



Niekorzystne zakończenie ciąży

**- Rekomendacje postępowania z pacjentkami
dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych
województwa mazowieckiego**

Warszawa, lipiec 2015 r.

Rekomendacje opracowane z inicjatywy wojewody mazowieckiego Jacka Kozłowskiego pod kierunkiem:

prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Czajkowskiego

konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii, kierownika II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie,

z udziałem:

dr hab. n. med. Bronisławy Pietrzak

konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.,

Elżbiety Nawrockiej

konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia publicznego, zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim,

Jagody Miszewskiej

dyrektora Biura Wojewody w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim,

Ivetty Biały

Biuro Wojewody w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim,

Bożeny Cieślak-Osik

psychologa w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie,

księdza Karola Alexandrowicza

kapelana w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie, Bazylika Archikatedralna p.w. Męczeństwa św. Jana Chrzciciela w Warszawie.

Według danych naukowych, około 10-12 proc. rozpoznanych ciąż kończy się poronieniem przed ukończeniem 22 tygodnia. W roku 2014 w województwie mazowieckim odnotowano 6321 poronień samoistnych oraz 260 martwych urodzeń. Zmarło 138 noworodków żywo urodzonych, w tym 118 o masie powyżej 500 g. Największą liczbę martwych urodzeń i zgonów obserwowano wśród dzieci o masie między 500 g a 999 g (dane ze sprawozdania MZ-29).

Strata dziecka, również tego jeszcze nienarodzonego, to jedna z największych traum dla rodziców, szczególnie matki. Często stan psychiczny, duchowy osoby, która przeżyła traumę nie spotyka się ze zrozumieniem nawet najbliższego otoczenia.

Celem niniejszych Rekomendacji jest upowszechnienie dobrych praktyk postępowania w oddziałach położniczo-ginekologicznych na terenie województwa mazowieckiego. Rekomendacje dotyczą zapewnienia szacunku i godnego postępowania wobec matki i dziecka w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka, dziecka niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami. Odbiorcą Rekomendacji jest personel medyczny oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz pacjentki pragnące pożegnać się z dzieckiem. Pewne założenia przeznaczone są dla wszystkich kobiet, które doznały traumy w związku z niekorzystnym zakończeniem ciąży.

Dokument zawiera wskazówki dla personelu medycznego, ankietę dla pacjentki, arkusz oceny Rekomendacji oraz informacje dla pacjentki i jej bliskich. Pierwsza ewaluacja materiału nastąpi po 6 miesiącach od przekazania go do oddziałów ginekologiczno-położniczych, kolejne po roku.

Rekomendacje zostały opracowane w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim przez zespół w składzie: konsultant wojewódzki w dziedzinie perinatologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego, psycholog, ksiądz oraz przedstawiciele Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

Wskazówki dla PERSONELU MEDYCZNEGO

1. O czym trzeba pamiętać podczas udzielania informacji

Procedura dotyczy pacjentek, które już zostały powiadomione o niekorzystnym zakończeniu swojej ciąży. Wypełnienie ankiety oraz udzielanie informacji powinno być prowadzone przez osobę, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad pacjentką i która zna jej sytuację zdrowotną. Ankieta powinna być wypełniona w momencie przyjęcia do oddziału (lub zaistnienia zdarzenia podczas hospitalizacji). Proszę pamiętać, że pytania nr 4-7 nie mogą być zadawane kobietom, które nie wyraziły chęci pożegnania się z dzieckiem. Wypełniona ankieta powinna być dołączona do dokumentacji medycznej pacjentki.

Procedurą powinny być objęte pacjentki, u których:

- doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu,
- istnieje duże prawdopodobieństwo, że dziecko nie będzie zdolne do życia,
- zgodnie z obecną wiedzą medyczną jest wysoce prawdopodobne, że nie uda się uratować życia dziecka,
- potwierdzono obecność wad u dziecka w badaniu genetycznym, ultrasonograficznym lub wady uwidoczniły się w przebiegu zdarzenia,
- do straty dziecka doszło przed lub w trakcie hospitalizacji.

Procedurą nie należy obejmować pacjentek w następujących sytuacjach medycznych: nie doszło do rozwoju zarodka (puste jajo płodowe), bardzo wczesna ciąża bez stwierdzonego zarodka, resztki po poronieniu, ciąża ekotopowa bez stwierdzonego zarodka itp.

W miarę możliwości organizacyjnych szpitala nie należy umieszczać pacjentek, które utraciły ciążę z pacjentkami, które szczęśliwie urodziły.

Po usłyszeniu poszczególnych pytań pacjentka nie musi od razu podejmować decyzji, a jeśli ją podejmie – nie musi być ona ostateczna. Gdy udzieli odpowiedzi negatywnych na pytania wstępne, należy jej przekazać, że może zmienić zdanie i poinformować o tym personel medyczny (położną, lekarza, psychologa, sekretarkę medyczną) bezpośrednio lub przez osobę bliską. Po stracie starszej ciąży niezbędne jest ponowienie pytania o pożegnanie z dzieckiem po poronieniu/porodzie oraz zapytanie, czy pojawiła się laktacja (jeśli tak – podjęcie odpowiednich działań). Na pytania nr 8 i 9 najlepiej odpowiedzieć od razu. Jeśli nie znasz odpowiedzi na zadane przez pacjentkę pytanie, zapewnij udzielenie jej przez właściwy personel.

2. Warunki pożegnania

Nawet jeśli tylko jedno z rodziców pragnie uczestniczyć w pożegnaniu, należy to umożliwić. Warto zarezerwować na nie około 2 godzin, ale czas należy elastycznie dostosować do potrzeb rodziny. Całe spotkanie powinno przebiegać w atmosferze intymności, troski i zrozumienia.

Najlepiej, aby pożegnanie miało miejsce w indywidualnej sali, w której przebywa/urodziła pacjentka. Można, zgodnie z jej wolą, poprosić o obecność rodziny lub bliskich jej osób. Jeżeli pacjentka przebywa w sali wieloosobowej, na czas pożegnania należy zapewnić rodzinie intymność – pojedynczą salę lub – w wyjątkowych sytuacjach, gdy takim miejscem nie dysponujemy – pożegnanie powinno mieć miejsce w wydzielonej części sali (np. osłoniętej parawanem). Należy również umożliwić obecność osób bliskich. Jeśli pacjentka wyraża taką potrzebę, może towarzyszyć jej ktoś z personelu (psycholog, lekarz, położna/pielęgniarka, kapłan, pracownik socjalny).

Dziecko powinno być odpowiednio przygotowane – ubrane, zawinięte w pieluszki/kocyk. Deformacje powinny być osłonięte. Pacjentka ma prawo rozwinąć i obejrzeć dziecko. Pacjentka (rodzina, bliscy) może wykonać zdjęcia, a jeśli wyraża taką potrzebę, personel powinien pomóc w zabezpieczeniu innych pamiątek (odcisk stopy, opaska identyfikacyjna, zdjęcie usg znajdujące się w dokumentacji itp.). W przypadku wczesnej ciąży możliwość oglądania należy elastycznie uzależnić od sytuacji.

3. Płeć dziecka

Udzielając pacjentce informacji należy mieć na uwadze pewne ograniczenia związane z zaawansowaniem ciąży. Po 15-16 tygodniu ciąży, poza wyjątkowymi sytuacjami, można określić płeć dziecka. We wczesnej ciąży nie zawsze istnieje możliwość uwidocznienia tkanek płodu i proponowanie oglądania ich w takiej sytuacji nie jest wskazane. Również może nie być możliwe określenie płci dziecka. Wówczas, jeśli pacjentka pragnie poznać płeć nienarodzonego dziecka, należy odpowiednio wcześniej poinformować ją o możliwości wykonania badania genetycznego na jej koszt. Tkanki powinny być właściwie zabezpieczone przez szpital. Materiał biologiczny do badań genetycznych powinien być pobrany przez lekarza lub położną, umieszczony w jałowym pojemniku i zalany jałową solą fizjologiczną. Zabezpieczony materiał powinien jak najszybciej dotrzeć do placówki wykonującej badanie. Pacjentka wypełnia i podpisuje: formularze dotyczące poronienia, zgodę na badania i druk zlecenia obowiązujący w danym laboratorium (zwykle do pobrania ze strony www). Sposób dostarczenia materiału powinien zostać uzgodniony między szpitalem, rodziną i placówką.

Wykonanie badania genetycznego materiału z poronienia nie jest refundowane przez NFZ i nie wymaga skierowania od lekarza. Koszt ponosi pacjentka. Czas oczekiwania na wyniki wynosi około 2 tygodni.

Informacja o płci dziecka umożliwia szpitalowi wypełnienie karty martwego urodzenia. Na podstawie tej karty Urząd Stanu Cywilnego sporządza akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Akt urodzenia jest niezbędny do otrzymania zasiłku pogrzebowego. Warto wiedzieć, że niezależnie od czasu trwania ciąży, możliwe jest pochowanie dziecka martwo urodzonego, dla którego – wobec nieustalenia płci – nie sporządzono aktu urodzenia. W takim przypadku szpital wydaje kartę zgonu, którą uzupełnia jedynie w części przeznaczony dla administracji cmentarza. Jednocześnie warto uświadomić rodzicom, że w przypadku wypełnienia karty martwego urodzenia i karty zgonu istnieje obowiązek pochówku, niezależnie od zaawansowania ciąży. Reguluje to *Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych*.

4. Etapy żałoby

Sprawując opiekę nad osobą, która przeżywa stratę kogoś bliskiego, warto wiedzieć więcej na temat żałoby. Jest to proces psychiczny, który przebiega w sposób bardzo indywidualny. Składa się z kilku etapów trwających około 6-12 miesięcy, czasem nawet do dwóch lat.

- Pierwszy etap – trudno jest zaakceptować sytuację, jaką jest śmierć ukochanej osoby czy oczekiwanego dziecka. Pojawić się mogą: odrętwienie, szok, trudności z wyrażaniem uczuć, niepojęte wybuchy płaczu itp.
- Drugi etap – tęsknota i żal, które wiążą się z uczuciem pustki, brakiem ukochanego dziecka, tęsknotą za nim, czy też za marzeniami z nim związanymi.
- Trzeci etap – dezorganizacja. Osoba doświadcza poczucia beznadziejności, trudno jej się zaangażować w jakiegokolwiek działania. Doświadcza lęku i irracjonalnego wrażenia, że to wszystko jest jakąś przypadkową omyłką, że to zły sen. Nic nie przynosi radości.
Faza druga i trzecia mogą przez jakiś czas się przenikać.
- Ostatni etap – reorganizacja. Wiąże się odzyskaniem kontroli nad własnym życiem, akceptacją straty ukochanej osoby z jednoczesną możliwością utrzymywania o niej wspomnień.

Na każdym etapie żałoby niezbędne jest wsparcie bliskich, rodziny, przyjaciół, personelu medycznego. Jeśli to nie wystarcza i doświadczane emocje uniemożliwiają codzienne

funkcjonowanie, dezorganizując różne sfery życia, powinno się skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologa, psychoterapeuty lub lekarza psychiatry.

5. Skierowanie pacjentki do psychologa

Pacjentka powinna mieć możliwość skorzystania ze świadczeń poradni zdrowia psychicznego. Skierowanie do psychologa lub psychoterapeuty można wystawić wpisując rozpoznanie np.: F43.2 (zaburzenia adaptacyjne) lub F32 (zaburzenia depresyjne). W uzasadnionych sytuacjach warto rozważyć poinformowanie pacjentki i jej rodziny o możliwej pomocy psychologa również dla osoby bliskiej. Wykaz placówek, które mają podpisane umowy z NFZ, dostępny na stronie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ www.nfz-warszawa.pl.

Pacjentka powinna otrzymać też informację, że istnieją grupy wsparcia dla rodziców w żałobie, organizowane najczęściej przy hospicjach dziecięcych. Kontakty można znaleźć w Internecie.

6. Informacje, które mogą być istotne dla pacjentki

- W przypadku pytań dotyczących kolejnych ciąż warto pamiętać, że minimalna przerwa powinna wynosić: 3 miesiące po poronieniu wczesnym, 6 miesięcy po poronieniu późnym, około roku po porodzie przedwczesnym lub porodzie drogami natury w ciąży donoszonej, około 1,5 roku po cięciu cesarskim. Czas ten warto wykorzystać na przygotowanie do kolejnej ciąży, w tym wykonanie badań mogących zmniejszyć ryzyko kolejnej straty.
- Ochrzczyć można tylko dziecko żywe.
- Symboliczny pochówek jest możliwy również, gdy tkanki dziecka nie są kompletne (ale nie dotyczy zmienionej ciążowo błony śluzowej macicy).
- Na cmentarzach w wielu miastach (z inicjatywy parafii/diecezji, władz samorządowych i rodziców) powstają miejsca zbiorowego pochówku dzieci martwo urodzonych. W przygotowanych grobowcach zostają złożone szczątki zmarłych dzieci, których rodzice nie odebrali ze szpitala.
- Pacjentce mogą przysługiwać świadczenia wynikające z *Kodeksu pracy*, np.: urlop macierzyński, ponadto ma możliwość uzyskania zasiłku macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego. Więcej informacji o warunkach uzyska w oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

7. Jeśli towarzyszysz osobom, które utraciły dziecko:

- Pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj.
- Bądź obecny i pamiętaj, że towarzyszenie w milczeniu często jest cenniejsze niż słowa pociechy, które w sytuacji śmierci dziecka wydają się błahe.
- Podziel się swoimi uczuciami, ale nie umniejszaj ich przeżyć opowiadając o swoich lub cudzych doświadczeniach związanych ze śmiercią.
- Nie udzielaj rad, nie zacieraj śladów istnienia dziecka (nie chowaj ubranek, dziecięcych sprzętów itp.), nie odwracaj uwagi od śmierci dziecka.
- Bądź pomocny w czynnościach dnia codziennego (przygotuj jedzenie, posprzątaj, pomóż załatwić formalności urzędowe), ale nie wyręczaj całkowicie.
- Szanuj decyzje matki/rodziców, co do sposobu pożegnania dziecka (również symbolicznego).
- Nie krytykuj woli matki/rodziców.

Koniecznym jest zapoznanie się z Informacjami dla pacjentki i jej bliskich. Przekaż wydruk właściwym osobom.

8. Regulacje prawne

1. **Prawa pacjenta** – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 z późn. zm.).
2. **Urlop macierzyński** – Ustawa z dnia z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy (Dz.U.2014.1502 z późn. zm.).
3. **Świadczenia z tytułu zasiłku macierzyńskiego** – Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2014.159 j.t.).
4. **Zasiłek pogrzebowy** – Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.2015.748 j.t.).
5. **Warunki pochówku** – Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U.2011.118.687 z późn. zm.).
6. **Dokumentacja medyczna oraz wydanie dokumentów związanych z poronieniem i urodzeniem martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014.177 z późn. zm.).
7. **Sekcja zwłok dziecka martwo urodzonego** – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618 z późn. zm.).

8. **Obowiązek zgłoszenia przez lekarza lub położną urodzenia dziecka** (żywego lub martwego) – Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U.2014.1741 z późn. zm.).
9. **Wzory karty urodzenia i karty martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego dziecka (Dz.U.2015.171).
10. **Wzór karty zgonu** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U.2015.231).
11. **Nowy wzór karty zgonu** – komunikat uzupełniający Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/nowy-wzor-karty-zgonu-komunikat-uzupelniajacy>
12. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku macierzyńskiego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2014 poz. 1594 j.t.).
13. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku pogrzebowego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz.U. 2011 nr 237 poz. 1412).
14. Pismo z Ministerstwa Zdrowia kierowane do wojewodów z dnia 5 lutego 2015 r. OKR-RM.450.5.2.2015, dotyczące dokumentacji potwierdzającej urodzenie żywego lub martwego dziecka.

Stan na dzień 15 lipca 2015 r.

Załącznik 1. ANKIETA DLA PACJENTKI (wypełnia personel medyczny)

Dane pacjentki: nr ks. głównej.....
(imię i nazwisko)

Pytania wstępne:

1. Czy chciałyby Pani porozmawiać na temat tego co się wydarzyło?
tak nie nie wiem
2. Czy życzy sobie Pani porozmawiać z:
osobą bliską: tak nie nie wiem
psychologiem: tak nie nie wiem
osobą duchowną: tak nie nie wiem
3. *Czy chciałyby Pani porozmawiać na temat dziecka?*
tak nie nie wiem

Pytania zasadnicze po pozytywnej odpowiedzi na pytanie 3:

4. Czy chciałyby Pani porozmawiać o możliwości pożegnania się z dzieckiem?
tak nie nie wiem
5. Czy przed podjęciem decyzji chciałyby Pani porozmawiać z osobą bliską?
tak nie nie wiem

Pytania do pacjentki pragnącej pożegnać się z dzieckiem:

6. Czy chciałyby Pani zobaczyć dziecko?
tak nie nie wiem
7. Czy chciałyby Pani otrzymać jakąś formę pamiątki po dziecku np.: opaskę, karteczki z inkubatora?
tak nie nie wiem

Pytania końcowe:

8. Czy chce Pani jeszcze o coś zapytać?
tak nie nie wiem

Proszę podać:

9. Czy możemy jeszcze Pani w czymś pomóc?
tak nie nie wiem

Proszę podać:

10. Jeśli zmieni Pani zdanie prosimy o poinformowanie o tym personelu medycznego (położnej, lekarza, psychologa, sekretarki medycznej) bezpośrednio lub przez osobę bliską.

data, godzina

podpis i pieczętka osoby wypełniającej

Załącznik 2. ARKUSZ OCENY Rekomendacji

Arkusz oceny służy dopasowaniu Rekomendacji do warunków pracy w szpitalach. Pierwsza ewaluacja nastąpi po 6 miesiącach od przekazania materiału do oddziałów ginekologiczno-położniczych, kolejne – po roku. Prosimy o wypełnienie trzech tabel.

Prosimy o ocenę przydatności w skali od 1 do 5:

- 1 - zdecydowanie nieprzydatne
- 2 - raczej nieprzydatne
- 3 - ani przydatne ani nieprzydatne
- 4 - raczej przydatne
- 5 - zdecydowanie przydatne

W przypadku oceny równej lub niższej niż 3 prosimy o dodanie uwagi uzasadniającej.

Tabela I. Ocena Rekomendacji

Element Rekomendacji	Ocena	Uwagi / Propozycje zmian
Ankieta dla pacjentki		
Wskazówki dla personelu medycznego		
Arkusz oceny Rekomendacji		
Informacje dla pacjentki i jej bliskich		

Tabela II. Liczba i rodzaj zdarzeń

Przyczyna	Tydzień ciąży							
	do 16	17-22	23-28	29-34	35-36	37-40	>40	Łącznie
Wada płodu lub zaburzenie genetyczne								
Obumarcie wewnątrzmaciczne								
Zdarzenie samoistne								
Indukcja ze wskazań matczynych								
Indukcja ze wskazań innych								
Łącznie								
Uwagi								
Liczba pacjentek korzystających z porady psychologa								
Liczba pacjentek korzystających ze wsparcia osoby duchownej								
Łącznie								

Tabela III. Warunki organizacyjne

Dostępność*	Tak - zawsze, codziennie	Tak - czasami, w określone dni tygodnia	Tak - na wezwanie	Nie
Oddzielnych pomieszczeń do pożegnania się				
Psychologa w szpitalu				
Psychologa w poradni przyszpitalnej				
Lekarza				
Położnej				
Osoby duchownej				
Co warto zmienić, co stanowi problem? (krótki opis)				

* Proszę podać liczbę przypadków

Informacje dla PACJENTKI I JEJ BLISKICH

Śmierć jest częścią życia każdego z nas, ale na co dzień trudno nam o niej mówić, a nawet myśleć, zwłaszcza jeśli dotyczy dziecka. Utrata bliskiej osoby jest najtrudniejszym doświadczeniem, jakiego doznajemy w życiu. Gdy umiera dziecko, świat jego rodziców zmienia się. Nie ma znaczenia, czy miało ono kilka tygodni czy miesięcy, zmarło w łonie matki czy tuż po swoich narodzinach. Nie jest ważna również przyczyna.

Odczucia rodziców po utracie dziecka są podobne. Rozpadają się marzenia, plany, nadzieje pokładane w maleństwie. Uczucie pustki, żal, złość, poczucie niesprawiedliwości i doznanej krzywdy są naturalną reakcją. Pozwól sobie na przeżywanie żałoby.

Możesz poprosić personel o informacje dotyczące możliwości pożegnania się z dzieckiem oraz o zabezpieczenie pamiątek po nim. Zapytaj jakie prawa przysługują Ci w związku ze stratą dziecka. Pamiętaj, że nikt dokładnie nie wie co czujesz, ale wiele osób jest w stanie wyobrazić sobie, co może znaczyć śmierć dziecka. Może pomoże Ci obecność kogoś bliskiego, psychologa czy osoby duchownej. Powiedz o tym opiekującemu się Tobą personelowi medycznemu.

Nie bój się okazywać swoich uczuć. Śmierć dziecka jest jednym z najcięższych doświadczeń, z jakimi będziesz musiała nauczyć się żyć. Nie można o tym zapomnieć, zając się pracą, zastąpić zmarłe dziecko innym. To po prostu trzeba przeżyć. Nikt nie jest też w stanie odpowiedzieć na pytanie „dlaczego to mnie spotkało?” lub „czy można było temu zapobiec?”. Być może z czasem odnajdziesz sens tych trudnych doświadczeń.

Możesz szukać informacji w Internecie wpisując w wyszukiwarkach hasła „poronienie”, „dlaczego”, „dzień dziecka utraconego”.

1. Etapy żałoby

Żałoba to proces psychiczny, który przebiega w sposób bardzo indywidualny. Składa się z kilku etapów trwających około 6-12 miesięcy, czasem do dwóch lat.

- Pierwszy etap – trudno jest zaakceptować sytuację, jaką jest śmierć ukochanej osoby czy oczekiwanego dziecka. Pojawić się mogą: odrętwienie, szok, trudności z wyrażaniem uczuć, niepohamowane wybuchy płaczu itp.
- Drugi etap – tęsknota i żal, które wiążą się z uczuciem pustki, brakiem ukochanego dziecka, tęsknotą za nim, czy też za marzeniami z nim związanymi.
- Trzeci etap – dezorganizacja. Osoba doświadcza poczucia beznadziejności, trudno jej się zaangażować w jakiegokolwiek działania. Doświadcza lęku i irracjonalnego

wrażenia, że to wszystko jest jakąś przypadkową omyłką, że to zły sen. Nic nie przynosi radości.

Faza druga i trzecia mogą przez jakiś czas się przenikać.

- Ostatni etap – reorganizacja. Wiąże się odzyskaniem kontroli nad własnym życiem, akceptacją straty ukochanej osoby z jednoczesną możliwością utrzymywania o niej wspomnień.

Na każdym etapie żałoby niezbędne jest wsparcie bliskich, rodziny, przyjaciół, personelu medycznego. Jeśli to nie wystarcza i doświadczane emocje uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie, dezorganizując różne sfery życia, powinno się skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologa, psychoterapeuty lub lekarza psychiatry.

1. Powinnaś otrzymać skierowanie do psychologa lub psychoterapeuty w poradni zdrowia psychicznego.
2. Wykaz placówek, które mają podpisane umowy z NFZ dostępny na stronie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ www.nfz-warszawa.pl.
3. Grupy wsparcia dla rodziców w żałobie organizowane są najczęściej przy hospicjach dziecięcych. Dane kontaktowe do nich można znaleźć w Internecie.

2. Jeśli towarzyszysz osobom, które utraciły dziecko:

- Pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj.
- Bądź obecny i pamiętaj, że towarzyszenie w milczeniu często jest cenniejsze niż słowa pociechy, które w sytuacji śmierci dziecka wydają się błahe.
- Podziel się swoimi uczuciami, ale nie umniejszaj ich przeżyć opowiadając o swoich lub cudzych doświadczeniach związanych ze śmiercią.
- Nie udzielaj rad, nie zacieraj śladów istnienia dziecka (nie chowaj ubranek, dziecięcych sprzętów itp.), nie odwracaj uwagi od śmierci dziecka.
- Bądź pomocny w czynnościach dnia codziennego (przygotuj jedzenie, posprzątaj, pomóż załatwić formalności urzędowe), ale nie wyręczaj całkowicie.
- Szanuj decyzje matki/rodziców, co do sposobu pożegnania dziecka (również symbolicznego).
- Nie krytykuj woli matki/rodziców.

3. Informacje, które mogą być istotne:

- Jeśli możliwe jest określenie płci Twojego dziecka, szpital wystawia kartę martwego urodzenia, którą przekazuje do Urzędu Stanu Cywilnego (USC). Wówczas musisz udać się do USC w celu zgłoszenia dziecka i otrzymasz akt urodzenia z adnotacją o urodzeniu martwym. Szpital na Twój wniosek wypełni także kartę zgonu, która jest niezbędna do dokonania pochówku.
- Określenie płci dziecka jest możliwe po 15-16 tygodniu ciąży (poza wyjątkowymi sytuacjami). Jeżeli niemożliwe jest określenie płci, można wykonać badania genetyczne na własny koszt (nie są refundowane przez NFZ). Wykonanie badania genetycznego materiału z poronienia nie wymaga skierowania od lekarza. Tkanki powinny być odpowiednio zabezpieczone bezpośrednio po zdarzeniu. O szczegóły zapytaj personel medyczny. Czas oczekiwania na wyniki wynosi około 2 tygodni. W tym przypadku dokumenty do Urzędu Stanu Cywilnego wypełniane są po otrzymaniu wyniku badania genetycznego.
- Gdy nie jest możliwe określenie płci dziecka, szpital nie wystawia karty martwego urodzenia. Nie ma wówczas możliwości zgłoszenia urodzenia do USC. Masz jednak prawo do dokonania pochówku. Należy w tym celu złożyć wniosek do szpitala o wydanie karty zgonu, którą ten uzupełnia w części przeznaczony dla administracji cmentarza.
- Symboliczny pochówek jest możliwy również, gdy tkanki dziecka nie są kompletne (ale nie dotyczy zmienionej ciążowo błony śluzowej macicy).
- Na cmentarzach w wielu miastach (z inicjatywy parafii/diecezji, władz samorządowych i rodziców) powstają miejsca zbiorowego pochówku dzieci martwo urodzonych. W przygotowanych grobowcach zostają złożone szczątki zmarłych dzieci, których rodzice nie odebrali ze szpitala.
- Ochrzcić można tylko dziecko żywe.
- W przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży masz prawo do urlopu i zasiłku macierzyńskiego oraz do zasiłku pogrzebowego. Dowiedz się w swoim oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jakie warunki musisz spełnić, aby otrzymać powyższe świadczenia.
- Jeśli pojawiła się laktacja, koniecznie powiedz o tym lekarzowi lub położnej.
- Przy planowaniu kolejnych ciąż warto pamiętać, że minimalna przerwa powinna wynosić: 3 miesiące po poronieniu wczesnym, 6 miesięcy po poronieniu późnym, około roku po porodzie przedwczesnym lub porodzie drogami natury w ciąży donoszonej, około 1,5 roku po cięciu cesarskim. Czas ten warto wykorzystać na przygotowanie do ciąży, w tym wykonanie badań mogących zmniejszyć ryzyko kolejnej straty.

4. Regulacje prawne

1. **Prawa pacjenta** – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 z późn. zm.).
2. **Urlop macierzyński** – Ustawa z dnia z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy (Dz.U.2014.1502 z późn. zm.).
3. **Świadczenia z tytułu zasiłku macierzyńskiego** – Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2014.159 j.t.).
4. **Zasiłek pogrzebowy** – Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.2015.748 j.t.).
5. **Warunki pochówku** – Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U.2011.118.687 z późn. zm.).
6. **Dokumentacja medyczna oraz wydanie dokumentów związanych z poronieniem i urodzeniem martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014.177 z późn. zm.).
7. **Sekcja zwłok dziecka martwo urodzonego** – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618 z późn. zm.).
8. **Obowiązek zgłoszenia przez lekarza lub położną urodzenia dziecka (żywego lub martwego)** – Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U.2014.1741 z późn. zm.).
9. **Wzory karty urodzenia i karty martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego dziecka (Dz.U.2015.171).
10. **Wzór karty zgonu** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U.2015.231).
11. Nowy **wzór karty zgonu** – komunikat uzupełniający Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/nowy-wzor-karty-zgonu-komunikat-uzupelniajacy>
12. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku macierzyńskiego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2014 poz. 1594 j.t.).
13. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku pogrzebowego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz.U. 2011 nr 237 poz. 1412).
14. Pismo z Ministerstwa Zdrowia kierowane do wojewodów z dnia 5 lutego 2015 r. OKR-RM.450.5.2.2015, dotyczące dokumentacji potwierdzającej urodzenie żywego lub martwego dziecka.

Stan na dzień 15 lipca 2015 r.