

mgr Paulina Trębicka  
*doktorantka*  
*Instytut Psychologii WFCH*  
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*  
*w Warszawie*

## **Poronić życie - ale czy tylko dziecka? Rozważania teoretyczne**

### **Wprowadzenie**

Do poronienia samoistnego dochodzi najczęściej przed 22 tygodniem ciąży (Chazan, 2010, za: Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013). W Polsce w 2014 roku liczba martwych urodzeń wyniosła 3,6 na 1000 urodzeń ogółem, a częstotliwość dotyka 15-20% wszystkich ciąż (GUS, 2014, za: Kuropka, 2015). Przyczyn występowania tego zjawiska jest wiele. Często też nie ma jednej przyczyny, a kilka wspólnie występujących. Wyróżnia się zewnętrzne i wewnętrzne przyczyny poronienia samoistnego. Pierwsze związane są z warunkami życia kobiety, pracy, stosowaniem używek, itp. Przyczyny wewnętrzne dotyczą stanu zdrowia matki, w tym również nieprawidłowości dotyczące układu rodowego lub płodu. Do poronienia samoistnego najczęściej dochodzi w pierwszym trymestrze ciąży (Barto-Smoczyńska, 2006).

Celem niniejszej pracy jest ukazanie wpływu poronienia na różne aspekty życia kobiety oraz rozważania na temat szeroko pojętego wsparcia i adaptacji ze wskazaniem kierunku dalszych badań dotyczących związku religijności z tymi dwoma aspektami.

### **1. Psychologiczne następstwa utraty dziecka**

Ciąża i oczekiwanie na dziecko jest ważnym wydarzeniem w życiu całej rodziny. Często, nawet nieplanowana, wywołuje u przyszłych rodziców wiele pozytywnych emocji, takich jak radość i ekscytacja (Abboud, Liamputtong, 2002). Kobiety w ciąży doświadczają zmian za równo na poziomie fizycznym, psychicznym, jak i dotyczącym relacji intymnej oraz społecznym, potrzebnych do przyjęcia roli matki (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Rodzice oczekujący na dziecko wybierają mu imię, przygotowują pokój, planują wspólne spędzanie czasu i podział obowiązków. Z czasem coraz szersze grono rodziny i znajomych dowiaduje się o mającym przyjść na świat dziecku, dzieląc radość i oczekiwanie z przyszłymi rodzicami, a szczególnie

z matką (Lachelin, 1998, za: Guzewicz, 2014). Dlatego też sytuacja utraty dziecka dotyka wielu sfer funkcjonowania. Wiąże się z ogromnym bólem fizycznym, psychicznym, trudnościami związanymi ze sferą seksualną, utratą poczucia sensu życia oraz własnej wartości (Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013; Mroczkowska, 2011).

Poronienie jest sytuacją nagłą i bardzo stresującą. Rodzice często odczuwają rozczarowanie, żal, zawiedzioną nadzieję. Zazdroszczą innym rodzinom posiadanych dzieci. Pojawiają się obawy i lęki związane z przyszłością, ponownym zajściem w ciążę, poronieniem (Kocylowski, 2012, za: Guzewicz, 2014).

Poronienie samoistne wpływa na sferę somatyczną, emocjonalną oraz psychiczną kobiety. Badania Guzewicz (2014) dotyczące występowania objawów depresji u kobiet po poronieniu pokazują, że strata dziecka w sferze somatycznej matki wywołuje zaburzenia snu, męczliwość, brak apetytu i trudności w pracy. Ponadto, pacjentki mają obniżony nastrój, nie odczuwają przyjemności, są niezadowolone z siebie i pesymistyczne. Przejawiają niższe zainteresowanie sferą seksualną, są drażliwe w kontaktach społecznych i wycofują się z nich. Towarzyszy im lęk o własny stan zdrowia. Dodatkowo cechuje je niższe poczucie własnej wartości i obecność myśli samobójczych.

Inne badania (Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013) pokazują, że doświadczenie samoistnego poronienia przyczynia się do odczuwania wysokiego poziomu lęku, wystąpienia objawów depresji oraz zaburzenia po sytuacji traumatycznej. Murlikiewicz i Sieroszewski (2013) zwracają uwagę na osobowość i styl radzenia sobie ze stresem, jako czynniki mające wpływ na wystąpienie i intensywność zaburzeń. Podkreślają, iż kobiety o osobowości lękowej i stylu radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach stanowią główną grupę ryzyka. W grupie tej znajdują się również kobiety, które poroniły po raz kolejny. Natomiast pacjentki o osobowości ekstrawertycznej z dużą otwartością na doświadczenie lepiej radzą sobie z poznawczym zrozumieniem tego trudnego doświadczenia, a co za tym idzie szybciej się adaptują.

Abboud i Liamputtong (2002) przeprowadzili badania jakościowe na sześciu parach chrześcijańskich małżeństw. W wypowiedziach kilku kobiet pojawiały się zdania świadczące o poczuciu winy, odpowiedzialności za utratę dziecka. Inne badania również potwierdziły iż kobiety obwiniają same siebie po poronieniu (np. Guzewicz, 2014; Liamputtong, 1999, za: Abboud, Liamputtong, 2002) Oto jedna z przykładowych wypowiedzi (Abboud, Liamputtong, 2002, s. 47): *„Było kilka osób, które mówiły mi « to twoja wina, nie odżywiałaś się dobrze». Tylko, że oni muszą mówić, wiesz. Obwiniają mnie, że kiedy byłam w ciąży powinnam jeść więcej dla dziecka. Obwiniają mnie, mówią, że to moja wina, bo tańczyłam, że kiedy byłam w ciąży to tańczyła i nie odżywiałam się właściwie. To moja wina, że to się stało. Czułam się naprawdę strasznie, że to moja wina i płakałam i płakałam z tego powodu, czy to naprawdę mogła być moja wina? Tak*

*bardzo się martwiłam, że to moja wina, tak bardzo płakałam, że musiałam iść do szpitala, ponieważ myślałam, że zabiłam moje dziecko” [tłum. PT].*

Na uwagę zasługuje jeszcze fakt, że niektórzy mężowie winę za poronienie przypisują swoim żonom, inni Bogu, a jeszcze inni lekarzom (Puddifoot, Johanson, 1997, za: Abboud, Liamputtong, 2002). Jest to więc niezwykle trudne doświadczenie dla obojga rodziców. Szczególnie jednak dla kobiet, które zamiast pocieszenia i wsparcia ze strony mężów, mogą doświadczać wyrzutów i obwiniania.

Wielu psychologów i psychoterapeutów wskazuje na doświadczenie całego procesu żałoby, jako istotnego elementu radzenia sobie i pogodzenia się z utratą dziecka (Barton-Smoczyńska, 2006). Proces ten obejmuje pięć faz. Pierwsza faza – faza szoku – w której osoby odczuwają bezradność, chaos i dystansują się. W drugiej fazie – fazie poczucia straty obecne są silne emocje i przeżycia takie jak złość, gniew, stres, obwinianie siebie. Trzecia faza to faza wycofania, ochrony siebie, w której dominuje zmęczenie, smutek oraz dążenie do poprawy samopoczucia. Czwarta faza powrotu do zdrowia, to czas tworzenia tożsamości na nowo, pogodzenia się z rzeczywistością i przebaczenia, poszukiwania sensu i znaczenia przeżytych doświadczeń oraz odzyskania kontroli. Ostatnia faza – faza odnowy – to etap powrotu do kontaktów społecznych, podejmowania nowych ról i nowej świadomości siebie (Sońta, Sońta, 2009, za: Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Prawidłowe przejście przez wszystkie fazy przeżycia żałoby pozwala na późniejsze prawidłowe kształtowanie relacji z dziećmi narodzonymi oraz poczucie spełnienia i zadowolenia z rodzicielstwa u małżonków (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010).

## **2. Przeszkody i trudności w adaptacji**

Po poronieniu, kobiety znajdują się w bardzo trudnej sytuacji. Utrata nienarodzonego dziecka niesie za sobą konsekwencje obciążające psychicznie i emocjonalnie. Zrozumiała jest więc potrzeba pomocy i wsparcia kobiet po doświadczeniu poronienia. Niestety, w rzeczywistości nie mają one zapewnionej specjalistycznej opieki. W środowiskach medycznych nadal brak jest dostatecznej wiedzy dotyczącej psychologicznych konsekwencji utraty dziecka. Nie ma zapewnionej wystarczającej opieki psychologów zarówno po poronieniu, jak i w trakcie przekazywania informacji o nim. Świadczy o tym mała liczba zatrudnionych psychologów w szpitalach (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Brak delikatności i wrażliwości ze strony personelu medycznego podczas przekazywania informacji o poronieniu, stanowi kolejne bolesne doświadczenie dla kobiety. Dla niektórych lekarzy sytuacja poronienia jest na tyle „normalna”, że bagatelizują przeżycia niedoszłej matki. Dla kobiet jednak bardzo istotne jest to, w jaki sposób zostanie im ta wiadomość przekazana (Barton-Smoczyńska, 2006). Poważne

kontrowersje budzi fakt, że kobiety po poronieniu niekiedy umieszcza się w sali szpitalnej razem z matkami czekającymi na poród (Pociask, 2009).

Nie tylko szpitale są miejscem, gdzie kobiety nie otrzymują wystarczającego wsparcia. Bywają niezrozumiane i nieotoczone opieką również ze strony najbliższych, czy społeczeństwa. W środowiskach tych brakuje otwartości i stworzenia bezpiecznej przestrzeni do doświadczania przez kobiety bólu i okazywania negatywnych emocji (Pociask, 2009). Czasem zamiast zrozumienia słyszą, że to *"nic takiego"* i, że *"mogą zająć w kolejną ciążę"* (Barton-Smoczyńska, 2006, za: Pociask, 2009). Tak, jak zostało to już wspomniane wcześniej, niekiedy kobiety zostają obarczone winą za utratę dziecka przez swoich mężów, co jest dodatkowym ciężarem i przeszkodą w adaptacji (Puddifoot, Johanson, 1997, za: Abboud, Liamputtong, 2002).

Na prawidłowy proces przejścia żałoby, powrotu do równowagi psychicznej i adaptacji ma również wpływ możliwość pochówku nienarodzonego dziecka. Do 2002 wydanie ciała i aktu zgonu dzieci urodzonych przed 22 tygodniem ciąży, o wadze mniejszej niż 500 gramów, z racji prawnych było niemożliwe. Zwłoki traktowano, jako „odpady medyczne” i spopieleno (Bassel-Jazgar, b.d.). Problemem okazywała się również brak możliwości pochówku katolickiego (Guzewicz, 2014). Zdarzało się, że rodzicom odmawiano pochówku, ze względu na brak odpowiednich dokumentów, jak i nieznamość przepisów prawa kanonicznego przez niektórych księży. W rzeczywistości rodzice mieli prawo pochować dziecko w obrządku katolickim, zgodnie ze specjalnym formularzem *Mszy pogrzebowej dzieci nieochrzczonych*. Również „Kodeks Prawa Kanonicznego w kanonie 1183 § 2 (1984) zaznacza wyraźnie: *«Ordynariusz miejsca może zezwolić na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, a jednak zmarły przed chrztem»*” (Guzewicz, 2014, s.20). Niemożność pochowania dziecka była, więc kolejną traumatyczną sytuacją dla rodziców. Część małżeństw decydowała się na pochówek symboliczny, podczas którego wraz z rodziną zegnali nienarodzone dziecko, wyrażając smutek i ból. Pokazuje to jak ważnym elementem dla rodziców w przebiegu żałoby jest możliwość pochowania dziecka nienarodzonego (Guzewicz, 2014).

Obecnie wprowadzona zmiana przez ustawę z dnia 26.05.2011 o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687) umożliwia pochowanie dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży (Bassel-Jazgar, b.d.). Jednakże w szpitalach różnie to prawo jest egzekwowane. Na stronie internetowej Stowarzyszenia Rodziców po Poronieniu ([www.poronienie.pl](http://www.poronienie.pl)) przeczytać można o różnych postawach służby zdrowia: od pełnego zrozumienia i współczucia informowania rodziców o możliwości pochówku, przez przekazywanie samej informacji w sposób formalny, aż po nie udzielanie żadnej informacji. Zdarza się też, że w niektórych szpitalach rodzice, prosząc o wydanie ciała dziecka i potrzebnych dokumentów, słyszą oskarżenia o złym rozumieniu prawa.

### 3. Czynniki ułatwiające proces adaptacji

Z dotychczasowych rozważań wynika, że spotykane w środowiskach medycznych, społecznych i rodzinnych, brak wrażliwości oraz otwartości na okazywane przez kobiety po poronieniu emocje mogą być odbierane przez nie jako raniące i dodatkowo obciążające. Jednocześnie wsparcie tych środowisk może być istotnym czynnikiem poprawy samopoczucia i lepszej adaptacji. Świadczyć o tym mogą wyniki badań Séjourné, Callahan i Chabrol (2010) dotyczących potrzeb i oczekiwań kobiet po poronieniu. Przebadali oni 305 francuskich i belgijskich kobiet, które doświadczyły poronienia, by dowiedzieć się, jakiego wsparcia potrzebują. Większość, bo aż 95% odpowiedziało, że pomoc po poronieniu jest bardzo potrzebna oraz 91%, że potrzebowały indywidualnej pomocy po poronieniu. Jako najbardziej potrzebne badane oceniły: szczerą, głęboką rozmowę z lekarzem, możliwość stałego kontaktu z personelem medycznym oraz lepszą opiekę medyczną i grupę wsparcia. W mniejszym stopniu, choć nadal przydatne okazało się dla kobiet otrzymywanie ulotek z informacjami o poronieniu, systematyczne wizyty kontrolne u psychiatry lub psychologa lub dane kontaktowe do tych specjalistów. Co ciekawe, badane, jako najmniej istotną pomoc wskazały systematyczne konsultacje psychologiczne. Jako jedne z najbardziej problematycznych doświadczeń kobiety wymieniały lęk o przyszłe ciąży, przeżycia psychiczne, powrót do normalnego życia i relacje z bliskimi. W mniejszym stopniu niepokojące były objawy fizyczne towarzyszące poronieniu (Séjourné, Callahan i Chabrol, 2010).

Choć w wynikach, dotyczących potrzeb kobiet po poronieniu, pomoc psychologa nie była wskazywana często, to 69% badanych jako najbardziej frustrujące zaznaczyło brak informacji o psychologicznych aspektach poronienia (Séjourné, Callahan i Chabrol, 2010). Widać więc, że aspekt pomocy psychologicznej jest również czynnikiem bardzo ważnym pomagającym w prawidłowym przeżyciu żałoby i adaptacji po doświadczeniu poronienia. Najważniejsze dla kobiet po poronieniu jest otrzymywanie wsparcia od swoich partnerów (Barton-Smoczyńska, 2006). Będzie jednak mowa o tym szerzej w dalszej części pracy. Wspomnieć można również w tym miejscu już przytaczane wcześniej badania (Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013), w których wskazano, jakie cechy osobowości kobiet umożliwiają im lepszą adaptację. Kobiety ekstrawertyczne i z dużą otwartością na doświadczenia łatwiej przetwarzają poznawczo zaistniałą sytuację utraty dziecka i dzięki temu łatwiej wracają do „normalnego” życia.

Jeszcze jednym interesującym czynnikiem, mających wpływ na skutki doświadczanego poronienia, jest wykształcenie (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Zaobserwowano tendencję do lepszego radzenia sobie emocjonalnego u kobiet z niższym wykształceniem. Uważa się, że społeczeństwo daje tym kobietom większą

akceptację, co do okazywania uczuć i odbycia żałoby. Natomiast kobiety z wyższym wykształceniem częściej racjonalizują i zaprzeczają pojawiającym się uczuciom. Kolejnym czynnikiem pomagającym kobietom po poronieniu w powrocie do „zwykłego” życia jest ponowne zajście w ciążę. Oczywiście istotne jest tu wcześniejsze prawidłowe przeżycie wszystkich etapów procesu żałoby (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Kobiety, które kolejny raz zaszły w ciążę, choć obawiają się ponownego poronienia (Séjourné, Callahan i Chabrol, 2010; Kocyłowski, 2012, za: Guzewicz, 2014), cieszą się w nadziei na urodzenie upragnionego potomstwa. Świadczą o tym również wypowiedzi kobiet po wcześniejszym poronieniu (Abboud, Liamputtong, 2002, s. 46): *„Teraz nie jest OK, jest dobrze jak to mówią. Ponieważ teraz znów jestem w ciąży, może to uspokaja mnie trochę bardziej. W zeszłym miesiącu byłam bardzo zdenerwowana. Kiedy widziałam kogoś w ciąży, siadałam i płakałam, a teraz kiedy poruszam tą historię, duszę się wewnątrz (duszę się z emocji). Będę płakać jak ta historia się powtórzy. I pragnę, żeby to się nie powtórzyło znowu i mówię: «Oh, Boże, żeby mnie to nie spotkało więcej»”* (płacz) [tłum. P.T].

#### 4. Poronienie a życie rodzinne i relacja intymna

Poronienie jest sytuacją dotykającą nie tylko kobiety, ale i ich partnerów oraz całą rodzinę. Często, jeśli małżonkowie mają już dzieci, odczuwają one smutek z powodu utraty rodzeństwa, jak również poczucie winy. Niejednokrotnie dziecko bojąc się, że straci uwagę i miłość rodziców nie chce narodzić rodzeństwa i kiedy dowiaduje się o poronieniu doznaje poczucie winy. Boi się przyznać do swoich myśli przed rodzicami i często zostaje samo z negatywnymi i trudnymi emocjami. Rodzice powinni w takiej sytuacji porozmawiać z dzieckiem i tłumaczyć mu, że to nie jego wina, zdjąć z niego poczucie odpowiedzialności (Barton-Smoczyńska, 2006).

Sytuacja poronienia stwarza swego rodzaju kryzys, który pozbawiony prawidłowej komunikacji może poprzez poczucie niezrozumienia i braku bliskości doprowadzić do rozpadu związku. Jest to czas próby, który rodzi lęk i pytania dotyczące umiejętności proszenia i udzielania wsparcia, intymności i wzajemnego zrozumienia (Barton-Smoczyńska, za: Bielan, Machaj, Stankowska, 2010).

Wsparcie udzielane przez partnera jest bardzo ważnym elementem pomagającym kobiecie w przeżyciu poronienia (Barton-Smoczyńska, 2006). Partnerzy towarzyszą kobietom od samego początku zajścia w ciążę. Dzielą z nimi wszystkie radości jak i rozterki. Obserwują zachowania i emocje kobiet. To oni zazwyczaj są pierwszymi osobami, do których kobiety kierują swoje przeżycia emocjonalne i potrzeby wsparcia (Guzewicz, 2014).

Bardzo ważne jest też to jak przeżywają i doświadczają straty dziecka partnerzy kobiet po poronieniu. Dla niedoszłych ojców dzieci jest to sytuacja bardzo bolesna i trudna. Widząc cierpienie swojej partnerki, pragną być dla niej stałym i mocnym

oparciem. Bardzo często mężczyźni ukrywają swoje uczucia i emocje, sprawiając wrażenie obojętnych. Rzadko, jako pierwsi poruszają temat straty dziecka i mało rozmawiają. Niektóre kobiety, pragnące bliskości i wsparcia, odbierają to jako wyraz obojętności ich partnerów. Problemy z podejmowaniem tego tematu mogą prowadzić do problemów z komunikacją w związku (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Natomiast brak komunikacji w sytuacji poronienia prowadzić może do konfliktów i kryzysu. Jest też oczywiście spora część mężczyzn, którzy rozmawiają z kobietami o trudnościach i emocjach związanych z poronieniem. Tacy partnerzy są często nazywani „najlepszymi na świecie” i dają bardzo satysfakcjonujące i pomocne wsparcie dla partnerek (Abboud, Liamputtong, 2002). Część kobiet, pomimo milczenia partnerów, docenia ich wsparcie. Ważne jest dla nich poczucie, że oni przy nich są, że wspierają je po prostu obecnością. Taki obraz zarysowuje się również w wypowiedziach par doświadczających poronienia (Abboud, Liamputtong, 2002). Świadczą o tym następujące wypowiedzi mężczyzn: *„Cóż, myślę, że mam inną osobowość. Spokojniejszą, bardziej cierpliwą. Ale myślę też, że jest presja na mnie, jako mężczyznę by nie okazywać (wstrzymanie) by za bardzo nie okazywać emocji. I to jest presja, którą czujesz. I odcięcie się od tego jest bardzo trudne”*; *„Oczywiście rozmawiałem o tym, ale nie za dużo, bo ona płakała i ja płakałem”*; *„Wydaje mi się, że okazujemy emocje trochę inaczej. To znaczy, ogólnie starałem się wspierać (żonę)... Myślę, że ona rozumiała, że dla mnie trudniej jest być otwartym na moje uczucia i dyskutować o nich. Ale myślę, że nigdy nie dyskutowaliśmy o tym dogłębnie, nie”* [tłum. P.T.] oraz wypowiedź jednej z kobiet: *„Cóż, na początku myślałam, że to zraniło go bardzo mocno, szczególnie wiedza, że był to mały chłopiec. No wiesz mali chłopcy dla swoich ojców, są kimś wyjątkowym. Tak, to zraniło nas oboje bardzo mocno po raz pierwszy. Ale potem, jak już mówiłam, był zawsze moim opoką, na którym mogłam się oprzeć. Więc, on zawsze był w porządku, cóż, czułam, że jest w porządku. Nie wiem. Nigdy nie rozmawialiśmy naprawdę o tych rzeczach. To coś o czym nie możesz mówić. Ale zawsze czułam, że on ma rację. To znaczy, on może być zdenerwowany, wiesz, ale myślę, że on bardziej denerwował się o mnie... Tak, wiesz, słaba rzecz, to co on musiał przechodzić, co ona musi się z tym mieć i na koniec traci, wiesz, myślę, że jego uczucia wobec mnie były gorsze niż te które miał wobec aktualnej straty dziecka. Było mu mnie żal, innymi słowy... On był w porządku wobec tego, wiesz, pocieszał mnie, że wszystko będzie dobrze, jeszcze jeden tydzień lub dwa i wydobreje, nie, on jest fantastyczny. On jest fantastyczny; nigdy nie powiedział złego słowa. On jest taki kochany”* [tłum. P.T.] (Abboud, Liamputtong, 2002; s. 47, 49, 52-53). Wypowiedzi te pokazują, że mężczyźni równie boleśnie przeżywają stratę dziecka. Częściej jednak bywa tak, że ich specyficzne potrzeby nie są brane pod uwagę. Społeczeństwo wywiera presję, by byli silni i wspierali partnerki, nie dając miejsca na doświadczanie własnych emocji. Powinno więc być również zapewnione wsparcie dla mężczyzn, przestrzeń gdzie mogliby się przyjrzeć swoim emocjom i przeżyć je (Abboud, Liamputtong, 2002).

Ważnym aspektem funkcjonowania partnerów, na który również wpływ ma doświadczenie poronienia, jest życie seksualne. Poronienie wpływa na postrzeganie przez kobiety swojej kobiecości, seksualności i atrakcyjności. Ma to później odbicie w sferze seksualnej partnerów (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Częstym zachowaniem jest powstrzymywanie się od współżycia, wynikającym z różnych przyczyn min. spadkiem libido, niedoświadczaniem orgazmu, doświadczaniem bólu spowodowanego zabiegami, konfliktem między partnerami lub z powodu samoobwiniania. Niekiedy kobiety podejmują współżycie nie z powodów seksualnych, a psychicznych. Chcą czuć bliskość, troskę, poczucie bezpieczeństwa i tego poszukują we współżyciu (Barton-Smoczyńska, 2006, za: Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Życie seksualne jest bardzo ważną sferą, a problemy, które się w niej pojawiają, mogą świadczyć o konieczności pomocy partnerom i na tej płaszczyźnie.

### 5. Doświadczanie poronienia a religijność

Religijność może być ważnym czynnikiem wpływającym, na przeżycie doświadczenia poronienia. Spilka oraz Werme (1998, za: Wnuk, Marcinkowski, 2012) wskazują za równo na pozytywną jak i negatywną funkcję religijności z punktu widzenia psychologicznego. Może ona sprzyjać rozwojowi zaburzeń, ale może też stać się buforem, dzięki któremu możliwa jest resocjalizacja. Religijność może również pomóc w radzeniu sobie w sytuacjach stresujących czy kryzysowych i w ten sposób chronić przed rozwojem zaburzeń. Dzięki niej możliwa jest pełniejsza, jednostkowa realizacja. To dzięki dojrzałej religijności, jej pozytywne funkcje mogą przyczynić się do dobrego funkcjonowania człowieka. Religijność może wspomagać proces radzenia sobie z kryzysowymi, trudnymi sytuacjami dzięki wartościom i treściom, które niesie. Wartości te i treści pomagają nabrać dystansu, zaakceptować i przewartościować sytuację trudną (Wnuk, Marcinkowski, 2012).

Religijność pomaga również m.in. w odkrywaniu i doświadczaniu sensu życia, kształtowaniu systemu wartości, budowaniu nadziei oraz identyfikacji z grupą (Wnuk, Marcinkowski, 2012). Co ciekawe, identyfikacja z grupą z punktu widzenia religii, to afiliacyjny element nadziei. Bowiem poprzez więzi z innymi, którzy wspierają i pomagają osiągnąć cel, pomimo trudu i zwątpienia, budowana jest nadzieja. Jest ona również związana z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach w wymiarze religijnym. Bowiem wsparcie, jakie człowiek otrzymuje od pozostałych członków wspólnoty, może pomóc w przezwyciężeniu kryzysu. Ma to odbicie w odniesieniu jednostki do Boga (Kozielecki, 2006, za: Wnuk, Marcinkowski, 2012).

Domar i współpracownicy (2005) przeprowadzili badania 195 kobiet bezpłodnych, o różnych wyznaniach (katoliczki – 101, protestantki – 35, z innych kościołów chrześcijańskich – 10) w celu sprawdzenia, czy poziom życia religijno-duchowego wpływa na stres związany z niepłodnością. Okazało się, że kobiety,



które deklarowały wysoki poziom życia duchowego, wykazywały mniej objawów depresyjnych oraz niższy poziom ogólnego stresu związanego z problemami z poczęciem. Badacze podkreślają, że praca z pacjentami odczuwającymi duży stres jest trudniejsza. Ponadto wysoki poziom stresu u pacjentek nieplodnych koreluje z małą ilością poczęć. Badacze zwracają również uwagę na to, że religia w zależności od osoby i sytuacji w jakiej się znajduje może albo pomagać albo utrudniać wychodzenie z kryzysu.

Oczywiście, problemy poronienia oraz nieplodności różnią się od siebie, choć oba mogą stać się przyczyną zaburzeń depresyjnych, większego odczuwania lęku i kryzysu. Badania te jednak pokazują pozytywną funkcję religii, jako pomocy w radzeniu sobie z sytuacją trudną, dotyczącą prokreacji. Hipotetycznie można przypuszczać, że religijność może pozytywnie wpływać na radzenie sobie ze stresem również w przypadku kobiet po poronieniu. Potrzebne jednak byłyby badania dotyczące tej tematyki.

Religijność i wiara jest też ważnym elementem w radzeniu sobie z trudną sytuacją dla partnerów kobiet po poronieniu: *„Nigdy tego nie zapomnisz, to zawsze jest, ale teraz to jest jak wspomnienie bardziej niż cokolwiek innego. Ponieważ jestem pobłogosławiony dwójką dzieci, wiesz, dziękuję Bogu, bo to nie jest tak, że nie mam żadnych dzieci, dlatego, że mam tą dwójkę dlatego jestem wdzięczny i pełen dziękczynienia. Wiesz, nigdy tego nie zapomnisz co przeżyłeś i przez co przeszedłeś, ale teraz jest dobrze. Pogodziłem się z tym”* [tłum. P.T.] (Abboud, Liamputtong, 2002, s. 51).

## **6. Satysfakcja ze wsparcia a okazywanie emocji negatywnych**

Bardzo ciekawe polskie badania, dotyczące związku między satysfakcją kobiet po poronieniu z otrzymywanego wsparcia a okazywaniem emocji negatywnych przeprowadziła Pociask (2009). Przebadała 72 kobiety po poronieniu. Wprowadziła podział na grupy ze względu na wiek i czas, który upłynął od poronienia oraz ze względu na religijność: kobiety wierzące/niewierzące (niewierzące i poszukujące zostały włączone w jedną grupę kobiet niewierzących). Okazało się, że kobiety niewierzące tym bardziej kontrolują swoje emocje negatywne i strach, im mniejszą satysfakcją ze wsparcia odczuwały. Autorka badań wyjaśnia, że być może kobiety te nie mając wiary w Boga, poszukują bardziej wsparcia u ludzi. Dlatego też, kiedy otrzymują tego wsparcia mniej, to tłumią negatywne emocje i lęk, aby nie stracić akceptacji innych (Pociask, 2009). Kobiety wierzące natomiast w miarę wzrostu satysfakcji ze wsparcia, tłumią wyrażanie złości. Autorka wyjaśnia, że kobiety wierzące, które otrzymują satysfakcjonujące wsparcie od innych osób mogą nie wyrażać złości, bo jest ona nieakceptowana przez osoby je wspierające. Mogą również błędnie myśleć, że z punktu widzenia religii złość nie powinna być wyrażana. Nie chcąc więc stracić wsparcia i poczucia bezpieczeństwa tłumią

wyrażanie złości. Natomiast kobiety, które nie otrzymują wystarczającego wsparcia nie muszą troszczyć się o nie i mogą swobodnie przed Bogiem wyrażać złość.

Przedstawione wyżej wyniki i ich interpretacja korespondują z takimi aspektami religijności, jak: funkcją identyfikacji z grupą, budowaniu nadziei i sposobu radzenia sobie z trudną sytuacją (Wnuk, Marcinkowski, 2012). Kobiety po poronieniu identyfikując się z grupą wierzących, przyjmują wartości obowiązujące w danej religii. Choć w Kościele Katolickim mówi się o wadze wyrażania emocji i że są one neutralne moralnie, to w grupie wierzących może panować nieakceptacja wyrażania niektórych z emocji negatywnych. Kobiety po poronieniu, doświadczając wsparcia mogą również słyszeć od osób je wspierających, że nie powinny wyrażać złości. Wsparcie otrzymywane od innych pomaga im w poradzeniu sobie z wieloma trudnościami i budowaniu nadziei oraz daje poczucie bezpieczeństwa. Dlatego też mogą tłumić złość, by tego wszystkiego nie stracić.

W badaniach Pociask (2009) dodatkowo okazało się, że dla kobiet, które miały 32-38 lat, jak i tych, które poroniły ponad pół roku przed badaniem, spadek satysfakcji ze wsparcia jest związany ze wzrostem kontroli strachu. Autorka badań przypuszcza, że kobiety z wiekiem uczą się, że wsparcie bliskich umożliwia otwartość w wyrażaniu strachu. Natomiast wyniki kobiet, które poroniły pół roku wcześniej Pociask tłumaczy - odwołując się do literatury (Barton-Smoczyńska, 2006) - fazą żałoby, w której związki z innymi ludźmi na nowo nabierają dużego znaczenia.

### **Podsumowanie**

Prezentowana praca ukazuje, jak rozległe są skutki doświadczenia poronienia, nie tylko przez kobietę, ale i przez całą rodzinę. Obejmują one sferę biologiczną, psychiczną, rodzinną, relacyjną i seksualną. Wsparcie, jako jeden z ważniejszych elementów pomocnych w adaptacji, jest często zaniedbywany zarówno przez służbę zdrowia, jak i społeczeństwo. Pomijana jest też bardzo często kwestia udzielenia wsparcia i pomocy mężczyznom, których partnerki utraciły dziecko. Czując presję społeczeństwa, by być silnym oparciem dla kobiet, nie mają możliwości zmierzyć się ze swoimi uczuciami. W obliczu poronienia życie rodzinne przeżywa poważny kryzys. W relacji partnerskiej może on dotyczyć komunikacji, poczucia bezpieczeństwa oraz czy życia seksualnego. Dzieci czasem doświadczają poczucia winy z powodu śmierci rodzeństwa. Pomocne w adaptacji po poronieniu jest prawidłowe przeżycie żałoby, które często możliwe jest dzięki pochówkowi nienarodzonego dziecka. Na proces powrotu do „normalnego życia” wpływać może również to, czy para ma już inne dzieci, ponowne zajście w ciążę, niektóre cechy osobowości, oraz wykształcenie. Istotna jest również rola religijności. Może ona pozytywnie wpływać na radzenie sobie z trudną sytuacją, zmniejszać stres i objawy depresyjne. Dodatkowo, religijność moderuje związek między satysfakcją ze

wsparcia a tłumieniem negatywnych emocji. Jednak niewiele jest przeprowadzonych badań, ukazujących rolę, jaką religijność może pełnić przy doświadczeniu poronienia. Potrzeba jest dalszych badań w tym kierunku.

### **Bibliografia:**

- Abboud L. N., Liamputtong P. (2002). Pregnancy loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Social Work in Health Care*, 36, 37-62.
- Barton-Smoczynska I. (2006). *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*. Łomianki: Edycja św. Pawła.
- Bassel-Jazgar K. (b.d.). *Pochówek dzieci, które zmarły przed urodzeniem*. Strona Internetowa: <http://rodzinydiecezjipielplinskiej.pl/dzieci/stratadziecka/149-pogrzeb-dzieci-historia-prawa>
- Bielan Z., Machaj A., Stankowska I. (2010). Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuologia Polska*, 8, 41-46.
- Domar A.D., Penzias A., Dusek J.A., Magna A., Merarim D., Nielsen B., Paul D. (2005). The stress and distress of infertility: does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 3, 45-51.
- Guzewicz M., (2014). Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia. *Civitas et Lex*, 1, 15-27.
- Kuropka I. (2015). Umieralność i trwanie życia w Polsce i wybranych krajach europejskich. W: A. Potrykowska (red.), *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2014-2015* (s. 199-228). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Mroczkowska D. (2011). Jakość życia kobiet po poronieniu ciąży. *Życie i Płodność*, 4, 77-88.
- Murlikiewicz M., Sieroszewski P. (2013). Poziom depresji, lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 6, 93-98.
- Pociask A. (2009). *Sposób ujawniania emocji negatywnych przez kobiety po poronieniu w zależności od otrzymanego wsparcia*. Niepublikowana Praca Magisterska, SWPS w Warszawie.
- Séjourné N., Callahan S., Chabrol H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 403-411.
- Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu. (b.d.) *Poszanowanie prawa w szpitalach*. Strona internetowa: <https://www.poronienie.pl/prawo/prawo-szpitala/>
- Wnuk M., Marcinkowski J. T. (2012). Psychologiczne funkcje religii. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93, 239-243.