

Patrzeć na ból własnego dziecka, to jedna z najtrudniejszych rzeczy, jakie stawia przed człowiekiem życie. Przykre jest, gdy dziecko płacze z powodu nawet niewielkiego zranienia, natomiast sytuacje, w których konieczna jest hospitalizacja dziecka, są bardzo stresujące dla rodziców. Hospitalizacja dziecka jest tym większym wyzwaniem dla rodziców, że mimo iż sami doświadczają bardzo negatywnych emocji, wymaga się od nich, że będą wsparciem dla swoich dzieci. Nie bez powodu oczekuje się od rodziców dobroczynnego wpływu na stan psychiczny hospitalizowanego dziecka. Obserwacje kliniczne, koncepcje psychologiczne i wyniki badań, wskazują na znaczenie, jakie ma dla dziecka bliskość rodzica oraz na istotną zależność między zachowaniami rodziców i zachowaniami ich dzieci. Badania prowadzone w czasie przechodzenia przez dziecko przez bolesne procedury medyczne pokazują jednakże, że nie wszystkie zachowania rodziców wobec dzieci, pozytywnie wpływają na dziecko. Co więcej, niektóre rodzaje zachowań, jak np. uspokajanie, krytykowanie, kontrolowanie, wręcz nasilają ból i stres dziecka.

Gdyby udało się, kilka dni przed operacją dziecka, zidentyfikować rodziców, którzy prawdopodobnie będą stosować w sytuacji okołoperacyjnej zachowania niekorzystnie oddziałujące na dziecko, można by zastosować wobec takich rodziców odpowiednie programy edukacyjno-szkoleniowe. Również personel medyczny w szpitalu mógłby zwrócić szczególną uwagę na tych rodziców, w czasie ich pobytu z dziećmi na oddziale.

Od czego więc zależy sposób zachowania rodziców wobec dziecka w sytuacji okołoperacyjnej i co za tym idzie, poziom bólu u dzieci? W przedstawianym projekcie poszukujemy związków między perspektywą temporalną rodziców a doświadczaniem bólu pooperacyjnego przez dzieci i zachowaniami dzieci po operacji. Perspektywa temporalna jest ujmowana, za Zimbardo i Boydem (1999, 2011), jako tendencja do koncentracji na określonym obszarze czasu: przeszłości, teraźniejszości lub przyszłości, połączona z oceną tego obszaru na wymiarach: pozytywny-negatywny, ważny-nieważny, itd. Dlaczego wybraliśmy tę właśnie zmienną? Z kilku powodów. Od wielu lat prowadzimy badania nad znaczeniem ustosunkowania do czasu w różnych obszarach życia człowieka. Badaniami nad perspektywą temporalną zajmuje się też wielu badaczy na całym świecie. Wyniki badań wskazują na istotne relacje między perspektywą temporalną a, między innymi, nastrojem, emocjami, depresją, radzeniem sobie ze stresem. Dlatego przypuszczamy, że tendencja rodziców do koncentracji na danym obszarze czasu, będzie wiązać się z określonymi zachowaniami, przejawianymi w sytuacji hospitalizacji dziecka. Ponadto, w naszych poprzednich badaniach, dotyczących bólu pooperacyjnego, uzyskaliśmy wyniki wskazujące na to, że tendencja do koncentracji na negatywnie ocenianej przeszłości jest istotnym predyktorem bólu pooperacyjnego u osób dorosłych. Dodatkowo, wykonany przez nas przegląd dotychczasowych badań wykazał, że najsilniejszym psychologicznym korelatem bólu pooperacyjnego u osób dorosłych jest katastrofizacja, czyli skłonność do wyolbrzymiania zagrożeń w przyszłości. Wreszcie, perspektywa temporalna jest zmienną w dużym stopniu podatną na zmiany, co można wykorzystywać w pracy psychologicznej z pacjentem. Ilustracją tego jest np. Terapia Równoważenia Perspektyw Czasowych, stosowana z powodzeniem wśród osób cierpiących na zespół stresu pourazowego (Zimbardo, Sword i Sword, 2013).

W przedstawianym projekcie postulujemy, że perspektywa temporalna rodziców będzie wiązać się istotnie z poziomem bólu pooperacyjnego i zachowaniami dzieci po operacji, a związek ten będzie istotnie wyjaśniany poprzez konkretne zachowania rodziców wobec dzieci przed operacją. Planowane badania będą składały się z pięciu etapów. Na początku, kilka dni przed operacją dziecka, rodzice będą wypełniali zestaw kwestionariuszy do badania perspektywy temporalnej, lęku-cechy i temperamentu. Dzień przed operacją, w czasie konsultacji anestezjologicznej, będzie badany lęk-stan rodziców oraz zaufanie rodziców do lekarzy, dziecka i przyszłości. Poza tym, zachowanie rodziców i dzieci będzie filmowane. W dniu operacji, tuż przed indukcją znieczulenia, zachowania rodziców i dzieci również będą filmowane. Materiał filmowy analizowany będzie z wykorzystaniem programu Observer XT oraz kodowany w oparciu o skalę PCAMPIS-R. Po wybudzeniu dziecka po operacji, kilkakrotnie będzie przeprowadzany pomiar bólu oraz, w przypadku wystąpienia pobudzenia pooperacyjnego, będzie wykonany pomiar jego nasilenia. Ostatni etap badań będzie miał miejsce 7 dni po operacji, w czasie wizyty kontrolnej w szpitalu. Rodzice będą wypełniali kwestionariusze do pomiaru stresu pourazowego u siebie oraz dezadaptacyjnych zachowań dziecka po operacji.

Wyniki badań, planowanych w ramach przedstawianego projektu, wzbogacą wiedzę dotyczącą uwarunkowań psychologicznych bólu pooperacyjnego u dzieci, co będzie tym bardziej ważne, że zdecydowana większość badań nad bólem pooperacyjnym została przeprowadzona wśród osób dorosłych. Doświadczanie bólu pooperacyjnego i zachowania dzieci po operacji, to obszar wciąż pełen zagadek i niejasności. Uzyskane przez nas wyniki będzie można wykorzystać do opracowania programów edukacyjno-szkoleniowych, przygotowujących rodziców do hospitalizacji dziecka, opartych na pracy nad perspektywą temporalną rodziców.