Lee HC, Hintz SR, Gould JB, Sutcliffe TL. School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *J Pediatr.* 2008 Jul;153(1):25–31. [PubMed] [Google Scholar]
- Cox, T., and Griffiths, A. (2010). Work-related stress: A theoretical perspective. In S. Leka and J. Houdmont (Eds.), *Occupational Health Psychology* (pp. 31–56). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Crider K.S., Whitehead N., Buus R.M. Genetic variation associated with preterm birth: a HuGE review. *Genet Med.* 2005;7:593–604. [PubMed] [Google Scholar]
- Dahl LB, Kaaresen PI, Tunby J, Handegard BH, Kvernmo S, Ronning JA. Emotional, Behavioral, Social, and Academic Outcomes in Adolescents Born With Very Low Birth Weight. *Pediatrics.* 2006 Aug;118(2):e449–e459. [PubMed] [Google Scholar]
- De Raeve L, Vasse R, Jansen N, van den Brandt P, Kant I. Mental Health Effects of Changes in Psychosocial Work Characteristics: a Prospective Cohort study, Paper presented at the 13th European Congress of Work and Organizational Psychology, Stockholm, Sweden, May 9-11; 2007.
- De Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal
- Delobel-Ayoub M, Arnaud C, White-Koning M, Casper C, Pierrat V, Garel M, et al. Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics.* 2009 Jun;123(6):1485–1492. [PubMed] [Google Scholar]
- Dewe, P., and Cooper, C. L. (2007). Coping research and measurement in the context of work related stress. In G.P. Hodgkinson and J. K. Ford (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, vol.22 (pp. 141–191). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Dudek-Shriber L. Parent Stress in the Neonatal Intensive Care Unit and the Influence of Parent and Infant Characteristics. *AJOT.* 2004; 58(5): 509–20. doi: 10.5014/ajot.58.5.509.
- Edwards JA, Webster S, VanLaar D, Easton S. Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. *Work Stress.* 2008;22:96-107.
- experience. *J Perinat Neonat Nurs* 2013;26:343–52.
- experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw* 2000;19:13–21.

- families during neonatal intensive care. *Acta Paediatr* 2015;104:1012–7.
- Farooqi A, Hagglof B, Sedin G, Gothefors L, Serenius F. Mental health and social competencies of 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*. 2007 Jul;120(1):118–133. [PubMed] [Google Scholar]
- Fedrick J., Anderson A.B. Factors associated with spontaneous pre-term birth. *Br J Obstet Gynaecol*. 1976;83:342–350.
- Felberbaum R.E. Multiple pregnancies after assisted reproduction – international comparison. *Reprod Biomed Online*. 2007;15(Suppl. 3):53–60. [PubMed] [Google Scholar]
- Fenwick J, Barclay L, Schmied V. 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *J Adv Nurs* 2001;33:583–93.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*,46(4), 839–852. doi:10.1037/0022-3514.46.4.839
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*,45(8),1207–1221. doi:10.1016/S0277-9536(97)00040-3
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*,21(1), 3–14. doi:10.1080/10615800701740457
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*,48, 150–170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*,54(3), 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
- Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *J Adv Nurs*. 2005; 49(6): 608–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x
- Franck LS, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent Involvement in Pain Management for NICU Infants: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS*. 2011; 128(3): 510–8. doi: 10.1542/peds.2011-0272.

- Froen J.F., Cacciatore J., McClure E.M., Kuti O., Jokhio A.H., Islam M. Stillbirths: why they matter. *Lancet*. 2011;377:1353–1366. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, et al. Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms in Low-Income Women With Very Low-Birth-Weight Infants. *Adv Neonatal Care*. 2015; 15(1): 3–8. doi: 10.1097/ANC.0000000000000131
- Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371:75–84. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Goldenberg R.L., Gravett M.G., Iams J., Papageorghiou A.T., Waller S.A., Kramer M. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206:113–118. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Gray JE, Davis DA, Pursley DM, et al. Network analysis of team structure in the
- Gross SJ, Mettelman BB, Dye TD, Slagle TA. Impact of family structure and stability on academic outcome in preterm children at 10 years of age. *J Pediatr*. 2001 Feb;138(2):169–175. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, et al. Behavioral Outcomes and Evidence of Psychopathology Among Very Low Birth Weight Infants at Age 20 Years. *Pediatrics*. 2004 Oct;114(4):932–940. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Halbern H, Gallagher M, Kenny, D. Stress assessment and development of a primary care of psychology service. *New Psychologists*, 2014; 23(6): 170-8.
- Holditch-Davis D, Miles MS, Shandor Miles M. Mothers' stories about their
- Holmes, TH, Rahe RH. The social adjustment rating scale. *Journal of Psychometric Research*. 1967; 11: 213-8.
- Howson C.P., Kinney M.V., Lawn J. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO; 2012. *Born Too Soon: the global action report on preterm birth*. [[Google Scholar](#)]
- Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Brubakk AM. Psychiatric symptoms in low birth weight adolescents, assessed by screening questionnaires. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Jul;14(4):226–236. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Fayers P, Brubakk AM. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004 Sep;89(5):F445–F450. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:S12.
- intensive care unit. A review of the literature (1990-2008). *Patient Educ Conus*
- Janvier A, Lantos J, Aschner J, et al. Stronger and more vulnerable: A balanced view of the impacts of the NICU experience on parents. *Pediatrics* 2016;138:e20160655.
- Katz J, Lee AC, Kozuki N, Lawn JE, Cousens S, Blencowe H, Ezzati M, Bhutta ZA, Marchant T, Willey BA: Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet.* 2013
- Kramer M.S., Papageorgiou A., Culhane J., Bhutta Z., Goldenberg R.L., Gravett M. Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:108–112. [PubMed] [Google Scholar]
- Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Seguin L, McNamara H, Dassa C, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001 Jul;15 Suppl 2:104–123. [PubMed] [Google Scholar]
- Landry SH, Denson SE, Swank PR. Effects of medical risk and socioeconomic status on the rate of change in cognitive and social development for low birth weight children. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1997 Apr;19(2):261–274. [PubMed] [Google Scholar]
- Lau C, Hurst NM, Smith EO, Schanler RJ. Ethnic/racial diversity, maternal stress, lactation and very low birthweight infants. *J Perinatol.* 2007; 27(7): 399–408. doi: 10.1038/sj.jp.7211770.
- Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T.M., Rubens C.E., Stanton C., Group G.R. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10(1 Suppl.):S1. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Lawn J.E., McClure E.M., Blencowe H. Elsevier; 2014. Birth outcomes: a global perspective. *Jekel's epidemiology, biostatistics, preventive medicine, and public health;* pp. 272–287. [Google Scholar]

- Lawn JE, Davidge R, Paul VK, von Xylander S, de Graft Johnson J, Costello A, Kinney MV, Segre J, Molyneux L: Born Too Soon: Care for the preterm baby. *Reprod Health*. 2013, 10 (Suppl 1): S5-10.1186/1742-4755-10-S1-S5.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3–13. doi:10.1207/s15327965pli0101_1
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. In C. Magai and S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (pp. 289–306). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., and Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770–779. doi:10.1037/0003-066X.40.7.770
- Mansson C, Jakobsson U, Lundqvist P. Translation and psychometric evaluation of a Swedish version of the parental stressor scale PSS: NICU. *Scand J Caring Sci*. 2015; 30(1): 183–201. doi: 10.1111/scs.12217
- Miedaner F, Allendorf A, Kuntz L, et al. The role of nursing team continuity in the
- Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 1993; 42(3): 148–52.
- Millennium, Development Goals Indicators. 2012, Accessed 3rd January, [<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>]
- Mohangoo AD, Buitendijk SE, Szamotulska K, Chalmers J, Irgens LM, Bolmar F, Nijhuis JG, Zeitlin J: Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in europe: results from the Euro-Peristat project. *PLoS One*. 2011, 6: e24727-10.1371/journal.pone.0024727.
- Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica*. 2012; 101(2): 136–42. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x.

- Morse SB, Zheng H, Tang Y, Roth J, Morse SB, Zheng H, et al. Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics*. 2009 Apr;123(4):e622–e629. [PubMed] [Google Scholar]
- neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 2010;125:1460–7.
- neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatr* 2014;14:304.
- O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, et al. A pilot cohort analytic study of Family
- Oliver, J., and Brough, P. (2002). Cognitive appraisal, negative affectivity and psychological well-being. *New Zealand Journal of Psychology*, 31, 2–7
- POPPY Steering Group. Family-centred care in neonatal units. A summary of research results and recommendations from the POPPY project. London: NCT, 2009.
- Russell G, Sawyer A, Rabe H, et al. Parents' views on care of their very premature
- Saigal S, Doyle LW: An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008, 371: 261-269. 10.1016/S0140-6736(08)60136-1.
- Samara M, Marlow N, Wolke D. for the EPICure Study Group. Pervasive Behavior Problems at 6 Years of Age in a Total-Population Sample of Children Born at ≤ 25 Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2008 Sep;122(3):562–573.
- Santorius N, Polansky B, Rutter CH, Holland D. Validity of two versions of the SRRS in the WHO study of mental illness. *Medical Psychology*. 2013; 34: 291–8.
- Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S, et al. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999 Aug;38(8):976–984. [PubMed] [Google Scholar]
- Schein EH. *Organizational culture and leadership*. Vol. 2: John Wiley & Sons,
- Schmidt LA, Miskovic V, Boyle M, Saigal S. Frontal electroencephalogram asymmetry, salivary cortisol, and internalizing behavior problems in young adults who were born at extremely low birth weight. *Child Development*. 2010 Jan–Feb;81(1):183–199.
- Schwarzer R. Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Journal*. 2010; 50: 400-7.

- Schwarzer R, Schulz U. Stressful life events. In: Weiner IB, Editor. Handbook of psychology (Vol. 9). New Jersey, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2003.
- Segal S., Gemer O., Yaniv M. The outcome of pregnancy in an immigrant Ethiopian population in Israel. Arch Gynecol Obstet. 1996;258:43–46. [PubMed] [Google Scholar]
- Shaw RJ, St John N, Lilo E, Jo B, Benitz W, Stevenson DK, et al. Prevention of Traumatic Stress in Mothers of Preterms: 6-Month Outcomes. PEDIATRICS. 2014; 134(2): 481–488. doi: 10.1542/peds.2014-0529.
- Simmons L.E., Rubens C.E., Darmstadt G.L., Gravett M.G. Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. Semin Perinatol. 2010;34:408–415. [PubMed] [Google Scholar]
- Smith VC, SteelFisher GK, Salhi C, et al. Coping with the neonatal intensive care unit
- Spittle AJ, Treyvaud K, Doyle LW, Roberts G, Lee KJ, Inder TE, et al. Early emergence of behavior and social-emotional problems in very preterm infants. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009;48(9):909–918. [PubMed] [Google Scholar]
- Spong C.Y. Defining term pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. JAMA. 2013;309:2445–2446. [PubMed] [Google Scholar]
- studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. J Clin Nurs 2016;25.
- Taylor HG, Klein N, Drotar D, Schluchter M, Hack M. Consequences and risks of <1000-g birth weight for neuropsychological skills, achievement, and adaptive functioning. J Dev Behav Pediatr. 2006 Dec;27(6):459–469. [PubMed] [Google Scholar]
- the neonatal intensive care unit. J Reprod Infant Psychology 2015;33:104–52.
- treatment of very-low-birth-weight infants: findings from a pilot study. J Nurs Manag
- Tse J, Flin R, Mearns K. Facets of job effort in bus driver health: Deconstructing ‘effort’ in the Effort-Reward Imbalance model, Journal of Occupational Health Psychology. 2010; 12: 48-62
- Tucker J, Sinclair R, Mohr C, Adler A, Thomas J, Salvi A. A temporal investigation of the direct, interactive, and reverse relations between demand and control and affective strain, Work & Stress. 2008; 22: 81-95.

- Turan T, Başbakkal Z, Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *JCN*. 2008; 17(21): 2856–66. doi: 10.1111/j.1365–2702.2008.02307.x
- Turan T, Başbakkal Z, Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *JCN*. 2008; 17(21): 2856–66. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x.
- Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H, Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. *Women and Birth*. 2015; 28(3): 252–8. doi: 10.1016/j.wombi.2015.04.001.
- Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H. Mothers’ experiences of the NICU and a NICU support group programme. *J Reprod Infant Psychol* 2015;33:165–79.
- Villar J., Papageorghiou A.T., Knight H.E., Gravett M.G., Iams J., Waller S.A. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206:119–123. [PubMed] [Google Scholar]
- Wagner AI, Schmidt NL, Lemery-Chalfant K, Leavitt LA, Goldsmith HH. The limited effects of obstetrical and neonatal complications on conduct and attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in middle childhood. *J Dev Behav Pediatr*. 2009 Jun;30(3):217–225. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Wigert H, Dellenmark Blom M, Bry K. Parents’ experiences of communication with
- Wijnans L., de Bie S., Dieleman J., Bonhoeffer J., Sturkenboom M. Safety of pandemic H1N1 vaccines in children and adolescents. *Vaccine*. 2011;29:7559–7571. [PubMed] [Google Scholar]
- Working party to discuss nomenclature based on gestational age and birthweight. *Arch Dis Child*. 1970;45:730. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- World Health Organization . 2010. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. [Google Scholar]
- Wraight CL, McCoy J, Meadow W. Beyond stress: describing the experiences of
- Yaman S, Altay N. Posttraumatic stress and experiences of parents with a newborn in