

Dr hab. Dorota Kornas-Biela, prof. KUL, <https://orcid.org/0000-0001-6002-1901>

Katedra Pedagogiki Specjalnej

Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Ocena opieki perinatalnej jako przedmiot badań kobiet po poronieniu

Evaluation of perinatal care as a study of women after miscarriage

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.309>

Abstrakt: Poronienie jest dla zdecydowanej większości kobiet bardzo trudnym doświadczeniem życiowym, związanym z pobytem w szpitalu i kontaktami ze służbą zdrowia, co naraża je na konsekwencje błędów jatrogennych. Prawa pacjentki a jednocześnie zobowiązania szpitala co do opieki medycznej oraz monitorowania satysfakcji kobiet z jakości tej opieki zostały sformułowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które weszło w życie 1. stycznia 2019 r. Celem tego artykułu jest uzasadnienie, że przeprowadzanie wśród kobiet w krótkim czasie po poronieniu badań ankietowych dotyczących ich oceny uzyskanej opieki w szpitalu a tym samym przestrzegania praw pacjentki jest bezpieczne psychologicznie i nie przyczynia się do pogłębienia traumy psychicznej, o ile zostaną przestrzegane pewne psychologiczne i etyczne zasady. Takie badania mogą mieć nawet znaczenie psychoterapeutyczne.

Słowa kluczowe: poronienie, strata dziecka, jakość opieki perinatalnej, ocena opieki perinatalnej przez kobiety po poronieniu

Abstract: For the vast majority of women, miscarriage is a very difficult life experience, related to a hospital stay and contacts with the health service, which also exposes women to the consequences of iatrogenic complications. The patient's rights and, at the same time, the hospital's obligations with regard to medical care and monitoring the women's satisfaction with the quality of this care were formulated in the Regulation of the Polish Minister of Health, which came into force on January 1, 2019. The purpose of this article is to show that questionnaire surveys on the women's assessment of the hospital care received, and thus compliance with the patient's rights, is psychologically safe for them and does not contribute to the aggravation of the psychological trauma, as long as certain psychological and ethical rules are followed. Moreover, such assessment may even have a psychotherapeutic significance.

Keywords: miscarriage, loss of a child, quality of perinatal care, assessment of perinatal care by women after miscarriage

Wprowadzenie

Utrata dziecka wskutek poronienia¹ jest zwykle wydarzeniem nieoczekiwanym, trudnym w przeżyciu, wymagającym hospitalizacji, kontaktu z personelem i medycznymi procedurami szpitalnymi. Przez zdecydowaną większość kobiet poronienie jest oceniane

¹ Poronieniem określa się wydalenie lub wydobycie z organizmu matki płodu, który nie wykazuje oznak życia, o ile następuje to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni) (Szczyrba-Kleszcz, 2014, s. 68) lub jako obumarciu lub wydaleniu jaja płodowego z macicy przed 4. a 22. tygodniem ciąży (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 6).

jako sytuacja trudna, wręcz traumatyczna. Powstaje więc pytanie, czy zasadnym i psychologicznie bezpiecznym jest prowadzenie badań dotyczących doświadczeń kobiet w związku z oferowaną im w szpitalu opieką medyczną tuż lub w krótkim czasie po poronieniu, czy też biorąc pod uwagę ich przeżycia, należy odczekać jakiś określony czas, aby można było zadawać pytania odnośnie do opieki medycznej, jaką zostały otoczone w szpitalu oraz spełnienia przez szpital rekomendacji i przestrzegania praw pacjentki.

Działania personelu wobec kobiet zmagających się z poronieniem lub okołoporodową śmiercią dziecka są w Polsce regulowane w punkcie XV Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, które weszło w życie 1. stycznia 2019 r. (Dz.U. 2018 poz. 1756). W Rozporządzeniu tym wcześniej stosowane określenie „niepowodzenia położnicze” zastąpiono określeniem „sytuacje szczególne”. Taką sytuacją jest również poronienie.

Najważniejsze zasady pomocy a jednocześnie prawa pacjentki zostały sformułowane w zakończeniu Rozporządzenia „XV. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych”. Obejmują one:

- 1) Zapewnienie kobiecie czasu na oswojenie się z uzyskanymi informacjami przed podjęciem ważnych decyzji;
- 2) Umożliwienie skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej, duchowej oraz wsparcia osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;
- 3) Nieumieszczanie w sali z kobietami w ciąży lub tymi, które właśnie urodziły zdrowe dziecko;
- 4) Traktowanie z szacunkiem, zachowanie spokoju, zapewnienie autonomii decyzji i każdorazowego wyrażania zgody, dbałość o dobór słów i pozawerbalny kontekst rozmowy (ton, gesty), wsparcie poprzez zaspakajanie potrzeb i oczekiwań, np. dotyczących intymności, prywatności;
- 5) Udzielanie kobiecie wyczerpujących informacji na temat stanu jej zdrowia;
- 6) Umożliwienie pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli kobieta wyraża taką potrzebę;
- 7) Udzielenie informacji na temat dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia po poronieniu, przysługujących prawach (pochówek, prawo pracy).

Celem tego artykułu jest próba odpowiedzi na postawione pytanie o zasadność i bezpieczeństwo psychologiczne badań ankietowych kobiet po poronieniu co do rodzaju uzyskanej przez nie opieki w szpitalu². Odpowiedź na to pytanie jest istotna m.in. ze

² Artykuł został opracowany w oparciu o materiał służący do sporządzenia ekspertyzy (na prośbę NIKu, Delegatury w Kielcach) dotyczącej „zasadności uzyskiwania przez NIK od kobiet, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie – na zasadzie pełnej dobrowolności – informacji na temat zapewnionej im opieki w szpitalu oraz czy działania takie mogą u nich wywoływać trudne do zaakceptowania przeżycia emocjonalne” (wykonanie: 31.03.2020).

względu na to, że zgodnie z przywoływanym Rozporządzeniem szpitale zostały zobowiązane do monitorowania jakości opieki okołoporodowej z uwzględnieniem oceny satysfakcji kobiet.

1. Poronienie jako doświadczenie psychiczne

Poronienie jest spontaniczną utratą dziecka zanim osiągnie ono zdolność do życia poza organizmem matki. Może ono wystąpić w dowolnym momencie w ciągu pierwszych 22 tygodni ciąży, jednak większość ma miejsce w pierwszym trymestrze ciąży. Od 25% do 50% wszystkich kobiet ciężarnych doświadcza jednego lub więcej spontanicznych poronień. Ich przyczyny są bardzo zróżnicowane, ale powszechnie przyjmuje się, że ryzyko poronienia wzrasta wraz z zaawansowanym wiekiem matki (> 35 lat) (Norton, Furber, 2018). Pojęcie perinatalnej straty dziecka jest szerszym znaczeniowo i obejmuje zarówno poronienie, jak też utratę dziecka z powodu ciąży ektopowej (pozamacicznej), zgon wewnątrzmaciczny lub zgon dziecka w związku z porodem przedwczesnym (np. Barton-Smoczyńska, 2015, s. 6-8).

Utrata dziecka w pre- lub perinatalnym okresie jego życia jest dla większości kobiet trudnym doświadczeniem, skutkującym objawami, których rodzaj, rozległość, nasilenie i czas trwania zależy od wielu indywidualnych (np. wiek, liczba dzieci, wcześniejsze leczenie niepłodności, wcześniejsze poronienie, czas trwania ciąży) i społeczno-kulturowych czynników (np. wsparcie najbliższych), w tym również związanych z relacją personel medyczny – pacjentka oraz z rodzajem uzyskanej opieki w czasie pobytu matki w szpitalu (Bielawska-Batorowicz, 2006; Berth i in. 2009; Kleszcz-Szczyrba, 2011).

Przeżycia związane ze stratą dziecka mają charakter procesualny, rozwijają się powoli, pogłębiają i zanikają. Trudno wyodrębnić jakieś szczególne kolejno następujące po sobie fazy, chociaż w piśmiennictwie można spotkać różne próby wyodrębnienia faz, np. fazy: wstrząsu/szoku i negacji, dezorganizacji/wycofania i reorganizacji/akomodacji (np. Napiórkowska-Orkisz, Olszewska, 2017, s. 530). W czasie pobytu kobiety na terenie placówki medycznej a więc w trakcie krótkiego czasu hospitalizacji pojawiają się zwykle dwa rodzaje reakcji na stratę dziecka: reakcje emocjonalne w postaci szoku, niedowierzania, żalu i smutku (przejawiające się m.in. płaczem) oraz reakcje w postaci próby opanowania sytuacji, zdobycia kontroli nad własnymi uczuciami i zachowaniami, poprzez dostosowanie się do wymogów bycia pacjentką, czasem również poprzez przyjęcie postawy pasywnej, biernej wobec poczynań personelu, czego później kobieta może żałować, o co może mieć pretensje do personelu, np. że o coś nie zadbał, nie zapytał, nie zareagował (Kornas-Biela, 1999, s. 181-183).

Kolejnymi objawami już po opuszczeniu szpitala może być powoli rozwijająca się żaloba, lęk (np. przed śmiercią, przed okaleczeniem), patologiczny smutek, depresja, napięcie, niepokój, drażliwość, częsty płacz, poczucie winy, poczucie krzywdy

i niesprawiedliwości losu, poczucie niezrozumienia ze strony innych i osamotnienia, złość, agresja (tamże), a nawet objawy zespołu ostrego stresu lub zaburzeń po stresie traumatycznym (Farren, 2020). Później mogą pojawić się zaburzenia w relacji małżeńskiej, w kontakcie z dziećmi, które już są w tej rodzinie, z kobietami w ciąży oraz z innymi dziećmi. U kobiet religijnych mogą nastąpić zmiany w ich relacji z Bogiem (zacieśnienie więzi lub jej kryzys) (Kornas-Biela, 1999). Literatura przedmiotu dotycząca przeżyć związanych z perinatalną stratą dziecka a zwłaszcza z poronieniem jest na świecie bardzo szeroka. Również w Polsce zagadnienie to zyskuje coraz większe zainteresowanie (np. Łuczak, Pisarski, 1991; Beisert, 1993; Kornas-Biela, 1993, 1999; 2005; np. Chazan, 1999, 2001, 2010; Bielawska-Batorowicz, 2006, 2012, 2014; Barton-Smoczyńska, 2006/2015; Szymona-Pawłowska, Steuden, 2009; Bielan, Z., Machaj, A., Stankowska, 2010; Łuczak-Wawrzyniak i in. 2010; Kleszcz-Szczyrba, 2011, 2014; Szymańska, 2008, 2011; Dudziak, 2013; Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013; Bubiak, Bartnicki, Knihnicka-Mercik, 2014; Guzewicz, 2014; Sikora, 2014; Stadnicka, i in. 2016; Walentynowicz-Moryl, 2016; Miernik, 2017; Napiórkowska-Orkisz, Olszewska, 2017; Białek, Malmur, 2020).

W uruchomieniu i prawidłowym przebiegu procesu żałoby po stracie dziecka w okresie ciąży, w trakcie lub tuż po porodzie pomagają stworzone kobiecie/rodzicom warunki dla odczucia szacunku, odzyskania własnej godności i wartości. Są nimi m.in. uznanie faktu straty dziecka (np. traktowanie przez personel medyczny kobietę jako matkę po stracie dziecka a nie tylko jako kobietę, która zakończyła czy też straciła ciążę); zrozumienie dla wyrażania przez kobietę smutku, płaczu; rytuał pożegnania z dzieckiem utraconym (rozmowa na ten temat z matką/rodzicami, kontakt z dzieckiem zmarłym, możliwość pochówku) oraz zaktywizowanie się sieci społecznego wsparcia wobec pogrążonych w żalu rodziców dziecka (Kornas-Biela, 1993; Kleszcz-Szczyrba, 2014, 2016; Guzdek, 2017).

Ustrukturyzowany przegląd literatury z 9 badań jakościowych dotyczących przeżyć 211 kobiet związanych z poronieniem pozwolił na wyodrębnienie czterech dominujących wątków tematycznych: "Co czuję", "Opieka nade mną i komunikacja ze mną", "Ja, moje dziecko i inni" oraz "Pomóż mi radzić sobie w przyszłości". Te wspólne tematy ilustrują różnorodność doświadczeń kobiet, które muszą znaleźć odzwierciedlenie w zapewnieniu im odpowiedniej, emocjonalnie wrażliwej opieki pielęgniarzkiej (Radford, Hughes, 2015).

Należy zaznaczyć, że nie ma „uniwersalnej” reakcji na poronienie i czasem to wydarzenie życiowe może skutkować neutralnymi lub pozytywnymi emocjami (Maker, Ogden, 2003). Poronienie jest bowiem traktowane przez kobietę jako wydarzenie emocjonalnie znaczące, kryzysowe a nawet krytyczne wydarzenia życiowe (Stankiewicz, 2015), jeśli posiadanie dziecka było dla niej wysoko cenioną wartością, pragnęła dziecka, zaakceptowała jego poczęcie, nawiązała z nim choćby słabą więź. Natomiast, jeśli kobieta nie chciała dziecka, nie zaakceptowała jego pojawienia się (np. odrzucała dziecko lub nie

zdążyła go jeszcze zaakceptować), traktowała ciążę tylko jako stan fizjologiczny swojego ciała i nie nadała dziecku statusu osoby, planowała aborcję), to po poronieniu może odczuwać chwilowy smutek³, ale po opuszczeniu szpitala będą raczej dominować uczucia pozytywne, np. ulga, odprężenie, zadowolenie (por. Sikora, 2014, s. 46).

2. Relacje – pacjentka roniąca a personel medyczny

Badania empiryczne prowadzone na świecie w zakresie „zarządzania poronieniem” przez pracowników służby zdrowia pokazują, że wiele w tym zakresie jest do zrobienia. Pomimo dowodów na to, że opieka świadczona w szpitalu może mieć znaczący wpływ na doświadczenie i powrót do zdrowia emocjonalnego i fizycznego po poronieniu, niezadowolenie z opieki ze strony personelu medycznego jest dobrze udokumentowane w bardzo wielu prowadzonych na świecie badaniach zarówno ilościowych jak i jakościowych, w grupach o różnym statusie socjodemograficznym i w krajach o różnym standardzie opieki medycznej (np. Simmons i in. 2006; Stratton, Lloyd, 2008). Badania nad satysfakcją kobiet z udzielonej im opieki w trakcie pobytu w szpitalu wskutek niepowodzenia prokreacyjnego ukazały, iż stopień niezadowolenia był wyższy u tych, które korzystały z publicznej służby zdrowia niż u tych, które były pacjentkami prywatnej opieki medycznej (Abboud, Liamputtong, 2005, s. 11). Niezadowolenie kobiet z niektórych aspektów opieki perinatalnej po poronieniu jak też jego konsekwencje są często niedostrzegane i niedoceniane. Wyniki badań w USA analizowane według czterech głównych tematów – zadowolenia pacjentki z: nastawienia do niej pracowników służby zdrowia, udzielania jej informacji, przeprowadzonych interwencji medycznych oraz dalszej opieki wskazały na konieczność zmian w opiece oraz we wzajemnych relacjach między personelem i pacjentką. – ujawniły, że kobiety, które doświadczyły poronienia i członkowie ich rodzin, zgłaszały niski poziom satysfakcji z uzyskanej opieki ze względu na negatywne postawy personelu względem nich, niedoinformowanie, niewystarczającą kontrolę stanu zdrowia po poronieniu, pomijanie znaczenia ich dobrostanu emocjonalnego. Wyższy poziom satysfakcji odnotowano wśród kobiet, których świadczeniodawcy udzielali informacji i angażowali je w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, gdy było to możliwe oraz potrafili dostroić swoje oddziaływanie do ich stanu emocjonalnego (Geller, Psaros, Kornfield, 2010).

W swoich skargach po perinatalnej stracie dziecka kobiety najczęściej wskazują na brak specjalistycznej opieki, fragmentaryczną pomoc medyczną, słabe zaangażowanie

³ Smutek ten może być szczerym przeżyciem, gdyż co innego nie chcieć dziecka a co innego nie móc je mieć. Może być jednak i tak, że smutek jest podświadomą reakcją, która ma na celu zapewnić kobiecie pozytywny obraz siebie, zgodny z wyobrażonym społecznym oczekiwaniem smutku po poronieniu. Smutek może też być związany, np. z niedogodnościami hospitalizacji, dyskomfortem z powodu podjętych procedur medycznych, bólem, pokrzyżowaniem aktualnych planów.

personelu, słabą komunikację w relacji lekarz - pacjentka; niedostateczne wsparcie, niewystarczające informacje medyczne dotyczące poronienia i jego skutków dla przyszłej prokreacji, sprzeczne informacje, niedoinformowanie (ukrywanie informacji; zbyt ogólne stwierdzenia; brak wyjaśnień, np. co do stosowanych procedur i tego co się wydarza; stosowanie niezrozumiałej terminologii medycznej lub wyrażen obrazowych, np. „wysuszone jajo”), brak empatii, wrażliwości na przeżycia pacjentek i współczucia, umieszczenie kobiety roniącej lub po poronieniu z kobietami w ciąży (np. Rowlands, Lee, 2010; Norton, Furber, 2018; Kornas-Biela, 2018). Opieka wspierająca ze strony pielęgniarek, położnych i pracowników karetki pogotowia została opisana jako mająca pozytywny wpływ na doświadczenia kobiet podczas poronienia i po nim. Szczególnie ważna jest możliwość dłuższej rozmowy na temat poronienia w czasie wizyt kontrolnych (Rowlands, Lee, 2010, s. 275). Kobiety najwyraźniej potrzebują wracać do tych przeżyć i omawiać ich różne aspekty w kolejnych okresach po tym wydarzeniu.

Dla matek/rodziców doświadczających wczesnej utraty własnego dziecka bardzo trudne są zazwyczaj pierwsze dni spędzone w szpitalu. Wówczas to postawa lekarzy i pielęgniarek, jaką przyjmują wobec roniącej kobiety, jej umierającego/zmarłego dziecka oraz jej męża może stwarzać im przestrzeń do godnego przeżywania tego wydarzenia, ale może stać się także czynnikiem traumatycznym, bolesnym, upokarzającym, wzmagającym cierpienie i utrudniającym potem proces odżałowania straty. Personel medyczny dysponuje możliwościami, które w tej trudnej sytuacji mogą pomóc przejść przez nią rodzicom dziecka w poczuciu empatii, zrozumienia, szacunku i wsparcia okazywanego kobiecie/rodzicom, ale też szacunku wobec dziecka, traktowanego jak osoba zmarła a nie jak „resztki ciążowe” (por. Chazan, 2013). Dla wieku kobiet ważne jest również otrzymanie wsparcia duchowego ze strony kapelana szpitala, zapewnienie religijnej oprawy pochówku dziecka (Guzdek, 2013), jak też dostęp do porady duszpasterskiej (Dziedzic, 2013). Ten rodzaj wsparcia - duchowego i religijnego jest niedoceniany w opiece perinatalnej, natomiast z badań empirycznych prowadzonych na dużych grupach kobiet wynika klarowny wniosek, że wsparcie duchowe i praktyki religijne są ważnym czynnikiem ułatwiającym radzenie sobie z negatywnymi konsekwencjami psychicznymi poronienia. Religijne zaangażowanie w praktyki ułatwia nadanie sensu stracie dziecka, poprawia zdrowie psychiczne kobiet po poronieniu (Petts, 2018).

Pacjentki są w różnym stopniu zorientowane co do tego, jakie mają prawa w zakresie opieki, na którą mogą liczyć w szpitalu po poronieniu lub po śmierci dziecka w okresie okołoporodowym. Znajomość obowiązujących Standardów dotyczących opieki po poronieniu jest bardzo zróżnicowana. Stąd też te z nich, które nie znają swoich praw, mogą czuć zadowolenie z tego zakresu pomocy, jaki otrzymały. Natomiast kobiety, które były nastawione na egzekwowanie swoich praw jako pacjentki, mogą być rozżalone, jeśli cokolwiek nie zostało spełnione, czego oczekiwały. Kobiety mają też różne oczekiwania

w tym zakresie ze względu nie tylko na znajomość praw pacjentki, ale też ze względu na zmienne osobowościowe (np. narcyzm, neurotyzm, postawa roszczeniowa, nadwrażliwość na stosunek innych) lub wcześniejsze doświadczenia prokreacyjne. Dlatego to, co dla jednej pacjentki będzie zadowalającą opieką, przez inną może być ocenione jako opieka niedostateczna.

Czas na oswojenie się z zaistniałą sytuacją poronienia jest zawsze w szpitalu za krótki. Oswoić, czyli uczynić doświadczenie swoim, częścią swojego życia wymaga wielu tygodni a nawet miesięcy. Może to dotyczyć nawet kobiet, które nie traktują poronienia jako straty, ale jako pożądane rozwiązanie niechcianej sytuacji życiowej, jaką byłaby konieczność urodzenia dziecka, nagle bowiem zmienia się wszystko. Kobiety, które mają silne poczucie wewnętrznej kontroli zdarzeń i potrzebują decydować o wszystkim, co się im w życiu zdarza, źle tolerują takie niespodziewane sytuacje. Potrzeba czasu, aby nawet to pożądane doświadczenie „wpisać” w historię swojego życia.

Natomiast dla kobiet, dla których jest to trudna psychologicznie sytuacja, nawet obiektywnie wystarczająca opieka w szpitalu, w ramach której zastosowano wszystkie najważniejsze wspomniane w „Standardach” zasady pomocy, może zostać oceniona negatywnie, gdyż nic i nikt nie jest w stanie utulić kobietę w bólu, zmniejszyć jej smutek i żal. Zwłaszcza kobiety, które doświadczają klinicznie podwyższonego poziomu smutku i lęku mogą z powodu doświadczanego cierpienia mieć negatywne postrzeganie poziomu świadczonej im opieki. Zachodzi tu jednak sprzężenie zwrotne – słaby poziom dostępnych w szpitalu usług wobec kobiet roniących ma szkodliwy wpływ na ich psychikę (np. Nikcevic, Tunkel, Nicolaides, 1998). Ponadto, stan emocjonalny kobiety może być przyczyną jej nieprawidłowych relacji z personelem medycznym. Pogrążona w negatywnych emocjach może zamykać się w sobie i nie informować o swoich potrzebach, odmawiać współpracy, być opryskliwa, agresywna, zbyt roszczeniowa. Sama więc niechcąc może przyczyniać się do nieprawidłowej wzajemnej komunikacji (Sikora, 2014, s. 40).

Poza tym, wskutek silnych przeżyć, pacjentka może nie pamiętać dokładnie, czy udzielono jej jakichś informacji, oferowano jakiś rodzaj pomocy. Uzyskana informacja wtedy wystarczająca, może być po czasie oceniona jako niedostateczna. Szpital jako przestrzeń, personel medyczny, procedury szpitalne – wszystko, co skojarzone z sytuacją straty dziecka – może być na zasadzie generalizacji oceniane przez pryzmat cierpienia w kategoriach negatywnych, zwłaszcza przez pacjentki o pewnych cechach osobowościowych (np. skłonność do melancholii, pesymizmu, narzekania) lub w pewnych sytuacjach życiowych (brak wsparcia ze strony bliskich, dłuższe leczenie niepłodności, brak szans na kolejne dziecko). Ogólne pytanie kobiet o stopień satysfakcji z opieki medycznej w trakcie pobytu w szpitalu przez osoby związane z nim zawodowo jest narażone na ocenę negatywną ze względu na ból psychiczny nie do ukojenia lub ocenę pozytywną ze względu na chęć bycia „dobrą pacjentką”, przypodobania się personelowi.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w szpitalu i poradni konieczna jest zindywidualizowana opieka, aby kobiety/rodzice nie czuły/li się „odczłowieczeni” w systemie opieki medycznej, którego nie rozumieją. Zapewnienie zindywidualizowanej opieki, poszanowanie dla fizycznych jak i psychicznych potrzeb, uwzględnienie przeżyć, otrzymanie odpowiednich informacji klinicznych ze strony personelu jest niezbędne dla kobiet/rodziców doświadczających poronienia (Norton, Furber, 2018). O potrzebach psychicznych kobiet a szerzej rodziców po perinatalnej stracie dziecka publikowano już w Polsce trzydzieści lat temu (Kornas-Biela, 1993). Przedstawiona w tym rozdziale analiza potrzeb kobiet oraz sformułowane rekomendacje dotyczące pomocy psychologicznej nie straciły na aktualności, przeciwnie, są stale wymieniane w publikacjach. Większość potrzeb kobiet/rodziców po stracie dziecka stanowi swoiste wyzwanie dla personelu medycznego, od którego zależy dalszy stan psychiczny pacjentki (Kornas-Biela, 2018).

Problem postaw personelu medycznego wobec kobiety po wczesnej stracie dziecka podjęły M. Napiórkowska-Orkisz i J. Olszewska (2017). Opierając się na wynikach badań empirycznych stwierdziły, że pacjentki często skarżą się na chłodny, naukowy i oficjalny stosunek personelu, na jego brak przygotowania do przeprowadzania rozmów z rodzinami w sytuacji poronienia. Nierzadko „zespół medyczny przyjmuje postawę unikania kontaktu z pacjentką, zostawia bez odpowiedzi pytania pacjentki, ignoruje jej przeżycia. Najczęściej popełnianym błędem jest uprzedmiotowienie poronienia. Personel medyczny sprawia kobiecie przykrość, gdy używa sformułowań: „embrion”, „zarodek”, „płód”, „obumarcie”. Nie potrafi empatycznie powiedzieć: „straciła pani dziecko” lub „pani dziecko zmarło” (tamże, s. 534). Lekarze nie czują się jednak komfortowo, przekazując informacje o poronieniu, dlatego, np. niektórzy unikają pacjentek, nie dają jednoznacznych odpowiedzi. Autorki w konkluzji swojego opracowania stwierdzają, że „Pomocne lekarzom, szczególnie młodym i niedoświadczonym, mogłyby okazać się kursy i szkolenia z postępowania w przypadku niepowodzenia położniczego. Powinny one uczyć umiejętnej współpracy z pacjentem przeżywającym stratę dziecka. Dla położnych należy organizować kursy i spotkania, w czasie których mogłyby wyrażać własne uczucia wobec pacjentki w tej trudnej sytuacji. Należy także prowadzić badania w tym zakresie, by wychwycić potrzeby i braki wiedzy psychologicznej, umiejętności interpersonalnych personelu medycznego, by móc, poprzez poszerzanie tej wiedzy, pozytywnie wpłynąć na jakość opieki nad kobietą i jej rodziną po poronieniu” (tamże, 535)⁴.

Personel medyczny, pracując na oddziale patologii ciąży, doświadcza na co dzień stresu, dlatego również wymaga wsparcia w radzeniu sobie z nim, w myśl zasady – „pomagający wymagają pomocy” (Kornas-Biela, 1999). O takich formach pomocy w postaci

⁴ O konieczności edukacji personelu medycznego w zakresie psychologicznych aspektów prokreacji, organizowania szkoleń dotyczących komunikacji z pacjentką i jej rodziną oraz grup wsparcia celem przepracowania trudnych problemów pojawiających się w pracy, gdy „złe rzeczy dzieją się dobrym ludziom” pisałam już w wielu swoich publikacjach (np. Biela 1996, 2009, 2018).

szkoleń dla położnych i lekarzy piszą m.in. autorki z Zespołu Psychologów Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (Łuczak-Wawrzyniak i in., 2010). „Celem obu tych szkoleń było przedstawienie różnorodnych perspektyw niepowodzeń położniczych: tracącej matki/rodziców, personelu medycznego – lekarzy, położnych, psychologów i pozostałych pracowników danej jednostki i przez to różnych zadań wobec takich pacjentek wynikających z istoty uprawianej profesji” (tamże, s. 376). Potrzeby edukacyjne i psychoterapeutyczne personelu medycznego zostały rozpoznane i ujęte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. w punkcie XV. Ustęp 11. brzmi: „osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1”, czyli takich jak m.in. poronienie, urodzenie, dziecka martwego lub niezdolnego do życia (tamże).

Badania ankietowe nad postawami i relacją lekarzy (164 osób) z pacjentkami po poronieniu przeprowadziła w Polsce m.in. M. Szymańska (2008, 2011). Okazało się, że dwie trzecie ginekologów (64%) uznało za słuszne wspieranie pacjentki po stracie dziecka, 23% uważało pocieszenie za właściwą reakcję lekarza, a 11% opowiedziało się za „profesjonalizmem medycznym”, co pacjentki odbierają jako postawę obojętności i chłodnego podejścia do nich. Co do sytuacji informowania pacjentki o poronieniu – jedna trzecia lekarzy (30%) stwierdziła, że stara się przekazać to w sposób zrozumiały, okazując wsparcie, 16% uważało, że jest to sytuacja bardzo indywidualna a 23% skupiało się na działaniach profesjonalnych (np. na badaniach w kierunku ustalenia przyczyny poronienia). Autorka relacjonowanych badań stwierdza ponadto, że: „Duża grupa ginekologów, zastosowała reakcje unikowe wobec pacjentki, tzn. lekceważenie, zdjęcie odpowiedzialności z siebie lub pacjentki oraz odwracanie uwagi od cierpienia, co tak naprawdę nie dawało oparcia pacjentce ani nie rozwiązywało trudnej relacji, w której się znalazły. Dość powszechnym zachowaniem była medykalizacja, rozumiana jako polecenie, by pacjentka szukała sobie innego lekarza” (Szymańska, 2011, s. 103). Niepowodzenie położnicze jest szczególnie trudnym doświadczeniem dla młodych lekarzy. Natomiast lekarze dłużej pracujący w zawodzie często przeżywają podobne uczucia jak rodzice (smutku, bezradności, porażki), ale jednak z mniejszą intensywnością (tamże).

Z badań przeprowadzonych przez M. Szymańską (2011) wynika ponadto, iż lekarze nie doceniają znaczenia dla rodziców pamiątek po poronionym lub zmarłym dziecku – aż 87% respondentów stwierdziło, że nie ma potrzeby, a nawet sensu przekazywać takie pamiątki, gdyż: „najlepszą metodą jest niepamięć”, „to tylko pogarsza problem”. Tylko 7% lekarzy przekazuje jakieś pamiątki po utraconym dziecku (tamże, s. 103). Natomiast praktyka psychologiczna pozwala sformułować stwierdzenie, że dla rodziców pamiątki po dziecku poronionym są bardzo ważne, gdyż pozwalają urealnić im osobę dziecka, co wpływa pozytywnie na proces żałoby. Brak pamiątek po dziecku, brak ciała dziecka,

pochówku, jego grobu, nie skorzystanie z urlopu macierzyńskiego lub zasiłku pogrzebowego sprzyja zablokowaniu procesu żałoby, jej przedłużaniu się i występowaniu zaburzeń charakterystycznych dla stresu pourazowego.

3. Potrzeba werbalizacji przeżyć jako sposób radzenia sobie ze stratą ciąży/dziecka

Jednym ze sposobów radzenia sobie z bolesnym doświadczeniem straty dziecka jest werbalizacja przeżyć. Kobiety po poronieniach mają potrzebę mówienia na temat tego, co się wydarzyło, gdyż opowiadanie nawet „w kółko tego samego” pozwala zobaczyć to wydarzenie z różnych punktów widzenia, oswoić się z tym, co zaszło, przepracować emocje, uzyskać wsparcie. Oczywiście, te wynurzenia są zwykle kierowane do osób bliskich. Najważniejszym powiernikiem zwierzeń oraz osobą niosącą wsparcie jest ojciec dziecka oraz inne bliskie kobiety, zwłaszcza te, które miały podobne doświadczenia.

Śledząc strony internetowe poświęcone poronieniom, można zauważyć dużą aktywność kobiet w dzieleniu się z innymi swoimi przeżyciami, potrzebami, oczekiwaniami i doświadczeniami związanymi ze wczesną stratą dziecka⁵. Czynią to chętnie, gdyż Internet zapewnia im anonimowość oraz dobrowolność wypowiedzi w zakresie tego, co chcą powiedzieć. Ponadto, Internet pomaga przełamać ogromną ciszę, jaka panuje wokół poronienia, o którym niechętnie się mówi, którego, należy się wstydzić lub wobec którego należy odczuwać poczucie winy i odpowiedzialności. Społeczna tradycja nieujawniania poczęcia dziecka aż do końca pierwszego trymestru przyczynia się do piętnowania kobiet roniących a tym samym do gorszych doświadczeń związanych ze wsparciem.

Na potrzebę kobiet mówienia o swoich przeżyciach, również tych związanych z zachowaniami personelu i uzyskaną opieką w trakcie pobytu w szpitalu wskazują, m.in. takie strony internetowe jak, np. :

- <https://www.poronilam.pl/prawo/standardy-opieki-okoloporodowej-2019/> - w zakładce „Wasze historie” można znaleźć wypowiedzi kobiet nawet w trzecim dniu po poronieniu. Wiele z nich dotyczy bólu psychicznego z powodu niewłaściwego traktowania pacjentki przez personel, narażenia ją na cierpienia psychiczne, które można było uniknąć. Jest też „Anonimowa sonda” - Czy skorzystałaś/eś z praw przysługujących rodzicom po poronieniu? (Tak; Nie, ale zostałam/em o nich poinformowana/y; Nie, nie wiedziałam/em o przysługujących mi prawach). Wypowiedzi kobiet już w pierwszych dobach po poronieniu świadczą o ich silnej potrzebie dzielenia się swoim doświadczeniem niepowodzenia prokreacyjnego i otrzymaną wtedy opieką.

⁵ Np. na stronie <https://www.poronilam.pl/prawo/standardy-opieki-okoloporodowej-2019/> w zakładce „Wasze historie” można znaleźć wypowiedzi kobiet nawet w trzecim dniu po poronieniu.

- <https://www.poronienie.pl/forum/> prowadzone przez Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu – na stronie tej jest 4 462 zarejestrowanych użytkowników, a zamieszczono 348 151 postów w 4 700 wątkach. W zakładce „Moja strata. Tematy – Pamiętniki, Indywidualne historie rodziców” znajduje się 2 079 wątków i 80 912 postów (na dzień 18.09.2020).
- Liczne blogi poświęcone stracie dziecka w okresie pre- i perinatalnym, w których kobiety zwierają się ze swoich trudnych doświadczeń związanych z pobytem w szpitalu.

W Internecie ukazują się również wiele artykułów cytujących doświadczenia szpitalne kobiet tracących swoje dzieci w okresie ciąży, w czasie porodu lub tuż po porodzie (np. Gersz, 2018) i część tych sondaży robionych jest w krótkim czasie po poronieniu. Wiele badań psychologicznych obejmujących nie tylko pytania ankietowe (np. o dane socjodemograficzne), ale również penetrujące w głąb psychiki testy psychologiczne przeprowadzane są za zgodą pacjentki jeszcze w trakcie jej pobytu w szpitalu lub tuż po jego opuszczeniu (np. Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013). Można więc wnioskować, że i komisje etyczne aprobujące takie badania nie mają oporów, aby tuż po poronieniu dać możliwość kobietom wglądu we własne doświadczenia i wypowiedzenia się na ich temat.

Na konieczność społecznego przyzwolenia dla wyrażania żalu po poronieniu oraz przywoływania w pamięci doświadczeń związanych z tym wydarzeniem życiowym przez kobiety, mówienia o nim, wskazuje również ich udział w grupach wsparcia, uczestniczenie w nabożeństwach organizowanych m.in. z okazji Dnia Dziecka Utraconego (15.10), odwiedzanie grobów dziecka utraconego, aktywność „tematyczna” na Facebooku, na blogach. Tego typu zaangażowanie kobiet/rodziców w tym zakresie przyczynia się pośrednio do poprawy perinatalnej opieki medycznej, aby była ona adekwatna do ich potrzeb.

Podnoszenie świadomości na temat psychologicznego wpływu poronień wydaje się konieczne, aby pomóc społeczności wspierać kobiety doświadczające wczesnej straty dziecka a także zredukować ukryty charakter tego doświadczenia. Opracowywane zalecenia mogą pomóc przyjaciółom i rodzinie w zapewnieniu odpowiedniego wsparcia swoim bliskim doświadczającym poronienia. Ponieważ jednak wiele osób w szerszej społeczności nie czuje się komfortowo z żalem innych, zapewnienie wsparcia w kontekście poronienia prawdopodobnie nadal pozostanie dużym wyzwaniem (Bellhouse, Temple-Smith, Bilardi, 2018).

4. Zasady badań satysfakcji kobiet z uzyskanej w szpitalu opieki po poronieniu

Nawiązując do postawionego na początku pytania o zasadność i psychologiczne bezpieczeństwo badań dotyczących doświadczeń kobiet w związku z oferowaną im

w szpitalu opieką medyczną po wczesnej stracie dziecka, można stwierdzić, że badania takie są psychologicznie uzasadnione, dozwolone a nawet mogą mieć walor terapeutyczny. Powinno być jednak spełnionych kilka warunków. Również badania ankietowe kobiet po poronieniu powinny spełniać wymogi psychologiczno-etyczne, takie jak (zob. np. Belmont Report, 1979; Kodeks, 1992; Zasady etyczne, 2000; Galewicz, 2009):

- 1) Kompetencja – decyzja udziału w badaniach jest podjęta przez kobietę sprawną intelektualnie, której udzielono wszelkie potrzebne informacje na temat badań, tzn. kto i w jakim celu przeprowadza badanie, kto będzie miał dostęp do wyników, jak zostaną one wykorzystane (np. publikacja, sformułowanie rekomendacji);
- 2) Zrozumienie – sposób sformułowania instrukcji oraz samych pytań ankiety jest dostosowany do poziomu intelektualnego badanych kobiet (np. brak specjalistycznej terminologii);
- 3) Dobrowolność udziału w badaniu, tzn. możliwość osobistego i świadomego wyrażenia zgody (informed consent), nie ponoszenie żadnych konsekwencji w sytuacji rezygnacji z udziału w badaniu;
- 4) Prawo do prywatności – udział w badaniach odbywa się w otoczeniu, które zapewnia dyskrecję co do udzielanych odpowiedzi;
- 5) Anonimowość – oddzielenie danych dotyczących odpowiedzi kobiety (indywidualnych wyników badania) od jej danych personalnych dotyczących jej tożsamości;
- 6) Poufność – nieupublicznianie informacji na temat konkretnych kobiet biorących udział w badaniu, ich dane personalne pozostają poufne;
- 7) Bezinteresowność – udział w badaniach nie wiąże się jakimiś bezpośrednimi profitami dla kobiety, co mogłoby wpłynąć na jej intencję wzięcia udziału w badaniach pomimo przeżywanej traumy psychicznej lub odpowiadania w sposób tendencyjny.

Świadomość społecznej potrzeby przestrzegania zasad „Standardów” przez szpitale wobec kobiet po wczesnej stracie dziecka uzasadnia wartość poznawczą jak i praktyczną podejmowanych w Polsce badań, m.in. przez NIK. Trudno zarzucić badaniom ankietowym po poronieniu oddziaływanie traumatyczne, gdyż jeżeli dla kobiety miałyby mieć one taki charakter, może nie wziąć w nich udziału. Całkowita dobrowolność wypowiedzi zapewnia, że korzystają z tej oferty jedynie kobiety, które chcą się podzielić swoimi doświadczeniami, pomimo (a czasem właśnie z powodu) znajdowania się w trudnej psychicznie sytuacji.

Ponadto, celem uzyskania rzetelnych odpowiedzi na pytania, czy zdaniem kobiet szpitale spełniały swoją rolę w zakresie opieki nad nimi w związku z poronieniem /perinatalną śmiercią (w świetle wymagań określonych powyższym Rozporządzeniem) i czy są one zadowolone z jakości tej opieki, należy:

- sformułować kilka pytań szczegółowych ujmujących różne aspekty zadań personelu (a nie tylko jedno pytanie ogólne),

- skierować pytania do kobiet na różnych etapach radzenia sobie z doświadczeniem poronienia, tzn. w różnym okresie po nim,
- umotywić do szczerych odpowiedzi przez ukazanie znaczenia udziału w badaniach dla poprawy sytuacji w szpitalach.
- Jednym z praktycznych postulatów, który należy uwzględnić przy ocenie badań, jest wynikający z zasady troski o dobro pacjentki postulat właściwej proporcji ryzyka i korzyści wiążących się z ocenianym badaniem (the assessment of risks and benefits).

Biorąc pod uwagę potrzeby kobiet po wczesnej stracie dziecka (chęć podzielenia się z kimś swoimi przeżyciami, wentylacji negatywnych emocji) a jednocześnie ich świadomą zgodę i dobrowolność udziału w badaniu ankietowym, można mieć pewność, iż nie wprowadza ono żadnych szkód psychicznych, natomiast istnieje prawdopodobieństwo pojawienia się korzyści psychologicznych, tzn. lepszej adaptacji do sytuacji straty i prawidłowego przebiegu procesu żałoby.

Sam udział w badaniu może okazać się dla pacjentki psychoterapeutyczny. Kobieta może poczuć się lepiej, gdyż ma okazję: wypowiedzieć przed kimś swój ból; zwerbalizować negatywne doświadczenia; zmniejszyć poczucie niezrozumienia i osamotnienia (ktoś interesuje się jej przeżyciami, ktoś docenia ich powagę); zyskać poczucie wsparcia; podnieść poczucie sprawczości i kontroli dzięki przekonaniu o możliwości ewentualnego wpływu na standardy opieki położniczej. Zdecydowana większość kobiet potrzebuje wizyt kontrolnych po poronieniu, w czasie których mogłyby omówić swoje doświadczenie z nim związane, ale tylko niewiele ma ku temu rzeczywiście okazję. Z badań wynika, że znacznie więcej kobiet z klinicznie podwyższonym poziomem lęku jest wśród tych, które uważały, że nie miały możliwości przedyskutowania swoich uczuć podczas kolejnego badania lekarskiego i to miało szkodliwy wpływ na ich psychikę i pośrednio doprowadziło do negatywnego postrzegania opieki medycznej (Berth i in., 2009). Dlatego samo badanie prowadzone przez NIK poprzez zainteresowanie się doświadczeniem kobiet odnośnie oferowanej im w szpitalu opieki może mieć dla nich pozytywny skutek. Jeżeli natomiast kobieta uzyskała satysfakcjonującą opiekę, udział w badaniach jest okazją do „domknięcia” emocji związanych z pobytem w szpitalu i formą podziękowania za otrzymaną pomoc (ma przed kim pochwalić szpital za to, co było jej udziałem).

Kobiety biorące udział w badaniach ankietowych na temat otrzymanej opieki położniczej po stracie dziecka w okresie ciąży lub porodu zdają sobie sprawę, że ich aktywność badawcza nie przysporzy im jakiś korzyści, nie odmieni ich obecnej sytuacji, ale mogą kierować się przekonaniem, że przyczyniają się do zmiany systemowej w zakresie tej opieki, że wyniki takich badań mogą doprowadzić do podniesienia jakości oferowanych im usług położniczych, z których mogą same jeszcze kiedyś skorzystać a na pewno mogą pomóc innym kobietom w podobnej sytuacji. Udział w takich badaniach podwyższa poczucie solidarności z innymi kobietami, poczucie podmiotowości i autonomii,

wewnętrznej lokalizacji kontroli i sprawczości, może więc służyć polepszeniu obrazu własnej osoby i poczuciu własnej wartości oraz relacji na linii personel medyczny – pacjentka. Pozwala również budować zaufanie do personelu medycznego oraz instytucji państwa jako odpowiedzialnych za jakość opieki położniczej.

Przestrzeganie wszystkich zasad etycznych oraz psychologicznych w badaniach w grupie kobiet, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie na temat zapewnionej im w szpitalu opieki, daje podstawy do potwierdzenia zasadności takich badań, tym bardziej, że istnieje ogromna potrzeba w tym zakresie ze względów zarówno poznawczych jak i aplikacyjnych. Rolą państwa jest zapewnienie kobietom godnych warunków pobytu w szpitalu i zagwarantowanie im niezwykłych praw jako matek dzieci poronionych lub martwo urodzonych, dlatego każde badanie, które spełnia wymogi etyczne i swoimi wynikami może przyczynić się do zwiększania wiedzy w tym zakresie oraz umożliwić sformułowanie rekomendacji służących dobru kobiet, zasługuje na poparcie.

Wnioski końcowe

Bardzo ważne jest podjęcie starań skoncentrowanych na zapewnieniu opieki nad kobietą w ciąży od jej pierwszego kontaktu z lekarzem rodzinnym, ginekologiem położnikiem lub położną, poprzez opiekę szpitalną i poszpitalną, aby zapewnić wspierający pakiet usług dla każdej kobiety w procesie prokreacyjnym, zarówno tym prawidłowym jak i wtedy, gdy występują zaburzenia lub niepowodzenia. Poprawa opieki środowiskowej i szpitalnej nad kobietami w trakcie i po poronieniu może mieć ważny wkład w pozytywny stan zdrowia psychicznego zarówno kobiet jak i innych członków ich rodzin (ojca dziecka, dzieci w tej rodzinie), w relacje małżeńskie i dalsze plany prokreacyjne. Poprawa ta wiąże się z koniecznością prowadzenia specjalnych szkoleń dla pracowników służby zdrowia różnych szczebli w zakresie zaspokajania potrzeb rodziców w procesie prokreacyjnym, tworzenia systemu wsparcia dla nich (interwencje o charakterze medycznym wsparte środowiskowymi). Ze względu na bliski i znaczenie częstszy niż lekarza kontakt z kobietą roniącą pielęgniarek i położnych istnieje ogromna potrzeba kształcenia ich w celu zapewnienia kobietom zindywidualizowanej i adekwatnej opieki (Radford, Hughes, 2015).

Wciąż niedoceniana jest konieczność edukacji rodziny i przyjaciół o psychospołecznych aspektach prokreacji (w tym o niepowodzeniach prokreacyjnych), aby mogli tworzyć bardziej przyjazne i wspierające rodziców środowiska. Kobiety w wieku prokreacyjnym powinny być objęte edukacją w zakresie sposobów mobilizowania wsparcia dla siebie w razie niepowodzenia prokreacyjnego, jak też w sytuacji ciąży, porodu i karmienia piersią. Należy też dostarczyć im użytecznych informacji o wiarygodnych zasobach internetowych, do których mogą mieć w razie potrzeby dostęp (Geller, Psaros,

Kerns, 2006; Rowlands, Lee, 2010, s. 284). Konieczne jest również zniwelowanie ukrytego charakteru poronień (jako coś bardzo intymnego i wstydlwego) i podnoszenie świadomości społecznej na temat wpływu niepowodzeń prokreacyjnych na funkcjonowanie kobiet i ich rodzin, aby gdy zajdzie taka potrzeba każdy, kto spotyka się z osobą doświadczoną trudnościami w prokreacji, mógł zapewnić jej adekwatne do sytuacji wsparcie.

Bibliografia:

- Abboud, L., Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (1), 3-18.
<https://doi.org/10.1080/02646830512331330974>.
- Barton-Smoczyńska, I. (2015). *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.
- Beisert, M. (1993). Psychologiczne skutki zaburzeń w pełnieniu małżeńskiej funkcji prokreacyjnej, (w:) E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacji*, 117-143, Lublin: Redakcja Wydawnicza KUL.
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M.J., Bilardi, J.E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study, *BMC Womens Health Journal*, 18 (1), 176.
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>.
- Berth, H., Puschmann, A.K., Dinkel, A., Balck, F. (2009). The trauma of miscarriage – factors influencing the experience of anxiety after early pregnancy loss [Article in German], *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59 (8), 314-320.
<https://doi.org/10.1055/s-2008-1067540>.
- Białek, K.I., Malmur, M. (2020). Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage, *Medical Studies/Studia Medyczne*, 36 (2), 134-141.
<https://doi.org/10.5114/ms.2020.96794>.
- Bielan, Z., Machaj, A., Stankowska, I. (2010). Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu, *Seksuologia Polska*, 8 (1), 41-46.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2014). Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny, (w:) I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny*, 411-436, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bielawska-Batorowicz, E., (2012). Strata ciąży i jej następstwa dla kobiety, stosunku do macierzyństwa, relacji z partnerem i kolejnym dzieckiem, (w:) E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska (red.), *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie*

- psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, 23-42, Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM.
- Bubiak, A., Bartnicki, J., Knihnicka-Mercik, Z. (2014). Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4 (1), 69-78.
- Chazan, B. (1999). Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, 163-177, Lublin: Redakcja Wydawnicza KUL.
- Chazan, B. (2001). Dylematy ojcostwa, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*, 269-283, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Chazan, B. (2013). Nieudane rodzicielstwo - współczucie dla rodziców, szacunek dla ciała dziecka, (w:) J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, 207-214, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe.
- Chazan, B. (2010). Lekarz wobec poronienia, (w:) C. Klahs (red.), *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, Poznań: Wydawnictwo W Drodze.
- Dudziak, U. (2013). Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem, (w:) J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, 175-198, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe.
- Dziedzic, J. (2013). Wsparcie psychologiczno-pastoralne w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka, (w:) J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, 153-174, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe.
- Farren, J., Jalmbant, M., Falconieri, N., et al. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222 (367), e1-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>.
- Galewicz, W. (2009). O etyce badań naukowych, *Diametros*, 19, 48-57.
- Geller, P.A., Psaros Ch., Kornfield, S.L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want?, *Archives of Women s Mental Health*, 13 (2), 111-24. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0147-5>.
- Geller, P.A., Psaros, Ch., Kerns, D. (2006). Web-based resources for health care providers and women following pregnancy loss, *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 35 (4), 523-532. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00065.x>.
- Gersz, A. (2018). Największy koszmar w życiu musiały przeżyć w toalecie. Kobiety, które poroniły, przełamują tabu. 21.10.2018. <https://natemat.pl/252269,poronienie-nie-powinno-byc-tabu-kobiety-chca-o-tym-mowic>. [dostęp: 25.03.2020].

- Guzdek, P. (2017). *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie*, Kraków: Wydawnictwo Scriptum.
- Guzewicz, M. (2014). Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia, 1, 15-27.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2011). Czynniki utrudniające przebieg żałoby po stracie dziecka w okresie prenatalnym – rozważania teoretyczne, (w:) B. Bereza, M. Ledwoch (red.), *O jakości życia z perspektywy człowieka zdrowego i chorego*, Tom 2. Lublin: Wydawnictwo CPPP Scientific Press.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2014). *Witraże w ciemności, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. Książka niosąca światło*, Katowice: Wydawnictwo Księgarnia św. Jacka.
- Kleszcz-Szczyrba, R., Gałuszka, A. (red.) (2016). *Utrata i żałoba - teoria i praktyka*, Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Kodeks etyczno-zawodowy psychologa*. (1992). Warszawa: PTP.
- Kornas-Biela, D. (1993). Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym, (w:) E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacji*, 61-75, Lublin: Redakcja Wydawnicza KUL.
- Kornas-Biela, D. (1996). *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*. Lublin: TN KUL.
- Kornas-Biela, D. (2009). *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela, D. (1999). Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, 179-200, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Kornas-Biela, D. (2005). Psychodynamic approach to procreation failure, (w:) N. Gozdek, M. Sygit (red.), *Health Promotion. Theoretical and Practical Aspects*, 187-194, Lublin: Wydawnictwo WERSET.
- Kornas-Biela, D. (2018). Niepomyślna diagnoza prenatalna wyzwaniem dla rodziców, personelu medycznego oraz społeczeństwa, (w:) W. Sinkiewicz, R. Grabowski (red.), *Wyzwania i zagrożenia bioetyczne XXI*, 149-180, Bydgoszcz: Bydgoska Izba Lekarska, Komisja Bioetyczna.
- Łuczak, J., Pisarski, T. (1991). Stan psychiczny kobiet w ciąży po dwóch i więcej niepowodzeniach położniczych, *Ginekologia Polska*, supl. 2, 264-267.
- Łuczak-Wawrzyniak, J., Czarnecka-Iwańczuk, M., Bukowska, A., Konofalska N. (2010). Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży, *Ginekologia i Położnictwo*, 81, 374-377.
- Maker, C., Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity, *Psychology and Health*, 18, 403-415.
<https://doi.org/10.1080/0887044031000069343>.

- Miernik, B. (2017). Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1 (29), 257-266.
- Murlikiewicz, M., Sieroszewski, P. (2013). Poziom depresji, lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 6 (2), 93-98.
- Napiórkowska-Orkisz, M., Olszewska, J. (2017). Rola personelu medycznego we wsparciu psychicznym kobiety i jej rodziny po przeżytym poronieniu, *Pielęgniarstwo Polskie*, 3 (65), 529-536. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.72>.
- Nikcevic, A.V., Tunkel, S.A., Nicolaides, K.H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 11 (2), 123-128. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1998.11020123.x>.
- Norton, W., Furber, L. (2018). An exploration of how women in the UK perceive the provision of care received in an early pregnancy assessment unit: an interpretive phenomenological analysis, *British Medical Journal Open*, 8 (8), e023579. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023579>.
- Petts, R.J. (2018). Miscarriage, religious participation, and mental health, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 57 (1), 109-122. <https://doi.org/10.1111/jssr.12500>.
- Rowlands, I.J., Lee, Ch. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (3), 274-286. <https://doi.org/10.1080/02646831003587346>.
- Radford, E.J., Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (11-12), 1457-1465. <https://doi.org/10.1111/jocn.12781>.
- Sikora, K. (2014). Reakcje kobiet po stracie ciąży oraz zachowania partnerów, *Ginekologia i Położnictwo, Medical Project*, 3 (33), 40-55.
- Simmons, R.K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study, *Social Science and Medicine*, 63 (7), 1934-1946. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.024>.
- Stadnicka, S.K., Bień, A., Gdańska, P., Piechowska, J. (2016). Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa – udział położnej w opiece nad pacjentką w sytuacji utraty ciąży. *Journal of Education, Health and Sport*, 6 (9), 379-390. <https://doi.org/10.5281/zenodo.62008>.
- Stankiewicz, K. (2015). Rodzina wobec śmierci dziecka. Żałoba, kryzys, wsparcie społeczne. *Paedagogia Christiana*, 2 (36), 239-247. <https://doi.org/10.12775/PCh.2015.035>.
- Stratton, K., Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative, *Australian and New Zealand Journal of*

Obstetrics and Gynecology, 48 (1), 5-11. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00806.x>.

Szymańska, M. (2008). *Postawa lekarza wobec niepowodzeń położniczych*, Białystok: Trans Humana.

Szymańska, M. (2011). Postawa lekarza w sytuacji niepowodzenia położniczego – aspekt zachowaniowy, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 4 (2), 101-105.

Szymona-Pawłowska, K., Steuden, S. (2009). Doświadczenie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka, (w:) S. Steuden, K. Janowski (red.), *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, 41-57, Lublin: Wydawnictwo KUL.

The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, April 18, 1979. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>. [dostęp: 27.03.2020].

Walentynowicz-Morył, K. (2016). Utrata ciąży jako wyzwanie dla kobiecości – analiza doświadczeń kobiet znajdujących się w sytuacji utrudnionej prokreacji, *Rocznik Lubuski*, 42 (1), 339-351.

Zbiór zasad i wytycznych pt. "Dobre obyczaje w nauce". 9.05.2000.

http://ichf.edu.pl/Dobre_obyczaje_w_nauce.pdf. [dostęp: 27.03.2020].