

AGATA BUBIAK^{1, A-C}, JANUSZ BARTNICKI^{2, E}, ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCİK^{2, C, D, F}

Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym

Psychological Aspects of the Loss of a Child in the Prenatal

¹ Położna, absolwentka kierunku położnictwo, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne recenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Śmierć dziecka jest traumatycznym przeżyciem, najtrudniejszym doświadczeniem, jakiego może doznać człowiek, dlatego jest niezwykle ważne udzielenie odpowiedniego wsparcia osobie, która straciła dziecko. Popelniając błędy można wyrządzić ogromną krzywdę – utrudnić prawidłowe przeżycie żałoby. Procesem mającym na celu zaakceptowanie utraty dziecka, pogodzenie się z własnym losem i odzyskanie zdolności do funkcjonowania w świecie jest żałoba. Personel medyczny powinien posiadać i przekazywać swą wiedzę rodzicom na temat kolejno występujących etapów żałoby, którymi są: szok, uświadomienie sobie straty, chronienie siebie/wycofanie się, powracanie do zdrowia i odnowa, która pomaga zrozumieć cel tego procesu i wyjaśniać syndromy charakteryzujące poszczególne fazy. W szpitalach powinny być przestrzegane pewne zasady, do których zalicza się: oddanie należytego szacunku kobiecie i jej zmarłemu dziecku, zachowanie intymnej i poufnej atmosfery, zapewnienie kontaktu z psychologiem lub kapłanem szpitalnym, poinformowanie kobiety o jej prawach i zapewnienie pacjentce pożegnania z dzieckiem. Przestrzegając te prawa i opiekując się osieroconą matką w należyty i godny sposób, zapewnia się jej poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza lęk i uczucie przygnębienia (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 1, 69–78).

Słowa kluczowe: strata, żałoba, śmierć dziecka.

Abstract

Death of a child is among the most traumatic events during the whole human life. There is a reason why adequate help should be offered to anyone who lost a baby. Errors that one makes can cause great harm impeding the survival of mourning. The period of mourning after the death of a child is essential for conforming to someone own fate and regaining the ability to mourn in the world. Medical staff should possess and transfer to parents the knowledge about the following steps: shock, realizing the loss, hiding/withdrawal, returning to health, and regeneration, which may facilitate to understand this process and explain syndromes of each phase. In hospitals the following rules should be followed: to respect a women and her dead child, to preserve intimate and private atmosphere, to provide contact with hospital psychologist or priest, to provide proper information about the patient's rights and give adequate time for farewell. Following the above rights and caring for a bereaved mother in a proper and dignified way to provide the sense of security, to reduce anxiety and the feeling of depression (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 1, 69–78).

Key words: loss, grief, death of a child.

Kiedy ktoś traci to, co ma najcenniejszego, co ma wartość większą niż własne życie, pogrąża się w smutku i rozpaczy. Jak wielkie spustoszenie w umyśle i złamanym sercu pozostawia po sobie śmierć dziecka?

Bolesne zakończenie ciąży jest trudną sytuacją zarówno dla rodziców, jak i dla personelu medycznego. Rodzice tracą swą miłość, radość, część siebie. Personel medyczny odczuwa natomiast niepowodzenie zawodowe, rozczarowanie, żal i poczucie winy, że nie potrafił pomóc.

Autorzy niniejszego artykułu poruszając ten temat, starają się opisać emocje rodziców w żałobie, określić jakiej oczekują pomocy oraz ustalić co powoduje, że niektóre zachowania społeczne sprawiają dodatkowe cierpienie i jak tego unikać.

Strata bliskiej osoby

Każdy człowiek w inny sposób doświadcza bólu po stracie bliskiej osoby. Wiele zachowań i emocji jest podobnych, ale każda strata jest czymś bardzo indywidualnym i niepowtarzalnym. W różny sposób ludzie przeżywają utratę dziecka, inaczej rodzica, a jeszcze inaczej przyjaciela czy małżonka. Na ten różnorodny sposób przeżywania straty wpływa rodzaj relacji, wiek osoby, która pozostaje w bólu, sposób śmierci oraz predyspozycje cierpiącej osoby do pokonywania trudności.

Śmierć dziecka w okresie prenatalnym

Pośród wszelkich przeżywanych w życiu strat, śmierć dziecka okazuje się zdecydowanie najbardziej dotkliwym przeżyciem [1]. Niekorzystne zakończenie ciąży, bez względu na to, czy doszło do poronienia, porodu martwego dziecka, przerwania ciąży ze wskazań lekarskich, wywołuje poważne i nieodwracalne skutki w życiu kobiety, jej rodziny i otoczenia.

Profesjoniści wymieniają następujące objawy psychologiczne charakteryzujące stratę dziecka: zaburzenia afektywne, utrzymującą się żalobę, problemy z więzią emocjonalną z kolejnym dzieckiem, nierealistyczne oczekiwania, nadmierne poczucie winy, nieustanne odtwarzanie tragedii, choroby psychosomatyczne, nietrwałość związków, nadużywanie alkoholu. Po chwilach pełnych marzeń i radosnego wyczekiwania życie niespodziewanie zostaje pozbawione sensu, a powstała pustkę nic nie jest w stanie wypełnić.

Ciąża jest złożonym zjawiskiem, któremu towarzyszy wiele emocji, często bardzo skrajnych. Od poczęcia w organizmie kobiety następuje wiele intensywnych zmian neurohormonalnych, które mogą wywołać takie objawy, jak senność, zmęczenie, wymioty oraz zmienność nastrojów. Stan ten jest określany jako faza dostosowawcza (faza adaptacji) bądź też kryzysu psychicznego. Jednak te negatywne emocje: strach, lęk, zagubienie, niepewność mogą zaniknąć w chwili, gdy kobieta zaczyna uświadamiać sobie realność istnienia dziecka, np. podczas badania USG, kiedy słyszy bicie jego serca lub odczuwa jego ruchy w swym łonie. Rozwój ciąży może jednak zostać zaburzony, a nawet zakończony śmiercią dziecka, nie zawsze z ustalonych i poznanych przyczyn.

W chwili, gdy do matki trafia informacja o śmierci dziecka, zaczyna ona wyolbrzymiać te dawne, negatywne uczucia i ma do siebie ogromny żal za ówczesną ambiwalencję. Nie jest w stanie przytoczyć pozytywnych uczuć i radości, które jej towarzyszyły w czasie rozwoju płodu i nawiązywania z nim kontaktu [2–5].

Poronienie – ciche rozstanie

Gdy ciąża kończy się niepowodzeniem i dochodzi do poronienia, marzenia i oczekiwania rodziców zostają okrutnie zawiedzione. Taka sytuacja wywołuje w rodzicach poczucie winy, straty i żalu. Problem niepowodzeń prokreacyjnych w naszym społeczeństwie jest bagatelizowany i pomniejszany tylko dlatego, że strata nastąpiła w bardzo wczesnym okresie ciąży i zakłada się, że dotyczy nikomej części ludzi [1]. Rzeczywistość jest jednak zupełnie inna. Zjawisko to dotyczy około 15–20% populacji kobiet w wieku rozrodczym, w Polsce odnotowuje się ok. 41 000 roniących kobiet rocznie [6].

Na potrzeby medyczne zjawisko to zostało wyjaśnione i usystematyzowane. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Dz.U. nr 219 poz. 2230 z dnia 17 września 2004 r.) zamieszczono definicję tego pojęcia: „Poronieniem określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha, ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni)”.

Kobieta po poronieniu przeważnie nie ma możliwości zobaczenia dziecka, pożegnania się z nim i pochowania jego ciała. Cierpi w osamotnieniu, przybierając postawę wycofania. Często oskarża siebie o zaniedbanie, spowodowanie poronienia, wynikające z niewłaściwego postępowania.

Poród martwego dziecka

Wstrząsem jest sytuacja, kiedy okazuje się, że rozwijający się płód, dojrzewające życie w łonie matki nagle przestaje istnieć. Rodzice doświadczają wówczas uczucia szoku, niedowierzania i poczucia winy, a od personelu medycznego oczekują wsparcia psychicznego, informacyjnego, pełnego troski i empatii, ochrony przed bólem, lękiem i poczuciem osamotnienia. Cięża obumarła może powodować występowanie późniejszych zaburzeń psychicznych, ale jest także poważnym niebezpieczeństwem ze względu na możliwość wystąpienia licznych powikłań, do których należą: zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, krwotoki, uszkodzenia narządów rodnych lub zakażenia.

W przypadku podejrzenia śmierci płodu przyjmuje się postawę wyczekującą lub podejmuje działania zmierzające do indukcji porodu. U 75% pacjentek dochodzi do samoistnego porodu martwego dziecka w ciągu 2 tygodni.

Podstawową i pewną metodą diagnostyczną w rozpoznaniu śmierci płodu jest badanie USG, które pomaga również w ustaleniu przyczyn obumarcia wewnątrzmacicznego płodu [7].

Przerwanie ciąży ze wskazań lekarskich

Poronienie sztuczne – aborcja, które jest definiowane jako dobrowolne, zamierzone przerwanie ciąży przed uzyskaniem przez płód zdolności do samodzielnego życia, to także zamienne określenie poronienia leczniczego lub wywołanego. W polskim prawie istnieje „Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży” – Dz.U. 1.03.1993 r. (z późniejszymi zmianami), która w jasny sposób określa przypadki, kiedy może być dokonana aborcja.

Art. 4a 1. Przerwanie ciąży może być wykonane wyłącznie przez lekarza w przypadku, gdy:

- ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia kobiety ciężarnej,
- badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
- zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

W tych 3 opisanych przypadkach warunkiem do przerywania ciąży, bez względu na wiek kobiety, jest jej zgoda potwierdzona na piśmie. Jeśli jest to osoba małoletnia lub kobieta ubezwłasnowolniona całkowicie, jest wymagana zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej poniżej 13. r.ż. jest konieczna zgoda sądu opiekuńczego, a kobieta ma prawo do wyrażenia własnej opinii [8–10].

W drugim wspomnianym przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego lub nieodwracalnego upośledzenia płodu bądź nieuleczalnej choroby zagrażającej bezpośrednio jego życiu, ciążę można przerwać do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza łonem matki. W ustawie termin ten nie został ściśle sprecyzowany, dlatego należy przyjąć, że nie powinien przekroczyć 22. tygodnia trwania ciąży¹.

Stan zdrowia płodu może określić wyłącznie inny lekarz, niż dokonujący zabiegu przerywania ciąży.

W sytuacji, kiedy dochodzi natomiast do uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, można dokonać przerywania ciąży, jeśli od poczęcia nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Sytuację tą musi potwierdzić prokurator [11–13].

Aborcja wpływa zarówno na sferę fizyczną, jak i psychiczną kobiety. Przerwanie ciąży powoduje poważne, długotrwałe zaburzenia emocjonalne, ujawniające się zwykle dopiero po długim czasie od wykonania zabiegu. Wśród wielu następstw rujnujących psychikę można wyróżnić: osamotnienie, poczucie winy i wstydu, poczucie krzywdy i bycia ofiarą, utratę sensu życia, paraliż emocjonalny, niepokój, zaburzenia seksualne, trudności w relacjach z innymi, zaburzenia psychosomatyczne [14].

Reakcje kobiety po przerywaniu ciąży określono jako zespół poaborcyjny (*Post Abortion Distress* – PAS²), który charakteryzuje się niezdolnością do wyrażania swojego gniewu, złości i winy, czyli uczuć towarzyszących zakończeniu ciąży, niezdolnością do pogodzenia się z utratą dziecka oraz niemożnością odnalezienia spokoju ducha. Zespół poaborcyjny należy traktować jako dodatkowy typ stresu pourazowego (*Post Traumatic Stress Disorder* – PTSD), ponieważ zaburzenia powstałe jako skutki przerywania ciąży są podobne do objawów występujących w zespole PTSD i są zaburzeniami pojawiającymi się na skutek stresu pourazowego. Zaburzenia te są zarówno natury fizycznej (wysokie ciśnienie, ból żołądka, bezpłodność, nawykowe poronienia), jak i psychicznej. Charakterystyczne symptomy zespołu PAS to:

- patologiczny przebieg żałoby, niezapoczątkowany lub przerywany – spowodowany brakiem możliwości pożegnania dziecka. Symptodem patologicznego przebiegu żałoby są m.in.: stany lękowe, zaburzenia psychiczne, myśli samobójcze. Istotnym symptomem jest przekonanie kobiety, że przyczyniła się do straty dziecka, a także brak możliwości rozmowy na temat tego wydarzenia i odreagowania emocji. Ten brak może prowadzić do symptomów PAS oraz poczucia winy, osamotnienia, braku „spokoju ducha”,

- lęk, niepokój, zmniejszone zaufanie do samej siebie, a w rezultacie także do innych osób, poczucie bezradności, zaburzone poczucie bezpieczeństwa,

- zaburzenia psychiczne, do których należą: depresja, choroby psychosomatyczne, nerwica, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,

¹ Poród przed 22. tygodniem ciąży jest uznawany jako poronienie, a po 22. tygodniu jako poród.

² Pojęcie PAS po raz pierwszy zastosował dr Vincent Rae, dyrektor Institute of Post Abortion Recovery w Portsmouth w New Hampshire.

- brak opanowania oraz załamanie mechanizmu kontroli agresji, drażliwość emocjonalna,
- ciągle poczucie winy, co może doprowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości, nieumiejętności przebaczenia, tendencje do samooskarżania oraz do niszczących zachowań wobec siebie i otoczenia,
- poczucie wstydu,
- powracanie myślami do momentu aborcji oraz odtwarzanie wydarzenia,
- poczucie niesprawiedliwości i krzywdy,
- trudności w akceptowaniu własnego ciała oraz zaburzenia sfery seksualnej,
- zaburzenia koncentracji i uwagi,
- problemy w relacjach interpersonalnych: dystans emocjonalny w relacjach z innymi oraz wycofanie się z życia towarzyskiego,
- problemy ze snem, pojawienie się koszmarów nocnych związane z tematyką aborcji,
- tendencje do dokonania aborcji w kolejnych ciążach.

Intensywność objawów zespołu poaborcyjnego zależy od wielu czynników, m.in.: liczby wcześniejszych strat, czasu trwania ciąży, skłonności do racjonalizowania, pomocy ze strony najbliższej rodziny oraz profesjonalistów (położnych, lekarzy, psychologów) [15].

Zabieg przerwania ciąży może mieć znaczący wpływ na wydarzenia w życiu całej rodziny i prowadzić do niekorzystnych zmian w interakcjach między wszystkimi jej członkami: małżonkami oraz dziećmi.

Decyzja, którą musi podjąć kobieta odnośnie unicestwienia poczętego życia jest bardzo trudna. Wzbudza głębokie przeżycia i emocje, dlatego bardzo ważne jest przygotowanie oraz wsparcie psychiczne dla tych kobiet. Przygotowaniem psychicznym musi zająć się położna. Jej zadaniem jest okazanie pomocy w zaakceptowaniu słuszności zabiegu, okazanie wsparcia, zrozumienia i empatii.

Życie po stracie

Kiedy umiera bliska nam osoba, potrzebujemy czasu, aby zaakceptować stratę i pozwolić jej symbolicznie odejść, czyli jest konieczne przeżycie żałoby. W sytuacji, kiedy strata ma bardzo szczególny charakter, a mianowicie jest skutkiem poronienia lub urodzenia martwego płodu, społeczeństwo bagatelizuje prawa rodziców do opłakiwania tego typu straty. Skąpi im więc należytego wsparcia i odpowiedniego zrozumienia. Tymczasem żałoba, jako naturalny stan psychologiczny, odnosi się do każdego zdarzenia, w wyniku którego ponosimy stratę kogoś lub czegoś zajmującego ważne miejsce w naszym życiu. Stan ten nie podlega naszej woli,

a jego lekceważenie, skrócenie i wyciszenie, może przyczynić się do powiększenia bólu i powstania urazu psychicznego [1, 16].

Żałoba to niezwykle złożone i rozciągnięte w czasie zjawisko składające się z różnych przeżyć, doznań i zachowań, takich jak: rozpacz, smutek, niepokój, niedowierzanie, poczucie winy, osamotnienie, chwilowe bądź permanentne poczucie utraty sensu życia. Mimo że niezwykle często żałoba jest mylona z chorobą (dotyka sfery: psychicznej, fizycznej, emocjonalnej lub duchowej), to jednak nią nie jest. Jest bowiem naturalną i normalną reakcją na traumatyczne wydarzenie, jakim jest śmierć [15].

Dynamiczność trwania i przeżywania żałoby zależy od następujących czynników: osobowości, sposobu reagowania na stres i radzenia sobie z nim, wsparcia ze strony innych, stosunku do dziecka, chęci pragnienia potomka, występujących w przeszłości komplikacji położniczych, wiary w Boga [3]. Niezależnie od reakcji osieroconych rodziców należy zachęcić ich do wyrażania swych obaw i wszelkich uczuć, gdyż w pełni i prawidłowo przeżyty żal jest warunkiem koniecznym do przeżywania radości w dalszym życiu.

Fazy żałoby

Zjawisko żałoby nie jest jednorodne i statyczne. Przeobraża się ona w czasie i przechodzi przez różnorodne fazy. Jednym z najwybitniejszych autorów opisujących fazy żałoby jest Caterin M. Sanders, która wyróżnia 5 etapów tego procesu:

- 1) szok,
- 2) uświadomienie sobie straty,
- 3) chronienie siebie/wycofanie się,
- 4) powracanie do zdrowia,
- 5) odnowę.

Każda z tych faz daje człowiekowi możliwość złagodzenia bólu i lęku. Nie zawsze można w jednoznaczny sposób wyodrębnić te fazy, gdyż często zachodzą na siebie, a przechodzenie z jednego stadium w drugie raczej odbywa się w sposób płynny. Trudno także określić czas trwania żałoby, ponieważ nie można powiedzieć ile czasu będą potrzebować rodzice, aby pogodzić się ze stratą [5].

Faza 1. Szok

Faza ta przejawia się: niedowierzaniem, wzburzeniem, bezradnością, wewnętrznym zamętem, a także dystansowaniem się. To jakby faza przeciwnych stanów, z jednej strony może wystąpić pobudzenie, a z innej odrętwienie uczuciowe.

W wyniku szoku osieroceni rodzice mogą odczuwać wewnętrzny chaos i mieć poczucie zagubienia. Ból, jaki odczuwają jest bardzo silny,

gdyż bez przerwy ich myśli krążą wokół zmarłego dziecka, rozpaczliwie poszukując sensu tego, co się wydarzyło. Jedni płaczą w obecności bliskich, drudzy nie potrafią uронić jednej łzy. Często wyrażają się jakby byli za szybą, jakby widzieli siebie z zewnątrz. Stan taki bywa określany dystansowaniem psychologicznym. Mechanizm ten ma mieć działanie ochronne w sytuacji wielkiego stresu. Dzięki temu rodzice czują się jakby sparaliżowani psychicznie (nie potrafią płakać, przejawiać jakichkolwiek uczuć), co broni ich od emocjonalnego uczestnictwa w sytuacji, która okazuje się być zbyt trudna, by stawić jej czoła.

Trudno określić ile będzie trwał etap szoku po śmierci dziecka. Może przemijać po kilku dniach, ale może trwać kilka miesięcy. Po pewnym czasie ochronne działanie szoku zaczyna jednak mijać i coraz bardziej odczuwalny staje się doskwierający ból. Następuje wtedy przejście do drugiej fazy żałoby – świadomości poniesionej straty.

Faza 2. Uświadomienie sobie straty

Charakterystycznymi uczuciami odznaczającymi ten etap żałoby są: niepokój wywołany separacją ze zmarłą osobą, konflikt na poziomie emocjonalnym, przewlekły i długotrwały stres, nadwrażliwość, gniew i poczucie winy. To także silna dezorganizacja uczuciowa i świadomość śmierci własnego dziecka, która staje się przyczyną nieznośnego uczucia ciężaru, który przygniata człowieka, nie pozwalając mu normalnie oddychać, gdyż paraliżuje wszelkie czynności życiowe.

Faza druga znacznie wyróżnia się z całego procesu żałoby, gdyż charakteryzuje się największą zmiennością przeżywanych uczuć, ogromnym poczuciem winy wynikającym z tego, że rodzice nie potrafili ochronić własnego dziecka, a byli przecież za nie odpowiedzialni.

Porównując obie te fazy można wywnioskować, że mogą one trwać dość długo i łącznie można uznać je za okres długotrwałego stresu negatywnie wpływającego na organizm ludzi pogrążonych w bólu. Ciało staje się tak wyczerpane, że mimo wolnie stan ten doprowadza do wkroczenia w trzecią fazę żałoby, która przyczynia się do oszczędności energii i powoduje częściowe wycofanie się z kontaktów z innymi ludźmi.

Proces przechodzenia z jednej fazy w drugą nie następuje w ciągu jednego dnia i można stwierdzić, że obie fazy – druga i trzecia zazębiają się.

Faza 3. Chronienie siebie/ wycofanie się

Tę fazę obrazują takie symptomy, jak: rozpacz, wycofanie się, zmęczenie, osłabienie systemu odpornościowego, praca nad smutkiem i żalem oraz „hibernacja”. Potrzeba odpoczynku jest w tym przypadku zjawiskiem pozytywnym, co może wzbudzać niepokój w otoczeniu osoby osieroczonej. Choć fazę tę można pomylić z depresją, to jednak jest to zjawisko naturalne. Charakteryzuje się wycofaniem nie tylko po to, ale przede wszystkim dlatego, aby odbudować wewnętrzny świat i przeżyć głęboki smutek.

Wiele osób wchodzących w tę fazę oczekuje poprawy samopoczucia i stopniowego słabnięcia bólu i żalu. W sytuacji, gdy tak się nie dzieje, ogarnia ich wielkie rozczarowanie. Dochodzi do zniknięcia całej energii towarzyszącej dwóm pierwszym fazom, a jej miejsce zajmują wyczerpanie i zmęczenie, któremu muszą się poddać, aby odzyskać utraconą siłę. Kiedy rodzice są zdolni do rozmawiania o zmarłym dziecku, wspomniania okoliczności tragedii, zmagają się z bólem, smutkiem i rozpaczą. Śmierć staje się realna, a rodzice zaczynają akceptować odejście ich dziecka na zawsze.

Faza 4. Powracanie do zdrowia

Fazę tę charakteryzuje odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z dawnych ról i tworzenie nowej tożsamości. To także przebaczenie, zapominanie i poszukiwanie ukrytego znaczenia, jakie może mieć śmierć dziecka. To także proces gojenia się ran psychicznych.

Po przezwyciężeniu „hibernacji” i wyjściu ze stanu pasywności rodzice powoli zaczynają kontrolować własne życie, rezygnując z pełnionych dotychczas ról i próbują odnaleźć nową tożsamość. Faza ta to także poszukiwanie głębszego sensu tej tragedii, przebaczenie i zapominanie wszelkich strasznych okoliczności towarzyszących śmierci. Najtrudniejszą rzeczą, jakiej powinni sprostać rodzice jest przebaczenie samemu sobie i pogodzenie się z odejściem własnego dziecka.

Faza 5. Odnowa

W ostatniej fazie żałoby dochodzi do rozwijania nowej świadomości siebie, uczenia się nowych ról już bez dziecka. Zaczyna pojawiać się aktywny kontakt ze światem i zaspokajanie swoich wewnętrznych potrzeb.

Po tak wielkiej tragedii osieroceni rodzice porzucają dawne role i poprzednią tożsamość, pozwalając, aby zaczęło rozwijać się w nich nowe życie. Nie będą już tymi samymi ludźmi sprzed tragedii,

ale posiadają niezbędną moc do rozwinięcia nowych sił. Należy od nowa zdobyć cierpliwość, docenić piękno i znaczenie szczerego uśmiechu; należy także zaakceptować to, że życie opiera się na silnych związkach z drugim człowiekiem [5, 16].

Nieprawidłowe formy żałoby

Pośród wielu wszelkich emocji, uczuć towarzyszących stracie dziecka istnieją przeżycia negatywnie wpływające na dalsze życie kobiety. Z badań wynika, że zbyt szybkie zaprzestanie odczuwania żalu i tłumienie w sobie uczuć po stracie mogą mieć negatywny wpływ na psychikę kobiety. Negatywnymi stanami psychicznymi będą m.in.: lęk, depresja, objawy chorób psychiatrycznych, takich jak schizofrenia, urojenia i tendencje samobójcze [16].

Skutkiem utraty dziecka mogą być zespoły lękowe. Lęk dotyczy przede wszystkim przyszłości położniczej i obaw przed ciągle powtarzającą się traumą.

Depresyjność objawia się smutkiem, płaczem, poczuciem utraty własnej wartości i szacunku do siebie. Kobiety mogą mieć wówczas trudności w wykonywaniu codziennych czynności, a także przybierać bierną postawę życia. Ich świat nagle legł w gruzach, z których nie są w stanie niczego zbudować. Opłakująca stratę kobieta unika wszelkich kontaktów towarzyskich, wręcz izoluje się od społeczeństwa, co potęguje poczucie niezrozumienia i negatywne spostrzeganie jej płaczu.

Rodzina w obliczu śmierci

Śmierć dziecka powoduje zaburzenie emocjonalnego klimatu rodziny, wprowadzając atmosferę nieustannego lęku i niepewności. Zasadniczy wpływ ma jakość wcześniejszych relacji panujących w rodzinie. Jeżeli była ona dobrze zintegrowana, a panujący w niej klimat pełen ciepła i miłości, powinna oprzeć się kryzysowi. Mimo że doświadczonych stratą dziecka rodziców łączy odczuwanie wielu podobnych uczuć i reakcji, żałoba zawsze pozostanie przeżyciem osobistym i indywidualnym [14].

Różnorodność stanów emocjonalnych przeżywanych w czasie żałoby oraz indywidualny czas ich trwania mają wpływ na relacje z partnerem.

Szok, który pojawia się w początkowej fazie żałoby chroni rodziców przed najsilniejszym atakiem cierpienia, a jednocześnie izoluje ich od bólu przeżywanego przez innych. Kobieta, która straciła dziecko oczekuje od swojego partnera wsparcia, wzajemnego pocieszenia, ale nie zawsze tak się

dz dzieje. Jedno z rodziców może np. nadal trwać w fazie wycofania się/chronienia siebie, podczas gdy drugie z nich może być już na etapie powracania do zdrowia. Pozornie prowadzi to do fałszywych wniosków, że od partnera nie można oczekiwać pomocy ani wsparcia, więc każda z osób zaczyna troszczyć się tylko o siebie, nie dostrzegając problemów tej drugiej.

Śmierć dziecka w placówce służby zdrowia

Położna jako wykwalifikowany pracownik medyczny ma powinność prowadzenia procesu pielęgnowania kobiety także w trudnej sytuacji, jaką jest utrata dziecka w okresie perinatalnym. Przykładem jest objęcie psychologiczną opieką kobiety i jej rodziny po starciu dziecka na skutek poronienia, przerwania ciąży ze wskazań lekarskich lub śmierci dziecka zaraz po narodzinach. Prowadzenie procesu pielęgnowania w wyżej wymienionych sytuacjach jest zdarzeniem traumatyzującym, negatywnie wpływającym także na personel medyczny. Śmierć dziecka jest przeżywana jako porażka, niepowodzenie zawodowe, przegrana walka o życie.

W procesie kształcenia głównie zwraca się uwagę na proces leczenia, pomijając bardzo ważny aspekt sposobu wsparcia psychicznego. Postawy, jakie prezentuje personel nie zawsze mogą być wzorem do naśladowania, a są tłumaczone przyczynami zewnętrznymi, takimi jak: zbyt wiele pacjentek pod opieką, niedostateczna ilość czasu, nadmierne obciążenie obowiązkami. Niewystarczająca wiedza na temat procesów psychicznych towarzyszących zjawisku żałoby oraz rzeczywistych potrzeb kobiety, jej rodziny pogrążonej w rozpacz przyja zachowaniom instynktownym, popełnianiu błędów i zaniechań.

Swoisty charakter zawodu położnej to nie tylko wysoki poziom wiedzy medycznej, ale także znajomość psychologii oraz poszanowania zasad moralnych i etycznych. Niezwykle istotny jest świadomy wybór sposobu działania, wartości i postaw zgodnych z zasadami etyczno-moralnymi. Położna jest osobą towarzyszącą kobiecie przez cały jej czas pobytu w szpitalu, jest najbliższą pacjentki. Jest zatem zobowiązana zapewnić kobiecie akceptację, wsparcie i zrozumienie w trudnych chwilach. Powinna unikać żargonu medycznego, niezrozumiałej terminologii medycznej, bezwzględnie ograniczyć do minimum doznania bólowe, zbędne zabiegi i dodatkowe czynniki stresujące. Prezentowana postawa pełna empatii pozwoli na właściwe interpretowanie i rozpoznanie charakteru uczuć kobiety.

Aby znacznie ułatwić personelowi medycznemu radzenie sobie w sytuacji śmierci, powinno się:

- organizować psychologiczne szkolenia zespołu terapeutycznego uczące umiejętnej współpracy z pacjentem przeżywającym stratę dziecka;
- organizować spotkania (superwizyjne lub balintowskie), w czasie których położne mogłyby wyrażać własne uczucia wobec pacjentki w tej trudnej sytuacji;
- w czasie prowadzonych zebrań należałoby wspólnie ustalać nie tylko medyczne sposoby niesienia pomocy, ale przede wszystkim sposoby indywidualnego podejścia do pacjentki;
- w sytuacji, gdy stan psychiczny pacjentki jest w znaczny sposób niepokojący, zaproponować skorzystanie z pomocy psychologa i przekazać informacje, gdzie może taką profesjonalną pomoc otrzymać [16].

Wsparcie

Niewiele można zrobić lub powiedzieć, by zmniejszyć ból utraty dziecka, ale to, co dzieje się podczas badania w gabinecie bądź szpitalu, gdy umiera dziecko, ma swoje długofalowe skutki. Doświadczenia te znacznie wpływają na intensywność i długość przeżywanej przez rodziców żałoby. To w dużej mierze od personelu medycznego zależy jak pacjentki zniosą ten czas.

Położna jako profesjonalistka musi przyjąć właściwą postawę. Ważne jest, aby na każdym etapie żałoby akceptowała i rozumiała reakcje oraz wszelkie uczucia pacjentki. Powinna wykazywać empatię, poświęcać odpowiednią ilość czasu, zachęcać do ekspresji i werbalizacji uczuć. Postępowanie terapeutyczne polega na stworzeniu kobiecie pewnej przestrzeni, za pomocą której będzie mogła przeżywać i okazywać swoje różne emocje. Rozmowa na temat straty dziecka niewątpliwie należy do najtrudniejszych z rozmów, ale najczęściej kobiety uznają ją za kojącą, pomocną i wspomagającą powrót do równowagi psychicznej. Zapewnienie kobiecie życzliwej atmosfery, zachęcającej do rozmów sprzyja rozładowaniu odczuwanych przez nią emocji.

Istotne są nie tylko wypowiedziane słowa, ale także gesty, ton głosu, przekaz niewerbalny, postawa ciała, okazanie współczucia, szacunku dla poniesionej straty. Dlatego jest tak ważne, aby personel wiedział w jaki sposób i kiedy zwracać się do osieroconych rodziców.

Bardzo ważne jest zapewnienie kobiecie kontaktu z najbliższymi osobami (mąż, rodzina, przyjaciele). Przebywanie w towarzystwie męża bądź partnera znacznie zmniejsza jej poczucie osamotnienia i obniża poziom towarzyszącego lęku.

Położna jest także zobowiązana zapewnić pacjentce kontakt z psychologiem, co jest niezwykle

ważne. Dzięki temu kobieta może odreagować trudne emocje, dowiedzieć się o objawach stresu i różnych możliwościach radzenia sobie z nim.

Cały zespół medyczny opiekujący się matką i dzieckiem jest zobowiązany udzielać wsparcia rodzicom w zaistniałej sytuacji. Profesjonalna pomoc, składająca się z psychologa, położnej, lekarza, kapłana ma zadanie niesienia pomocy rodzinie będącej w żałobie.

Zasady prawidłowego informowania rodziców o śmierci dziecka

Badanie, podczas którego zostanie ostatecznie stwierdzona śmierć dziecka, powinno być wykonane w zamkniętym pomieszczeniu, z udziałem jak najmniejszej liczby personelu.

Należy przedstawić kobiecie wyczerpujące informacje na temat celowości i przebiegu wszelkich zabiegów lub badań – sprzyja to lepszej współpracy pacjentki z personelem, zmniejsza jej niepokój.

Pomieszczenie, w którym personel informuje rodziców o śmierci ich dziecka powinno być odosobnione, a rodzina może w nim pozostać sama przez odpowiedni dla niej czas.

Istotna jest obecność obojga rodziców, kiedy następuje poinformowanie ich o śmierci dziecka. Stały kontakt z kimś bliskim może zminimalizować negatywne uczucia.

Zakres informacji przekazywanych rodzicom musi być adekwatny do ich potrzeby wiedzy na temat poniesionej straty. Sposób, w jaki zostaną podane te wszelkie informacje musi przybrać formę procesu, a nie jednej chwili.

Forma i treść przekazywanych informacji powinny być zrozumiałe dla kobiety, dostosowane do jej poziomu intelektualnego.

Podczas prowadzonej rozmowy należy modyfikować przekazywane informacje w zależności od reakcji emocjonalnej rodziców, a w swej wypowiedzi należy być całkowicie szczerym, otwartym i wszechstronnym.

W miarę możliwości nie należy pozostawiać pytań stawianych przez rodziców bez odpowiedzi, gdyż są one dodatkowym źródłem nieporozumień. Pytającym i zainteresowanym rodzicom należy udzielać szerszych informacji, a unikającym rozmów podawać w tym pierwszym i najbardziej szokującym momencie tylko te niezbędne.

Trzeba przekazać wyczerpującą i zrozumiałą informację odnośnie możliwych przyczyn śmierci dziecka oraz na temat dalszych zaleconych badań.

Zanim jeszcze rozpocznie się omawianie spraw związanych z postępowaniem z ciałem zmarłego

dziecka i pogrzebem, jest wskazane, aby rodzicom pozwolić na pierwszą reakcję oswojenia się z zaistniałą sytuacją, czyli wyrażenie smutku po stracie dziecka, np. przez płacz, modlitwę, dzielenie się żałobą z bliskimi osobami towarzyszącymi w zaistniałej sytuacji.

W czasie prowadzenia rozmowy personel powinien wykazać się zrozumieniem i akceptacją, a wsparcia emocjonalnego udzielać wszystkim członkom rodziny zaangażowanym w proces żałoby.

Rodzicom należy zapewnić kontakt z psychologiem szpitalnym bądź księdzem, być może rozmowa ta złagodzi poczucie winy i pomoże zrozumieć proces przeżywania żałoby.

Rodzicom można zaproponować także kontakt z innymi rodzicami przez grupy wsparcia, o podobnych doświadczeniach, a ponadto dostarczyć literaturę dotyczącą problemów prokreacyjnych lub podać znane polskie strony internetowe poświęcone tej tematyce.

Udział w grupie wsparcia jest bardzo pomocny w procesie przeżywania żałoby. Podobne przeżycia i dzielenie się nimi ułatwiają wzajemne zrozumienie i przyjęcie pomocy od obcych ludzi. Dzielenie się uczuciami, przeżyciami z ludźmi podobnie doświadczonymi przez los może zmniejszać poczucie wstydu i izolacji od reszty społeczeństwa.

Prawidłowe reakcje personelu medycznego dostosowane do etapów żałoby

Udzielanie wsparcia i pomocy osieroconym rodzicom nie należy do łatwych zadań. Już samo przebywanie w otoczeniu rodziców, którzy stracili dziecko jest niebywale trudne, a co dopiero ofiarowanie im pomocy w wiarygodny i właściwy sposób. Oprócz swojej obecności, jaką personel może ofiarować, istnieje kilka sposobów, które mogą pomóc osieroconym rodzicom zwłaszcza krótko po stracie. Najważniejsze z nich to:

- bardzo ważne jest empatyczne słuchanie i stworzenie dogodnych warunków do okazania najgłębszych przeżyć, towarzyszyć kobiecie w tych bardzo trudnych chwilach,

- należy wręcz zachęcać do wyartykułowania uczuć, myśli, a tym samym do zaakceptowania ich jako normalnych elementów procesu żałoby,

- pozwolić płakać,

- należy podkreślić normalność występowania burzliwych emocji towarzyszących żałobie, a tym samym zwolnić kobiety z poczucia winy za przeżywane uczucia,

- jeżeli jest to możliwe i rodzice wykazują taką chęć, powinno się im pokazać dziecko, choćby

ważyło tylko kilkaset gramów, ciało byłoby niekształcone i niemożliwe do identyfikacji, należy je owinąć w kocyk bądź pieluszkę i w takich dogodnych, ludzkich warunkach pokazać je zrozpaczonemu rodzicom,

- w chwili pobytu rodziców z martwym dzieckiem należy pozostawić ich z nim sam na sam i zapewnić im dowolną ilość czasu na pożegnanie (pomaga to w przeżyciu żałoby),

- w takiej sytuacji można powiedzieć: „Bardzo mi przykro, mogę tylko sobie wyobrazić, jak musi być pani ciężko w tej sytuacji. Czy czegoś Pani potrzebuje?”, „Bardzo mi przykro z powodu śmierci pani dziecka”, „Wyobrażam sobie, jak trudna to dla pani chwila”,

- pomocne w takiej sytuacji jest okazanie współczucia przez personel medyczny, co świadczy o trosce i solidaryzowaniu się z ich smutkiem. Najlepiej być otwartym i uczciwym w okazywaniu swych uczuć, gdyż wszelkie udawane reakcje będą na pewno zauważone przez rodziców,

- należy zaoferować pomoc, ale nie składać propozycji w formie: „W czym mogę pani pomóc?”, „Proszę dać mi znać, kiedy będę mógł coś dla pani zrobić”, gdyż jest to obciążenie dla osieroconych, którzy nie potrafią poprosić o pomoc. Należy samemu podjąć inicjatywę i zaproponować konkretną pomoc [2].

Nietrafione pocieszenia i postępowania

W tak trudnej sytuacji, jaką jest śmierć własnego dziecka, kobieta jest najczęściej pozostawiona sama sobie. Personel medyczny nie zawsze potrafi pomóc, a wręcz przeciwnie, próbując pocieszyć dodatkowo rani słowami lub postawą wobec zaistniałej sytuacji.

Szczególnie niekorzystnym doświadczeniem dla kobiety po poronieniu jest stosunek do niej personelu. Kobiety odczuwają wielki smutek, złość, poczucie zaniedbywania lub osamotnienia wynikającego z postawy personelu, który jest zbyt zajęty, aby poświęcić większą uwagę kobiecie w tak traumatycznych chwilach. Kobiety te spotykają się z nietakownymi reakcjami na ich sytuację, np. personel medyczny nie przekazuje im dostatecznej wiedzy na temat przyczyn poronienia lub nie mają zapewnionej opieki medycznej po poronieniu, która im przysługuje. Pacjentki skarżą się na stosunek personelu, który był: „chłodny, oficjalny i bardzo naukowy” [17–19].

Dość często występujące zjawisko poronienia powoduje, że personel medyczny traktuje to zdarzenie jako rutynowe, nie zważając na zmiany, jakie nastąpiły w życiu konkretnej osoby po tym

wydarzeniu. Dla matki doświadczenie takie jest tragicznym wydarzeniem, dlatego oczekuje specjalnego traktowania i solidaryzowania się z jej bólem i cierpieniem [16].

Bardzo widoczny jest brak przygotowania personelu medycznego do przeprowadzania rozmów z rodzinami w trudnej sytuacji, jaką jest poronienie. Często zespół terapeutyczny przyjmuje postawę unikania wszelkiego kontaktu z pacjentką, ignorowania jej pytań i niezwracania uwagi na jej przeżycia.

Trudne do zaakceptowania dla osieroconych rodziców jest także podejście personelu do poronienia, które jest tylko wywiązaniem się ze swoich obowiązków. Brak okazanego szacunku szczątkom płodu staje się dla matek dodatkowym cierpieniem. A przecież wystarczyłoby dbać o zabezpieczenie śladów istnienia dziecka, aby rodzice mogli mieć jakąś pamiątkę: zdjęcie USG, kosmyk włosów. Pamiątki takie pozwalają na urealnienie życia i zarazem śmierci własnego dziecka. Pozwala to bardziej konstruktywnie i spokojniej przeżywać żałobę [16, 17].

Najczęściej popełnianym błędem przez personel medyczny jest uprzedmiotowienie poronienia. Kobieta roniąc, słyszy zwykle: „embrion”, „zarodek”, „płód, który zostaje wydalony”, „dochodzi do obumarcia”, najczęściej nie rozumiejąc ani jednego słowa. Nikt nie potrafi powiedzieć, że „straciła pani dziecko” lub „pani dziecko właśnie zmarło”. Na oddziale położniczym bardzo często można spotkać się z procesem odhumanizowania, gdzie nie ma miejsca na przeżycia rodziców związanych ze śmiercią dziecka, a są jedynie objawy kliniczne. Brak przekazywania informacji, niemożność decydowania o własnym zdrowiu, a także podejmowanie decyzji wyłącznie przez lekarza i położną pogłębiają traumatyczne przeżycia [19].

Błędem popełnianym przez zespół medyczny jest skierowanie kobiety po poronieniu na oddział położniczy. Przebywanie na oddziale w sali z innymi położnicami, słuchanie płaczu dzieci lub głośno brzmiącego badania KTG, widok innych ciężarnych kobiet, sprawiają, że osierocona kobieta odczuwa ogromny smutek [1].

Do najczęściej spotykanych nietrafionych pocieszeń należą:

– „To był zaledwie 5. (8., 11.) tydzień ciąży” – osoby wypowiadające takie słowa nie zdają sobie sprawy jak one bardzo boją, gdyż ludziom często wydaje się, że do tak wczesnej ciąży kobieta nie zdążyła się jeszcze przyzwyczaić. Gdy dochodzi natomiast do straty dziecka nawet w tak niskiej ciąży, kobiety przeżywają ogromną rozpacz i przeszywający ból, ponieważ zdążyły już się z nim związać.

Na samym początku żałoby słowa te stają się niezwykle pogrążające, szczególnie, gdy oznaczają

„było, minęło, jeszcze będziesz miała wiele innych dzieci, nie zadręczaj się”. Wypowiadający te słowa nie zdają sobie sprawy z tego, co czuje kobieta po poronieniu. Nie można zastąpić jednego dziecka kolejnym, gdyż to nie zabawka, którą można wymienić,

– „nic się nie stało, to się zdarza wielu rodzinom” – bagatelizowanie tego zdarzenia i porównywanie do innych nie łagodzi cierpienia u matek, wręcz przeciwnie, wywołuje frustrację, gdyż poronienie jest dla kobiety stratą i potrzebuje ona teraz czasu, aby pogodzić się z tym,

– „niech pani postara się zapomnieć” – w procesie żałoby nie chodzi o to, żeby zapomnieć o swym dziecku, ale żeby ten proces pomógł w zrozumieniu swojej sytuacji. Nie da się uciec od siebie i od swoich uczuć, nie da się wymazać z pamięci istnienia swojego dziecka,

– „należy się cieszyć, urodziła pani dziecko w wadami”, „męczyłaby się tylko pani, dobrze, że umarło” – osoby wypowiadające takie słowa myślą, że ułatwiają pogodzenie się z tą sytuacją, ale uczucia odczuwane przez kobietę są o wiele silniejsze. Osoba, która nie doświadczyła podobnego zdarzenia z pewnością nie wie, co w tej sytuacji można czuć, co gorsza, czasem nawet trudno jej to sobie wyobrazić. Tylko kobieta po stracie dziecka może wiedzieć, co czuje, choć sytuacje straty są bardzo różne i budzą bardzo różne emocje.

Podsumowanie

Śmierć dziecka jest traumatycznym przeżyciem, najcięższym doświadczeniem, jakiego może doznać człowiek. Powrót do równowagi jest niezwykle trudny, czasami niemożliwy. Dlatego jest niezwykle ważne udzielenie odpowiedniego wsparcia osobie, która straciła dziecko. Udzielając pomocy należy być bardzo ostrożnym i mieć choćby minimalną wiedzę, w jaki sposób to robić. Popełniając błędy, można wyrządzić ogromną krzywdę, utrudniając prawidłowe przeżycie procesu żałoby. Trzeba przede wszystkim wiedzieć, co dzieje się w umyśle kogoś, kto doznał tak ogromnego cierpienia.

Próbując jakoś poskładać to roztrząskane po śmierci dziecka życie, rodzice żyją w wielkim smutku. Pamiętają wszystkie najmniejsze gesty dobroci i współczucia, doceniając pomoc, jaką otrzymują i bez której prawdopodobnie byłoby jeszcze trudniej, ale w ich pamięć głęboko zapadają także słowa i działania, które ich zraniły. Gdyby człowiek choć raz w życiu zatrzymał się i pomyślał o śmierci, o tym co przeżywają osoby osierocone, wiele matek mogłoby otrzymać właściwe wsparcie po stracie dziecka.

Piśmiennictwo

- [1] **Kriese Caterine M.:** Jak przeżyć stratę dziecka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- [2] **Kriese M.:** Smutek Strata Żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym. POLWEN, Radom 2004.
- [3] **Kornas-Biela D.:** Oblicza macierzyństwa. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lubin 1999.
- [4] **Kościelska M.:** Trudne macierzyństwo. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
- [5] **Sanders C.M.:** Jak przeżyć stratę dziecka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- [6] **Szymańska M., Chazan B.:** Postawy pacjentek po niektórych niepowodzeniach prokreacyjnych. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia 2004, 40, 1, 10–14.
- [7] **Herbert M.:** Żałoba w rodzinie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [8] **Bręborowicz G.H.:** Położnictwo i Ginekologia. Część I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- [9] **Giedroyc A.:** Niewidzialny Tata. Ojcom po stracie dziecka. Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Wrocław 2010.
- [10] **Szymański Z.:** Płodność i planowanie rodziny. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2004.
- [11] **Nesterowicz M.:** Prawo medyczne. Wydanie VII, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2007.
- [12] **Zajdel J.:** Prawo w medycynie. Wydawnictwo Progress, Łódź 2007.
- [13] **Blanc B., Boubh L.:** Ginekologia. Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1995.
- [14] **Simon W.:** <http://mateusz.pl/mz/ws-zuc/2-zespol-poaborcyjny.htm#top> (dostęp 15.08.2013).
- [15] **Ryś M.:** Psychologia małżeństwa w zarysie. Warszawa 1999, s. 89.
- [16] **Makara- Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.):** Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- [17] **Keirse M., Spitz B., Vandermeulen A.:** Jak sobie radzić z poronieniem. POLWEM, Radom 2007.
- [18] **Zwolenkiewicz K.:** W otchłani śmierci. Wydawnictwo Złote Myśli, Kraków 2007.
- [19] **Berezowski E.:** Metody komunikowania się z rodzicami w sytuacji trudnej emocjonalnie. Biuletyn informacyjny DOPiP nr 3–4, Poznań 2007.

Adres do korespondencji:

Zdzisława Knihinicka-Mercik
Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Położnictwa UMW
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
tel.: 71 343 93 36
e-mail: zdzislawa.knihinicka-mercik@umed.wroc.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.12.2013 r.
Po recenzji: 25.02.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 27.03.2014 r.

Received: 28.12.2013
Revised: 25.02.2014
Accepted: 27.03.2014