

# Doświadczanie straty prokreacyjnej – analiza treści wybranych stron internetowych

## The miscarriage experience – content analysis of an online support groups

Agnieszka Chojnacka

Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

*„Nie mów: jesteś młoda, będziesz miała kolejne dziecko.  
Być może będzie dane mi się cieszyć jeszcze niejednym dzieckiem,  
najpierw jednak muszę opłakać to, które odeszło.  
I żadne inne dziecko mi go nie zastąpi.”*  
Lista życzeń osieroconych rodziców, punkt 19 [1]

### Streszczenie

Celem niniejszego tekstu jest pokazanie, w jaki sposób kobiety doświadczające straty prokreacyjnej, radzą sobie z tym kryzysowym wydarzeniem, które może być jednym z najbardziej znaczących zdarzeń w ich życiu. Badania przeprowadzono na podstawie analizy treści wybranych wpisów ze stron internetowych przeznaczonych dla rodziców, którzy doświadczyli straty prokreacyjnej. W wyniku przeprowadzonej analizy można wnioskować, że kobiety przeżywające stratę prokreacyjną doświadczają życiowego kryzysu, z którym radzą sobie, wykorzystując różne strategie. Analizowane wpisy świadczą o tym, w jaki sposób kobiety adaptują się do trudnej sytuacji. Proces ten przebiega zgodnie z zaproponowanym przez Izabelę Barton-Smoczyńską modelem adaptacji do sytuacji trudnej, który składa się z następujących faz: odreagowania emocji, przepracowania emocji związanych ze stratą, nadania znaczenia doświadczeniu straty i jego akceptacja oraz integracji zdarzenia z życiem. We wszystkich fazach pracy nad kryzysem kobiety mają silną potrzebę werbalizacji swoich przeżyć. Autorki analizowanych wpisów wykorzystały anonimowość Internetu, aby opowiedzieć swoją historię.

**Słowa kluczowe:** poronienie; ciąża; żałoba; zdrowie psychiczne

Gin. Perinat. Prakt. 2020; 5, 4: 162–169

### WSTĘP

Poronienie to doświadczenie, które ma wpływ na wszystkie sfery w życiu kobiety. Strata prokreacyjna nie jest tylko stratą w rozumieniu medycznym, ale też utratą marzeń o byciu matką i wyobrażeń o dziecku, które odeszło. Poronienie jest zdarzeniem, które silnie oddziałuje na zdrowie kobiety (zarówno w wymiarze fizjologicznym, jak

i psychicznym). Doświadczenie straty prokreacyjnej w bliskiej perspektywie wiąże się z szokiem, zaprzeczeniem, gniewem, złością, poczuciem winy, bezradnością [2, 3]. Utrata ciąży może powodować wiele stanów psychologicznych, takich jak: depresja (22–55%), lęki i ataki paniki (22–41%), zaburzenia kompulsywne czy zespół stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) [4]. Według Izabeli Barton-Smoczyńskiej [2]

doświadczenie straty wpływa na sposób spostrzegania wszystkiego, co się do tej pory wydarzyło i co się może jeszcze wydarzyć. Poronienie może być najbardziej intensywnym i znaczącym wydarzeniem w życiu kobiety.

Strata prokreacyjna jest w przedstawionym artykule rozumiana jako poronienie, czyli zakończenie ciąży przed 22. tygodniem ciąży, przy jednoczesnej masie płodu poniżej 500 g [5]. Obecnie, wraz z rozwojem ultrasonografii i diagnostyki laboratoryjnej wzrósł znacząco odsetek rozpoznawania bardzo wczesnych ciąży. Najnowsze wyniki wykazują, że ciąża kończy się poronieniem w ponad 30% przypadków. W 80% przypadków utrata ciąży następuje w pierwszym trymestrze, a ryzyko poronienia zmniejsza się wraz z kolejnymi tygodniami ciąży [5].

W związku z tym, że doświadczenie utraty dziecka poczętego jest trudne, stresujące i kryzysowe, należy zadać pytania: w jaki sposób kobieta radzi sobie z tą stratą? Jakie strategie wykorzystuje w celu zaakceptowania faktu utraty dziecka? Dlaczego opisuje swoje doświadczenia w Internecie?

W literaturze psychologicznej poronienie jest opisywane jako sytuacja kryzysowa. Kobiety, które doświadczają straty prokreacyjnej przechodzą przez fazy radzenia sobie z kryzysem psychologicznym. Szok, reakcja emocjonalna, praca nad kryzysem, nowa orientacja to poszczególne fazy radzenia sobie z tą sytuacją. Negacja poronienia, napięcie, zaburzenie wewnętrznej równowagi, zaprzeczanie to zjawiska przynależne do fazy szoku. Reakcja emocjonalna polega na uruchomieniu mechanizmów obronnych w celu konfrontacji z rzeczywistością i uporaniu się z trudnymi emocjami. Akceptacja poronienia, tworzenie planów prokreacyjnych to faza pracy nad kryzysem. Faza nowej orientacji pozwala włączyć poronienie do własnych doświadczeń życiowych, co prowadzi do pogodzenia się ze stratą. W tym okresie kobiety są silniejsze, bo uporały się już z poczuciem winy i odbudowały poczucie własnej wartości [2, 6, 7].

Istotnym procesem w powrocie do prawidłowego funkcjonowania kobiety po utracie ciąży jest doświadczanie żałoby [2, 6]. Przeżywanie żałoby dotyczy wielu obszarów funkcjonowania człowieka (społecznego, emocjonalnego, fizycznego, poznawczego, duchowego) [8], dlatego okres żałoby definiuje się jako biopsychospołeczną reakcję, która jest odpowiedzią na stratę [6]. Prawidłowa żałoba to proces, który pozwala powrócić do normalnego funkcjonowania w każdej sferze życia.

Z badań przeprowadzonych w latach 2001–2005 wynika, że kobiety roniące podejmują różne działania, które mają pomóc im w poradzeniu sobie ze stratą prokreacyjną. Do tych działań należy: czytanie książek i materiałów o ciąży, prowadzenie rozmów z lekarzami o poronieniu i jego zapobieganiu w przyszłości, poszukiwanie zarówno profesjonalnej, jak i alternatywnej pomocy medycznej, prowadzeniu zdrowego stylu życia.

W celu zmniejszenia napięć emocjonalnych, kobiety rozmawiają z najbliższymi, koncentrują się na dbaniu o związek partnerski, poszukują odpowiedzi na pytanie: „dlaczego ja?”, podejmują kolejne próby reprodukcyjne, analizują dotychczasowe życie pod kątem przyczyn poronienia, szukają winy w sobie. Część kobiet wykorzystuje strategię unikową [2].

Celem artykułu jest wykazanie, że kobiety przeżywające stratę prokreacyjną doświadczają życiowego kryzysu, z którym radzą sobie, wykorzystując różne strategie.

Autorka niniejszej pracy przeanalizowała treści wybranych wpisów, które zostały opublikowane na następujących stronach internetowych: <https://www.poronilam.pl> [9] oraz <https://prekoncepcja.pl> [10]. Wpisy zamieszczone na wymienionych powyżej stronach zostały udostępnione w sferze publicznej za zgodą i wolą ich autorek. Autorka analizy zakłada, że zamieszczone na wybranych stronach internetowych treści są autentyczne i wiarygodne. W cytowanych wypowiedziach internautek pisownia pozostała oryginalna.

Analiza treści jako technika badawcza wykorzystywana jest w wielu dziedzinach nauki. Korzystając z tej metody analizuje się treść wypowiedzi oraz sposób, w jaki autor widzi i opisuje rzeczywistość. W analizowanym tekście poszukuje się występowania pewnych ogólnych lub charakterystycznych dla danego zjawiska prawidłowości [11]. Wykorzystując tę technikę badań można wnikliwie przyjrzeć się wycinkowi rzeczywistości społecznej. Systematyczna analiza pod kątem ustalonych kryteriów pozwala na wnioskowanie o pewnych zjawiskach. Badaniu poddaje się wybrane próbki materiału badawczego [11].

Do analizy opisów straty prokreacyjnej wybrane zostały dwa wpisy zamieszczone na stronie [prekoncepcja.pl](https://prekoncepcja.pl) [9] oraz dwa wpisy ze strony [poronilam.pl](https://www.poronilam.pl) [10]. Autorki wpisów łączy fakt, że doznały straty w pierwszym trymestrze ciąży.

Autorka, która podpisuje swój wpis „Mama Laury” to 36-letnia kobieta, mama dwóch córek, która zachodzi w trzecią ciążę i traci ją w 11. tygodniu, a po wykonaniu badań genetycznych poznaje płeć dziecka. Dokonuje pochówku swojej córki (wpis z dnia 30 marca 2020 roku).

„Karola” pierwszej straty doświadcza już w pierwszej ciąży, w 10. tygodniu. O ciążę starała się dwa lata. Po dwóch miesiącach od straty zachodzi w kolejną ciążę i rodzi zdrową córeczkę. Trzecia ciąża kończy się poronieniem, a czwarta porodem drugiej córki (wpis z dnia 27 września 2018 roku).

Justyna jest mamą „Aniołka Julki”, którą straciła w 10. tygodniu ciąży. Ciąża była nieplanowana (wpis z dnia 8 sierpnia 2018 roku).

Anna (imię nadane przez autorkę tekstu, w celu łatwiejszego opisu) to 30-letnia kobieta, która o pierwszą ciążę starała się przez wiele miesięcy i straciła ją około 10. tygodnia. Pięć miesięcy po poronieniu zaszła w drugą

ciążę i dziś jest mamą 10-miesięcznego syna Mikołaja (wpis z dnia 12 września 2018 roku).

Należy zauważyć, że autorki wybranych wpisów mają bardzo różną sytuację życiową. Pomimo takich różnic, jak: planowanie lub nieplanowanie ciąży, posiadanie dzieci lub ich brak, czas starań o ciążę, kobiety te doznały silnego uczucia straty.

W celu wyjaśnienia, jakimi strategiami radzenia sobie posługują się kobiety doświadczające utraty ciąży, należy posłużyć się zmodyfikowanym przez Barton-Smoczyńską modelem adaptacji do sytuacji stresu potraumatycznego Marii Lis-Turlejskiej [2], która wyróżnia cztery kategorie radzenia sobie ze zdarzeniem traumatycznym. Należą do nich: ekspresja emocji i odczuć związanych ze stratą, przepracowanie emocji i werbalizacja emocji, nadanie znaczenia traumatycznemu doświadczeniu, zintegrowanie treści zdarzenia z życiem.

W zaproponowanym zmodyfikowanym modelu wyróżniono cztery etapy radzenia sobie ze stratą prokreacyjną. Odreagowanie emocji związanych ze stratą, przepracowanie emocji związanych ze stratą, nadanie znaczenia doświadczeniu straty i jego akceptacja, integracja zdarzenia z życiem to kolejne etapy radzenia sobie, którym nieustannie towarzyszy potrzeba werbalizacji i dialogu społecznego. Według tego modelu kobiety doznające straty prokreacyjnej mają silną potrzebę komunikowania swoich odczuć i rozpoznawania własnych reakcji emocjonalnych. Barton-Smoczyńska uważa, że potrzeba werbalizacji swoich odczuć jest stała w procesie pracy nad żałobą, a zmienia się jedynie jej intensywność. Również Worden [12] uważa, że przy poronieniu, tak jak w przypadku przeżywania innych strat, istnieje wyraźna potrzeba mówienia o tym, czego się doświadczyło.

## REZULTATY

Wynikiem przeprowadzonej analizy jest możliwość pokazania wewnętrznego świata przeżyć autorek wpisów oraz wskazanie, jakie strategie radzenia sobie wykorzystywały podczas pracy z kryzysem spowodowanym stratą prokreacyjną. Analiza treści wypowiedzi autorek wpisów przedstawiona została zgodnie z zaproponowanym powyżej modelem adaptacji do sytuacji trudnej Barton-Smoczyńskiej (tab. 1) [2].

### Faza odreagowania emocji związanych ze stratą

Kobiety w fazie odreagowania emocji związanych ze stratą mogą być labilne emocjonalnie. W tym czasie osoby doznające straty przejawiają różne zachowania: od skrajnego załamania, przez apatię i obojętność po potrzebę nagłego kontaktu z otoczeniem. Taki stan jest spowodowany fizycznym i psychicznym odczuwaniem braku dziecka. Ważne by w tym czasie objąć kobiety

**Tabela 1.** Model adaptacji do sytuacji trudnej. Na podstawie [2]

Odreagowanie emocji związanych ze stratą	Werbalizacja i dialog społeczny
Przepracowanie emocji związanych z traumą	
Nadanie znaczenia doświadczeniu straty i jego akceptacja	
Integracja zdarzenia z życiem	

życzliwym wsparciem, które pozwoli im ujawnić swoje uczucia. Istotne w procesie adaptacji do kryzysu jest otrzymanie emocjonalnego wsparcia w momencie traumy i tuż po niej [2].

Osoby dorosłe, które doświadczają pojedynczego urazu, wspominają doświadczenie objawów odrętwienia, zaprzeczania, pewnego poczucia wyobcowania i izolacji od otoczenia oraz pobudzenia [13]. Najwyraźniejsza reakcja odrętwienia i wyobcowania jest zauważalna w słowach Karoli: „Pani doktor oznajmiła, że serduszko mojego dziecka nie bije... to był jakiś koszmar, łzy popłynęły mi po policzku, wyszłam z gabinetu oszołomiona. Wszyscy patrzyli na mnie, a ja ryczałam. To był 10. tydzień. Wyszłam na ulicę i nie wiedziałam, co robić”.

W słowach Justyny można doszukać się uczucia odrętwienia i zaprzeczania: „W 10. tygodniu trafiłam do szpitala z silnym krwawieniem, lekarz nie miał dobrych wieści, ale wtedy nic nie rozumiałam”.

Aпатиę i wycofanie z relacji społecznych widać we wpisie Anny: „Popadłam w apatię, nie byłam w stanie o niczym myśleć ani normalnie funkcjonować” [14].

W kolejnych dwóch narracjach widać, że zatrzymany w pamięci obraz jest zdominowany przez emocje bólu, bezradności i zagrożenia, a przy tym wyraźny, intensywny, czasami też fragmentaryczny [2]. Mama Laury pisze: „Widziałam na monitorze moje maleństwo, nie ruszało się. Wiedziałam, że coś jest nie tak. Wiedziałam też, że nie zapomnę tego widoku do końca życia”.

Anna pamięta, w jaki sposób została poinformowana o stracie dziecka: „Resztki nadziei odebrał mi lekarz [...]. »Nic z tego nie będzie, tężna brak, trzeba wywoływać...«. I tyle, nic więcej. Żadnych słów pocieszenia, wsparcia, niczego. Nie próbował wytłumaczyć mi, dlaczego tak się stało. Było i nie ma, tak po prostu. To okropne wspomnienie, które nadal wzbudza we mnie smutek i niezrozumienie. Nie życzę czegoś takiego nikomu”.

Autorki wpisów zapamiętały bardzo wyraźnie moment, kiedy zostały poinformowane o nieprawidłowym przebiegu ciąży. Można w tych opisach zauważyć reakcję szoku. Część wpisów ma charakter sensorycznego zapisu zdarzeń, czyli zatrzymanego w umyśle obrazu lub fotografii wydarzenia. Aby kobiety mogły włączyć poronienie do swoich doświadczeń życiowych, poradzić sobie

z traumą i stratą, muszą w późniejszym czasie przejść proces konsolidacji tego doświadczenia. Konsolidacja, czyli integracja z pamięcią trwałą, ma pomóc kobietom w procesie zrozumienia całej sytuacji [2].

W fazie odreagowania emocji związanych ze stratą istotne jest wsparcie ze strony innych. Obecność życzliwych osób, które szanują sytuację kobiet po stracie dziecka i pozwalają na okazywanie uczuć, które pojawiają się w tym czasie, jest bardzo ważna [2]. Kobiety powinny doświadczyć wsparcia zarówno ze strony bliskich, jak i personelu medycznego [15]. Istotne dla procesu powrotu do zdrowia po traumatycznych doświadczeniach ma środowisko, w którym znajdują się osoby doświadczające straty [2, 6, 16]. Postawa rodziny oraz przyjaciół wobec traumatycznego zdarzenia może, w znaczący sposób, wpłynąć na zachowania cierpiących matek [16]. Jędrzejewska [6] uważa, że członkowie rodziny powinni się wspierać, ponieważ strata dziecka to wydarzenie bardzo traumatyczne, dlatego że umiera jedyny i wyjątkowy człowiek. Aby rodzina mogła poradzić sobie z kryzysem, który powstaje na skutek śmierci dziecka, w rodzicach powinna być wzajemna szczerłość i tolerancja na potrzeby. Barton-Smoczyńska [2] zauważa, że dobra relacja z otoczeniem przeciwdziała destrukcji w obrębie obrazu „ja”, która powstaje na skutek śmierci dziecka. Dobra relacja z otoczeniem pozwala kobietom na pozytywne potwierdzenie swojej tożsamości.

Istotne w radzeniu sobie z traumą wsparcie otoczenia jest widoczne w dwóch wpisach: „Gdyby nie mój Mąż, to nie wiem, co by było” (Karola) oraz „Stratę naszego dziecka przeżyliśmy z Markiem bardzo źle, choć on i tak trzymał się lepiej ode mnie” (Anna). Niestety autorki wpisów nie doświadczyły wsparcia ze strony personelu medycznego.

Anna pisze: „Trafiłam na kilkuosobową salę. Wśród innych kobiet widziałam świeże mamy oraz te, które za chwilę miały się nimi stać. Myślałam, że takie kobiety jak ja trafiają do osobnych sal, żeby mogły w spokoju przeżywać stratę, z dala od podekscytowanych matek i ojców. Dostałam jakieś środki, które miały spowodować poronienie. Kilka godzin później, w środku nocy i w okropnych bólach pobiegłam do toalety. Po chwili było już po wszystkim. Zawałam pielęgniarkę, z myślą, że udzieli mi pomocy. »Dlaczego Pani tak krzyczy? Jest środek nocy. Przecież nic się nie dzieje« — usłyszałam tylko. Do dziś brakuje mi słów, by opisać, co wtedy czułam”.

Karola pisze: „No i ten koszmar w szpitalu, gdzie brak zrozumienia. Lekarz wulgarny, personel bardzo niemiły i ta straszna pustka po łyżeczkowaniu i znowu załamka, nie mogłam się pobierać. Jeszcze na sali leżałam z dziewczyną wysoko w ciąży. Co 2 godziny mierzone tętno, a ja czułam pustkę, bo mojego maleństwa nie było. Coś straszego”.

Mama Laury pisze: „Niestety w szpitalu nie dostałam rzetelnej informacji o przysługujących mi prawach. Zdruzgotana kobieta nie jest w stanie tego ogarnąć, a decyzje trzeba podjąć szybko”.

Wszystkie analizowane wpisy ujawniają to, że autorkom nie zostało udzielone profesjonalne wsparcie ze strony personelu medycznego. Organizacja oddziału dostarczała dodatkowych przykrych doświadczeń. Umieszczenie roniących kobiet z kobietami w ciąży czy położnicami potęguje stres po poronieniu, ponieważ wzmacnia w kobietach smutek, żal, złość, bezradność, poczucie straty i winy [15].

Udzielenie pomocy psychologicznej kobietom doświadczającym straty dziecka, powinno się odbywać natychmiast po tym, kiedy docierają do nich złe informacje. Udzielenie pomocy psychologicznej jest istotne, ponieważ, pojawiają się określone skutki w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych [17]. Barton-Smoczyńska [2] uważa, że jedną z blokad społecznych w wyrażeniu żalu jest brak zinstytucjonalizowanego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Polskie szpitale nie udzielają wystarczającego wsparcia w tym zakresie, chociaż z doświadczeń psychologów klinicznych i psychiatrów wynika, że część kobiet, które doznały straty prokreacyjnej wymagała szczególnej opieki psychologicznej lub psychiatrycznej [6].

## Przepracowanie emocji związanych ze stratą

Kolejnym okresem powolnego wychodzenia z kryzysu jest czas przepracowania emocji związanych ze stratą. Do kobiet po stracie docierają następujące uczucia: smutek, gorycz, złość, gniew, bezsilność, rozgoryczenie. Osoby doświadczające poronienia poszukują zrozumienia dla śmierci dziecka, chcą uzyskać odpowiedź na pytanie „dlaczego im się to przytrafiło?”. Na tym etapie zachowania mogą być bardzo różnorodne, od unikania wszystkich rzeczy związanych z poronieniem do próby odnalezienia przyczyn tego zdarzenia [2]. Kobiety poszukują wsparcia w osobach, które doświadczyły tego samego. Bubiak i wsp. [18] uważają, że udział w grupie wsparcia może być pomocny w procesie żałoby, ponieważ podzielenie się emocjami i przeżyciami z ludźmi, którzy doświadczyli tego samego, zmniejsza poczucie wstydu i izolacji.

Karola pisze o uczuciu pustki i zastanawia się nad przyczyną poronienia: „Po łyżeczkowaniu było jeszcze gorzej, taka ogromna pustka, żal, dlaczego to mi się przytrafiło”.

Anna czuje się gorsza od innych kobiet i poszukuje odpowiedzi na pytanie dlaczego: „Nie potrafię tego wyjaśnić, ale w pewnym momencie czułam się wybrakowana i gorsza od innych kobiet. Bo niby dlaczego im się udało, a mnie nie?” i równocześnie podejmuje działania

ukierunkowane na zbadanie przyczyn tej straty, poddając się szczegółowy badaniom: „Badania genetyczne wykazały poważne wady naszego dziecka. Tak naprawdę nie było szans na donoszenie ciąży i nie można było nic zrobić. Mimo ogromnej straty, ta wiadomość nas trochę uspokoiła, ponieważ wiedzieliśmy, że są duże szanse na kolejne dziecko”.

W przedstawionych przypadkach widać, że autorki mają silną potrzebę zrozumienia straty, której doświadczyły. Pytanie „dlaczego mnie to spotkało?” dotyczy tego, czy są gorsze od innych kobiet i w czym zawiniły, że nie mogą mieć dzieci. Widoczne są różne strategie poszukiwania sensu trudnych doświadczeń. Karola i Anna dociekają przyczyny w sobie. Anna wykorzystuje strategie poszukiwania informacji na temat poronienia, wykonując badania genetyczne.

### Nadanie znaczenia doświadczeniu straty i jego akceptacja

W tej fazie pracy nad kryzysem kobiety odbudowują swoją tożsamość i nie są owładnięte tylko myślą o utraconym dziecku. Są już w stanie mówić o swoich doświadczeniach i potrzebach. Poszukują sensu śmierci dziecka [2].

Anna pisze: „W końcu jakoś pogodziliśmy się ze stratą, choć po takich przeżyciach, powrót do rzeczywistości okazał się wyjątkowo trudny”. W wypowiedzi widać, że doszło do nadania znaczenia tego wydarzenia, jest próba zaakceptowania i zrozumienia faktu straty dziecka. Autorka wpisu włączyła poronienie do własnych doświadczeń życiowych [2]. Akceptacja poronienia daje szansę na powrót do normalnego funkcjonowania w życiu i organizowaniu go na nowo.

Poszukiwanie informacji i bezpośrednie działanie to dwie z czterech strategii zaradczych, którymi posługuje się człowiek doświadczający silnego stresu [19]. W tej fazie radzenia sobie z kryzysem osoby doświadczające straty podejmują działania, które mają na celu zmianę sytuacji na bardziej akceptowalną. Zachowania te są adaptacyjne, ponieważ osoby doświadczające silnego stresu ukierunkowują swoje działania w taki sposób, aby zmienić sytuację na lepszą. Te zachowania widoczne są na poziomach poznawczym i behawioralnym.

Mama Laury pisze: „Postanowiłam pochować moje dziecko. Ale najpierw zrobiliśmy badania genetyczne – okazało się, że mieliśmy córeczkę. Zarejestrowaliśmy ją w USC i zrobiliśmy jej pochówek z pokropkiem<sup>1</sup>. To dało mi wewnętrzny spokój mimo ogromnego cierpienia”. Autorka wpisu uruchamia mechanizmy radzenia sobie na poziomie behawioralnym poprzez pochówek swojego dziecka.

<sup>1</sup>Praktyka „pokropku” czyli skrócona wersja pogrzebu dla dzieci nieochrzczonych. Zgodnie z aktualnymi wskazaniami biskupów praktyka wykonywania „pokropku” jest niedopuszczalna. Dzieci rodzące się jako martwe lub zmarłe krótko po narodzeniu, posiadają prawo do pełnego pogrzebu.

Wykonanie badań to działanie na poziomie poznawczym. Jak można zauważyć, to te działania pozwalają odzyskać spokój i zaakceptować stratę.

### Integracja zdarzenia z życiem

W tej fazie następuje powiązanie doświadczenia straty ciąży z życiem jednostki, w taki sposób, że kobiety traktują poronienie jako własne przeżycie. Na skutek przeprowadzonej pracy nad kryzysem kobiety mogą dokonać pozytywnego przewartościowania.

Anna pisze: „Mimo ogromnej straty, ta wiadomość nas trochę uspokoiła, ponieważ wiedzieliśmy, że są duże szanse na kolejne dziecko. Dziś po paru latach jesteśmy szczęśliwymi rodzicami 10-miesięcznego Mikołaja, który jest teraz dla nas całym światem. Choć nie miałam okazji poznać swojego pierwszego dziecka, to zawsze będzie ono już zajmować szczególne miejsce w moim sercu”.

Karola pisze: „O moich dwóch aniołkach zawsze pamiętam... i nieraz sobie popłaczę w poduszkę, ale mam dla kogo żyć”. Poprzez cierpienie, jakiego doświadczyła, docenia fakt, że ma przy sobie córki. Jak zauważa Jędrzejewska [6], miłość nabiera innej wartości przez pryzmat cierpienia. Po stracie uczucie miłości nie jest powierzchowne, za to w pełni świadome, bardziej doceniane, bo człowiek wie, że bardzo łatwo tę miłość może stracić. Strategia pozytywnego przewartościowania służy między innymi do doceniania życia, świadomości tego, co jest w życiu naprawdę ważne [19]. Barton-Smoczyńska [2] w przeprowadzonych przez siebie badaniach zauważyła, że kobiety widzą pewne rozwojowe korzyści wynikające ze straty. Część osieroconych matek uświadamia sobie, jaka jest wartość życia i jakim jest cudem.

### Verbalizacja i dialog społeczny

Kobiety doświadczające straty prokreacyjnej mają ciągłą i silną potrzebę opowiedzenia o swoim przeżyciu, podzielenia się swoją historią z innymi. Poprzez opowiedzenie swojej historii kobiety są w stanie przepracować wspomnienie w taki sposób, aby historia poronienia mogła zostać włączona do ich życia. Obecność w Internecie daje rodzaj wsparcia, zarówno piszącym, jak i czytającym [6]. Internet jest przestrzenią, gdzie można być anonimowym. Możliwe, że część z tych kobiet nie może, z różnych powodów, opowiedzieć swojej historii w realnym świecie, a potrzeba verbalizacji własnego cierpienia jest tak wielka, że wykorzystują Internet w celu opowiedzenia o swojej traumie. Na potrzeby tego artykułu wybrano tylko cztery historie, jednak w Internecie istnieje wiele stron, które zamieszczają wpisy na temat doświadczenia straty prokreacyjnej.

## WNIOSKI

Z przeprowadzonej analizy wynika, że doświadczenie poronienia to zdarzenie kryzysowe, które ma wpływ na



życie kobiet. Może być traktowane jako bardzo silny stresor, który powoduje kryzys psychologiczny. W celu powrotu do normalnego funkcjonowania kobiety powinny przepracować kryzys, podczas którego wykorzystują różne strategie radzenia sobie z tą sytuacją. Autorki wpisów informują, w jaki sposób adaptują się do sytuacji kryzysowej. We wpisach Internetek odnaleźć można fragmenty dotyczące poszczególnych faz adaptacji do sytuacji trudnej według Barton-Smoczyńskiej [2]. Faza odreagowania emocji związanych ze stratą charakteryzuje się labilnością emocjonalną, uczuciem szoku, poczuciem wyobcowania i nierealności zdarzenia. W fazie przepracowania emocji związanych ze stratą ujawniają się uczucia: smutku, goryczy, złości, gniewu, bezsilności, rozgoryczenia. W tej fazie kobiety poszukują odpowiedzi na pytanie „dlaczego mnie to spotkało?” oraz poszukują wsparcia wśród osób, które doświadczyły podobnych zdarzeń. W fazie nadania znaczenia doświadczeniu straty i jego akceptacji kobiety odbudowują swoją tożsamość. Kiedy zostanie wykonana praca nad kryzysem, dochodzi do integracji zdarzenia z życiem i w niektórych przypadkach może dojść do rozwoju osobistego kobiet.

Większość kobiet przeżywa proces żałoby na skutek utraty ciąży, co pozwala na pogodzenie się ze stratą. Prawidłowo przepracowana żałoba pozwala na powrót do normalnego funkcjonowania i nie powoduje, że matki zapominają o swoich stratach. Sprawia zaś, że wydarzenia te włączane są do doświadczeń życiowych kobiet. Autorki mają potrzebę podzielenia się swoją historią z innymi, opowiedzenia o swoich doświadczeniach. Publikują swoje historie na stronach internetowych dla osieroconych rodziców, dzięki czemu wyrażają swoje emocje związane ze stratą oraz wspierają innych (poprzez swoje

świadectwo) w tym trudnym doświadczeniu. Potrzeba werbalizacji, opisana przez Barton-Smoczyńską, ujawnia się poprzez opublikowanie wpisów w Internecie.

Wyraźnie zauważalne we wpisach Internetek są obojętność i brak wsparcia ze strony personelu medycznego w szpitalu. W każdym wpisie zawarto informacje o tym, że nie zostały uszanowane ich sytuacja i emocje. Niektóre Internетки opisują niewłaściwe zachowania podczas przekazania informacji o utracie ciąży, inne wskazują, że organizacja oddziału szpitalnego nie sprzyjała przeżywaniu straty. Żaden z wpisów nie zawierał informacji o tym, czy kobietom roniącym została zaproponowana pomoc psychologa, która zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku [20] oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku powinna zostać umożliwiona [21] (powołano się na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku, ponieważ dwa analizowane wpisy opublikowane były przed wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku).

Ważny wniosek wynikający z przeprowadzonej analizy dotyczy dostępności pomocy psychologicznej dla kobiet doświadczających straty. Poronienie jest zdarzeniem kryzysowym, traumatycznym i kobiety, które doświadczyły straty prokreacyjnej powinny móc uzyskać wsparcie ze strony profesjonalisty. Specjalista powinien udzielić wsparcia w celu uniknięcia późnych następstw utraty ciąży, takich jak rozwój depresji czy PTSD.

W niniejszej pracy nie wyczerpano tematu badanego zagadnienia, przedstawiono jedynie wycinek badanego zjawiska. Przeanalizowane wpisy kobiet, które doświadczyły straty prokreacyjnej, są jedynie wstępem do głębszych badań nad tym zagadnieniem.

## Abstract

Pregnancy loss is a traumatic event, if not the most critical in women's life. The research aims to increase awareness of support for pregnant women at the early stage of pregnancy by disclosing discussion about miscarriage trauma. Due to significant psychological impact of the loss, women develop various coping strategies in order to adapt to normality. Lack of psychological support provided by the health authorities in Poland, women tend to seek for help on internet, sharing their experiences in online groups designated for women who miscarry. Examination of data gathered from those groups provide inside to their common coping strategies. Critical evaluation of the data reveal that those strategies follow Barton-Smoczyńska model of difficult situation adaptation, included in four stages: emotion release, coping with emotions, acceptance and giving meaning to the situation, and adaptation to reality. Women use anonymously online support forums to share their experience, and in all phases have strong desire to express trauma they have experienced. The study addresses the need for more research on resources available for women who experience miscarriage and highlight meaningful search of sharing experience.

**Key words:** miscarriage; pregnancy; grieving; mental health

Gin. Perinat. Prakt. 2020; 5, 4: 162–169

## Piśmiennictwo

1. Dlaczego. Serwis dla Rodziców po Stracie Dziecka. Lista życzeń osieroconych rodziców. <http://www.dlaczego.org.pl/yacie-po-stracie/6-lista-ycze-osieroconych-rodzicow> (20.05.2020).
2. Barton-Smoczyńska IO. dziecko, które odwróciło się na pięcie. Wydawnictwo Edycja św. Pawła, Łódź 2015.
3. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka-Iwańczuk M, Bukowska A, et al. Wczesne i późne skutki utraty ciąży. *Ginekol Pol.* 2010; 81: 374–377.
4. Jelovsek F. Pregnancy loss Psychological Reactions, Accurate Answers. Physician advice for your health concerns from Woman's Diagnostic Cyber. [www.wdxcyber.com/nmood07.htm](http://www.wdxcyber.com/nmood07.htm) (20.05.2020).
5. Malewski Z. Poronienie samoistne. In: Stomko Z. ed. *Ginekologia. Tom 1.* Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008: 586.
6. Bielan Z, Machaj A, Stankowska I. Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuologia Polska* 2010. 2010; 8(1): 41–46.
7. Jędrzejewska AB. *Opuszczeni rodzice. Nagła śmierć dziecka. Jak dalej żyć?* Oficyna Wydawnicza „Impuls, Kraków 2015.
8. Łukaszewska B. Doświadczenie żałoby przez osoby dorosłe. Formy wsparcia psychologicznego w kontekście opieki paliatywno-hospicyjnej. *Piel Zdr Publ.* 2015; 5(3): 299–304.
9. *Poroniłam.pl.* Katowice: Stowarzyszenie Edukacji Medycznej „Asklepios”. <https://www.poroniłam.pl/category/wasze-historie/> (20.05.2020).
10. *Prekoncepcja.pl.* Katowice: Stowarzyszenie Edukacji Medycznej. *Poroniłam.pl.* <https://www.poroniłam.pl> (20.05.2020).
11. Maj A. Analiza treści. In: Makowska M. ed. *Analiza danych zastanych. Przewodnik dla studentów.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013: 127–147.
12. Worden JW. *Grief counseling and grief therapy, fourth edition: a handbook for the mental health practitioner.* Springer Publishing Company, New York 2008.
13. Zdankiewicz-Śmigala E, Przybylska M. *Trauma. Proces. Diagnoza. mechanizmy psychoneurofizjologiczne.* Wydawnictwo Instytut Psychologii PAN, Warszawa 2002.
14. *Hospice & palliative care Manitoba; Bereavement Volunteer Handbook.* [http://www.virtualhospice.ca/Assets/bereavement%20volunteer%20handbook%20\\_hpcm2007\\_english\\_20081127165936.pdf](http://www.virtualhospice.ca/Assets/bereavement%20volunteer%20handbook%20_hpcm2007_english_20081127165936.pdf) (20.05.2020).
15. Libera A, Psychologiczne asS, Iwanowicz-Palus G. *Psychologia w położnictwie i ginekologii.* Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2009: 157–164.
16. Cebella A, Łucka I. Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie. *Psychiatria.* 2007; 4(3): 128–137.
17. Guzewicz M. Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia. *Civitas et Lex.* 2014; 1: 15–27.
18. Bubiak A, Bartnicki J, Knihinicka-Mercik Z. Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Piel Zdr Publ.* 2014; 4(1): 69–78.
19. Heszen I. *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, Dz. U. 2015, poz. 2007.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz. U. 2018, poz. 1756.

## Komentarz

Tomasz Fuchs

Zakład Perinatologii, II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Poronienie to jedna z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentek na oddziałach ginekologicznych. Dotyczy kobiet w różnym wieku, występuje zarówno w pierwszych, jak i w kolejnych ciążach, dlatego spektrum przypadków pacjentek zgłaszających się do szpitala z tym rozpoznaniem jest bardzo szerokie. Wraz z rozwojem diagnostyki, rozpoznanie to jest stawiane znacznie częściej niż przed erą ultrasonografii przezpochwowej, ultrasonografii o wysokiej rozdzielczości i powszechnej dostępności testów ciążowych, kiedy to wiele wczesnych poronień było określane mianem spóźnionej miesiączki.

W nie tak odległej przeszłości poronienie było tematem tabu, wstydlivym epizodem w życiu kobiety. Obecnie wraz ze zmianą świadomości kobiet i całego społeczeństwa, w erze mediów społecznościowych i internetu, jest to temat nadal delikatny i wstydlivy, ale znacznie częściej spotykany w debacie społecznej kobiet w wieku rozrodczym.

Dla personelu medycznego problem rozmowy na ten temat z pacjentką jest bardzo trudny. Mają bowiem po drugiej stronie matkę, która właśnie dowiedziała się o stracie dziecka. Problem ten staje się tym trudniejszy, im wyższa jest ciąża. Autorka artykułu skupia się na poronieniach, ale jeszcze większym wyzwaniem jest rozmowa z matkami, u których doszło do takiej tragedii w drugim lub trzecim trymestrze ciąży.

Zazwyczaj posłańcami tych złych wieści są lekarze, do których pacjentki przychodzą na kontrolne wizyty. Nieod-

łącznym atrybutem jest wówczas badanie USG, kiedy to kobieta dowiaduje się, że nosi w sobie martwe dziecko.

Niestety, personel medyczny jest różnie przygotowany do tego typu rozmów. W tych sytuacjach zbędne lub wypowiedziane przez lekarza czy położną w nieodpowiedni sposób słowo lub zdanie mogą być bardzo brzemiennie w skutkach i wywołać dodatkowe negatywne odczucia u pacjentki.

Bardzo ważne jest, aby zapewnić kobietom maksymalny spokój na oddziale, oddzielić je od ciężarnych oraz zapewnić możliwości kontaktu z psychologiem oraz z najbliższymi, co jednak jest znacznie utrudnione podczas pandemii. Z uwagi na łatwość posądzenia lekarza o chęć przerwania ciąży, procedury leczenia w przypadkach poronień zatrzymanych powinny się odbywać w warunkach szpitalnych przy zapewnieniu ich całkowitej transparentności.

Obecnie ogranicza się liczbę instrumentalnych ingerencji w przypadkach poronień, jednak leki stosowane do indukcji poronienia martwego płodu są zazwyczaj stosowane *off-label*, co również powoduje, że procedury te powinny się odbywać na oddziale szpitalnym.

Pobyt na oddziale oraz samo postępowanie medyczne to dla pacjentki bardzo traumatyzujące przeżycie, dlatego wymaga zachowania maksymalnego poszanowania jej godności, zapewnienia jej optymalnych intymnych warunków na każdym etapie postępowania, empatii oraz właściwej postawy personelu medycznego, jak również ustalenia postępowania po wyjściu ze szpitala.