

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során

Készítette: a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium
és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet

1. Alapvető megfontolások

1.1. A perinatális halál definíciója és jellemzői

Az orvosi gyakorlatban akkor beszélünk perinatális halálról, amikor az újszülött élve született, azonban a szülést követő 168 órán belül meghalt, illetve amikor a 24. gesztációs hét után az 500 gr vagy nagyobb súlyú, a legalább 30 cm hosszúságú magzat méhen belül elhalt (30). Pszichológiai értelemben gyermekünkhöz fűződő kapcsolatunk különbözik szüleinkhez, testvéreinkhez, házastársunkhoz fűződő kapcsolatunktól. A perinatális halál sokszoros veszteséget és frusztrációt okoz a szülőknek. Ebből fakad a perinatális halált követő gyász speciális jellege is.

A perinatális gyászfolyamat jellemzői a következők (17, 20):

- A veszteséget súlyosbítja, hogy a halotról nincsenek konkrét emlékképek, emléktárgyak
- A testi-lelki szimbiozis miatt felerősödik a veszteség nárcisztikus jellege
- A halál szétrombolja a szülők kompetenciaérzését
- Extrém módon felerősödhet az önvád, a bűntudat és a harag érzése
- Sérül a szülők jövőképe, közös jövőjük egy részének az elvesztésével elveszítik a sérthetlenség érzését is
- A társadalomban meglévő tabuk miatt a gyászoló szülőket kommunikációs zárlat veszi körül. Emiatt sokszor a gyászolóknak járó minimális társas támogatást sem kapják meg
- Az anyai pszichés és hormonális állapot váratlan és túlfokozott reakciókhoz, súlyos pszichés zavarok kialakulásához vezethet.

1.2. A perinatális halál pszichológiai következményei

A témában született tanulmányok alapján azt mondhatjuk, hogy a perinatális halál traumája hosszú távú negatív hatást fejt ki a család egészére (1, 14, 15, 17, 38). A gyermek halálát követően a depresszív hangulat, a szorongás, a feszültség, alvás- és étkezési zavarok és a halott gyermekkel kapcsolatos hallucinációk a súlyos stresszre adott normál pszichés válaszok közé tartoznak (15, 17). Bár az apák hangulatzavara kevésbé intenzív, náluk azonban gyakrabban fordul elő a stressz alkohol segítségével történő csökkentése. A pszichés tünetek súlyossága egy év alatt csökken, de minden 5. nőnél 12 hónapon túl is megmaradnak (14). A gyermekhalált követő várandósság alatt a nők 20%-ánál poszttraumás stressz zavar (PTSD) alakul ki. Ennek a kórképnek a normál populációban megfigyelhető előfordulása 0,4-4,6% (3, 7, 8, 15). A jól körülírható tünetegyüttes pszichésen traumatikus, a személyre, a családra, annak barátjára közvetlen vagy közlő veszélyt, súlyos sérülést, halálos fenyegetést jelentő eseményekre adott reakciók összessége. Jellemzői a traumatikus esemény újraélése, az azzal kapcsolatos élmények elkerülése, csökkent válaszkészség, fokozott szorongás, bűntudat. Ki kell emelnünk, hogy perinatális halál után növekszik a poszt-partum pszichózis előfordulásának a kockázata is.

A testvérek – az anyai szorongásból eredően – érzékenyebbeké válnak későbbi pszichológiai problémákra, serdülőkori szorongásos zavarokra (13, 22, 36, 37). A perinatális halált követő várandósságból született gyermekeknél lényegesen gyakoribb az anya-gyermek kapcsolat zavara, amely nemcsak az anyai szorongásnak, depresszióknak a következménye, hanem a megoldatlan szülői gyász velejárója (13, 14). Ez a kisgyermekkor, sérült kötődési minta az oka a későbbi kedvezőtlen pszichés fejlődésnek és a serdülőkori viselkedészavaroknak. Ugyanakkor az elszenvedett trauma hatására torzul a szülők gyermekükkel kapcsolatos viselkedése is. Sokszor maladaptív, túlóvó szülői magatartás alakul ki. Az egész család életét megkeserítő játszmák jöhetnek létre a családi titok megtartása, illetve a családtagok egészségének megőrzése köré (22).

1.3. A perinatális halált követő gyászfolyamatot meghatározó tényezők

- A halál körülményei, helyszíne (hányadik gesztációs héten történt, otthon vagy kórházban, teljesen váratlanul vagy baljós jeleket követően)
- A gyászoló kapcsolata a meghalt gyermekkel (látta-e, megérintette-e, volt-e saját temetés, búcsúszertartás)

- A gyászoló személyisége (életkora, neme, a gyermekhalált megelőző veszteségélményei, mentális és egészségi állapota, vallásossága, problémahelyzetekben alkalmazható megküzdő stratégiái)
- Társas támasz (házastársi kapcsolat minősége, gyógyító személyzet támogató munkája, szociális háló szerepe)

A perinatális halált valószínűleg csak nagy pszichés sérülésekkel tudják feldolgozni azok az anyák, akik:

- idősebbek, kisebb az esélyük egy későbbi, egészséges szülésre
- nem vallásos meggyőződésűek
- egy vagy több gyermekük már van, a napi rutin miatt elenyésző idő jut saját érzéseik megélésére, a gyászra
- tagadják, hátrítják a gyermek halála okozta veszteségeket
- a halál verbális feldolgozására családon belül nincs lehetőségük
- a halál előtt is szegényesek voltak megküzdő stratégiáik
- a halált követően romlott ezek hatékonysága, illetve általános egészségi állapotuk.

1.4. Magyarországi helyzetkép (epidemiológiai, morbiditási, mortalitási adatok):

Magyarországon 2008-ban a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint magzati halálozás 17 714 esetben, magzati veszteség összesen 61 803 számban történt (ebből 44 089 művi abortusz). A hat napon belüli halálozások száma 270 (23).

2. Az irányelv alkalmazási területe, célcsoportjai

2.1. Az irányelv bevezetésének alapfeltételei

Alapvető feltétele a irányelv alkalmazásának, hogy a személyzet adekvát segítséget tudjon adni, átlátva a helyzet pszichoszociális jellegzetességeit, involvált és empatikus legyen, de védje magát az erős distressztől, a kiegész veszélyétől. A szülészeti, neonatológiai és területi munkában részt vevők képesek legyenek megfelelően kezelni a szülői gyászt. A konkrét munkában nincs szükség komplex pszichoterápiás beavatkozásra, inkább exploráció, pszichoedukatív foglalkozás, habilitációs tanácsadás, utánkövetés történik. Ez alapvetően fontos a szülők mentális egészsége szempontjából, hiszen ott kapnak hatékony segítséget, ahol a tragédia történt. Szakemberhez való továbbküldésre csupán a gyászfolyamat patológiás torzulása esetén van szükség.

A várandósság hónapjaiban és szüléskor, illetve a koraszülést követően a kismama/gyermekágyas terhesgondozói felügyelet alatt áll. Így, amennyiben ebben az időszakban történik a magzat/újszülött halála, a szülők intézményesen kaphatnak segítséget a veszteség fájdalmas feldolgozásában. A hazabocsátás után viszont az asszony csak érintőlegesen és véletlenszerűen áll orvosi ellenőrzés alatt. Ekkor a szülői gyász elősegítése, támogatása leginkább a védőnői szakmai kompetenciájának körébe tartozik. Ő az, aki a primer, illetve szekunder prevenció területén a leghatékonyabb munkát tudja végezni (28).

Ki kell emelni, hogy mind az intézményes, mind a védőnői szférában a gyászoló szülők és a szakemberek között kulcsfontosságú a bizalmi kapcsolat. Csak ebben kerülhet sor a normál gyászfolyamat elősegítésére, az esetleges problémák korai felismerésére, megoldására. Ezzel megakadályozhatók a rövid és hosszú távú negatív következmények, tragédiák.

2.2. Az irányelv célcsoportjai

A gyászoló anya gondozásában számos szakember összehangolt munkájára van szükség.

A team tagjai: szülész-nőgyógyász, neonatológus, gyermekorvos, házi orvos, szülésznő, csecsemőgondozó, szakápoló, szociális munkás, mentálhigiénikus szakember, védőnő, asszisztens, pszichológus, gyásztanácsadó, konzíliárus szakember (belgyógyász, aneszteziológus, pszichiáter), kórházi lelkész. A szupportív munkát mindaddig a várandós gondozását végző, és/vagy szülést vezető szülész-nőgyógyász szakorvos irányítja, amíg a gyászmunka normál mederben zajlik. Patológiás gyászfolyamat esetén a team tagjainak munkáját a klinikai szakpszichológus fogja össze és irányítja.

2.3. Érintett alkalmazási területek

- A) Kórház, klinika – szülészeti intézmény, neonatális intenzív centrum (NIC)
 - Szülőszoba
 - Gyermekágyas kórházi ellátásában résztvevő osztály
 - Neonatális intenzív centrum, újszülött osztály

- B) A gyermekágyas területi ellátásában résztvevő intézmények
Gyermek- és felnőtt háziorvosi rendelő
Pszichológiai, pszichiátriai ambuláns szakrendelés

3. Az irányelvfejlesztéssel kapcsolatos információk

Az irányelv fejlesztésében részt vettek a DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika szakemberei és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet szakemberei.

3.1. Irányelvfejlesztés módszerei

A fejlesztés során az alábbi módszertani ajánlásokat vettük figyelembe:

Szakmai irányelvek

- Szülészeti Nőgyógyászati protokoll
Szerkesztő: Prof. Dr. Papp Zoltán 2002.
- Klinikai pszichológiai feladatok a szülészeti-nőgyógyászati betegellátás során
Szerkesztette: Dr. C. Molnár Emma, Dr. Szeverényi Péter, Dr. Forgács Attila, 1999.
- A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban
Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2004.
- Védőnői Ellátási Standardok Kézikönyve 1.0
Egészségügyi Minisztérium 2005.

3.2. Nyilatkozat: Az irányelv fejlesztéséhez szponzorok nem járultak hozzá.

3.3. Az irányelv készítésében, véleményezésében részt vevő szakmai kollégiumok, szakmai szervezetek

Az irányelv a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, a Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium, a Védőnői Szakmai Kollégium és a Házi Gyermekorvosok Egyesületének egyetértésével készült.

4. Az irányelv leírása

4.1. Az irányelv célja

Közismert a XXI. század társadalmának halált tagadó attitűdje. A halál és a gyász társadalmi tabu. Különös veszélyt rejt, ha feszültségektől terhes, túlhajszolt, problémákat hátrító mindennapjainkban a halállal kell szembenéznünk. Csekély ismerettel rendelkezünk a normál gyászfolyamatról, a patológiát jelző, veszélyeztető tényezőkről, a gyászolók támogatásáról, a megelőzésről. Ebben a társadalmi légkörben kiemelkedően fontos szerepet kell, hogy kapjon az ismeretek bővítése, a felvilágosítás. A nemzetközi gyakorlatban egyre elterjedtebbé válik, hogy a különféle prevenció programokat hatékonyságvizsgálatok kísérik. Fontos lenne tehát a különböző szakemberek összefogásával olyan igazoltan jól működő gyászmunkát támogató prevenció programok kidolgozása, amelyek képesek a szakemberek és a lakosság halállal, gyással kapcsolatos attitűdjének a befolyásolására.

A személyzet szakmai és emberi munkáját támogatja a szakmai útmutatás, az irányelv. A gyászmunka támogatásában, a szülők segítségével ma már hazánkban is sok szakember, sok-sok lépésben vesz részt. Ezek közül a lépések közül utólag sok nem vagy csak alig korrigálható. Éppen ezért 1985 óta számos országban szakmai útmutatót, irányelvet állítottak össze a perinatális veszteséggel kapcsolatban (1, 4, 5, 6, 16).

Szülés körüli halál esetén a szülész szakmailag és emberileg is nagyon nehéz helyzetben van, és erre a képzése során nem készítik fel (16). Medikusokat és ápolókat megkérdezve azt a választ kapjuk, hogy tanulmányaik során nem vagy csak nagyon keveset foglalkoztak általában a halál, a gyász témakörével. A 4600 órás ápolóképzésben és a 7000 órás orvosi curriculumban a halállal kapcsolatos ismeretek óraszámja nem éri el az 1%-ot sem (11). A perinatális halál körüli speciális teendőkre pedig a szülészek 60%-a szerint egyáltalán nem készítették fel őket (40).

Ugyanakkor fel kell hívni a figyelmet az irányelvek esetleges veszélyeire is. A személyzet az irányelv valamennyi lépését kötelezőként foghatja fel, a szülők egyéni igényeitől, empatikus kapacitásától függetlenül. Problémát okozhat, ha az irányelvet egyetlen helyes gyakorlatnak érzi a szakember, így rossz hatást válthat ki. Merevségével csökkentheti a személyzet szorongását, de figyelmét is pontosan azoknál a szülőknél, akik több érzékenységet és gondoskodást igényelnének. Ahogy Leon mondja: „Az irányelv nem hoz létre empátiát, ha az alkalmazók hiányát szenvedik ennek” (36).

4.2. Bevezetés

4.2.1. A perinatális veszteség

A perinatális halál során a gyermek tudatos vállalásával elinduló lelki folyamatok drasztikusan megszakadnak és ez súlyosan traumatizálja a szülőket, gyakran patológiás gyászmunkát indítva el. Ennek ellenére hazánkban a gyermekvárással összefüggő veszteségek lelki következményeivel, a szülők segítségével csak a 90-es évek közepétől foglalkozunk. A perinatális halál személyzetre gyakorolt hatását a nemzetközi irodalom is ritkábban érinti, Magyarországon pedig gyermekcipőben jár ez a terület. Az első hazai kutatásoknak köszönhetően annyit tudunk, hogy az egészségügyi személyzet halálfélelme fokozott, halálhoz való viszonya eltér az „átlag emberétől”. A szülés körüli halál érzelmileg megterhelő helyzetében még nagyobb jelentősége van a szakmai iránymutatásnak, egy szakmai irányelvnek, amely megfogalmazza a szülők számára legoptimálisabb teendőket, körvonalazza feladatainkat.

A gyermek halálát követő gyász pszichológiai szempontból különösen nehéz feladat elé állítja a szülőket (20, 39). A szülők felépülését számos tényező befolyásolja (9, 14, 15, 21):

- A halál tényének a közlése; az információk strukturálása, és az információközlés módja
- A diagnózis közlése és a szülemegindítás között eltelt idő tartama
- A szülők kapcsolata a meghalt gyermekkel (látták-e, kézbe vették-e, búcsúszerartás volt-e)
- A perinatális halált követő újabb terhesség vállalásáig eltelt idő tartama

4.2.2. A halál tényének a közlése; az információk strukturálása, és az információközlés módja

- Ki informál?

A halál tényét 22 perinatális halál során 19 anya az orvostól, 2 anya a szülésznőtől, 1 pedig más szakembertől hallotta.

Leggyakrabban az orvosra hárul a halál tényének a közlése (43).

- Mikor informál?

Az orvosok 92%-a azonnal informálja az anyát, nem vár hozzátartozó megérkezésére (40).

- Hogyan informál?

Azzal a móddal, ahogy közölték a szülőkkel a rossz hírt, 1978-ban még az anyák fele elégedetlen volt; 1999-ben 82%-uk elégedett volt a közlés módjával (10).

- Az informáló személy viselkedése

Negatív tapasztalatot legtöbbször az okozott, hogy az orvos viselkedését hidegnek, közönyösnek érezték. Az orvost az apák sokkal érzéketlenebbnek látják, mint az anyák (43).

- A közlés hosszú távú hatásai

A halál tényének a közlése hosszútávon meghatározza a szülői gyászt. Mindkét szülő évekkel később is szó szerint képes felidézni az orvos szavait (43)!

Éppen ezért ma már az irodalom is próbál segítséget nyújtani abban, hogy pszichológiai szempontból hogyan lehet „jól” megoldani a rossz hír közlését (26, 34).

4.2.3. A diagnózis közlése és a szülemegindítás között eltelt idő tartama

- A halál tényének a közlése és a szülemegindítás között eltelt idő

Több tanulmány felhívja a figyelmet ennek fontosságára (10, 15, 32, 33, 36, 41, 43).

- Tölthető-e idő otthon a szülemegindításáig?

Hatékonyan csökkenteni tudja a szülőknél a káosz érzését, a pszichés krízist, ha a szülemegindításig – szakmai szempontokat figyelembe véve, igény szerint – otthon tölthetik az időt (10, 42).

- Az indukció időzítése

A szülések csaknem fele szerint az indukciót 24 órán belül kell elkezdni. 40%-uk szerint viszont ennek nincs jelentősége – a pszichológiai támogatás része lehetne, hogy az indukció időzítésével a szülői igényekre is figyelünk (40, 43).

- 24 órán túli indukció pszichés következményei

Amennyiben az indukcióig több mint 24 óra telt el, a halál után 3 évvel az anyáknál magasabb szorongásszintet mértek (15).

4.2.4. A szülők kapcsolata a meghalt gyermekkel (látták-e, kézbe vették-e, búcsúszertartás volt-e)

- A perinatális gyász jellegzetességei

A perinatális gyász speciális jellege abból fakad, hogy a szülők életüknek, testüknek egy olyan fontos részét veszítik el, akihez még emlékek, emlékképek, emléktárgyak nem kötődnek. Ezért jelent pszichológiai szempontból nagy segítséget a szülők számára, ha találkozhatnak meghalt gyermekükkel (17, 18, 36, 42).

- A halott gyermek megmutatásának kérdése

Hazánkban a szülészeti intézmények 9%-ában nem mutatják meg a halott gyermeket, illetve 71%-ában csak akkor, ha a szülők ezt kifejezetten kérik (38). Ezzel szemben a külföldi gyakorlat az, hogy a szülők szinte 100%-ban még fényképet is készítenek a halott gyermekről, ikerpárok esetén az élő és a halott gyermekről közösen (10, 27, 31). Biztosítsunk lehetőséget – amennyiben igény van rá – a helyi körülményeknek megfelelően a patológiai osztályon történő megtekintésre.

- A halott gyermekkel töltött idő

A halott gyermekkel töltött idő nagyon tág határok között mozog, az igényelt idő együtt nő a gyermek születési súlyával (43).

- A következő terhesség

A következő terhesség alatt a depresszió és a szorongás magasabb lehet azoknál az anyáknál, akik látták és kézbe vették meghalt gyermeküket. Azoknál tapasztalták ezt, akik több időt szerettek volna a halottal együtt lenni, mint amennyit az intézmény biztosított a számukra. Maguk a szerzők hívják fel a figyelmet arra, hogy a pszichés krízisben a nő döntését, miszerint „szeretné” vagy „nem szeretné” látni halott gyermekét, személyiségfaktorok határozzák meg, amelyeket a tanulmány nem vizsgált. (14, 15). Nagy gondot kell arra is fordítani, hogy a szülőknek hogyan mutatják meg a halott gyermeket.

- A gyász rítusainak szerepe

Társadalmunkban a halottkultusz rítusai, hagyományai (siratás, halottas menet, ravatalkép, halotti tor) lehetőséget biztosítottak a gyászolóknak érzelmi megélésére (2, 12, 19, 35). Mára ezek a hagyományok elhalványultak, a helyükbe lépő „internetes sírhelyek” szakmai megítélése pedig nem egységes.

- Búcsúszertartás pozitív hatásai

A külföldi tanulmányok adatai szerint 1990-ben a szülők 29%-a, 1995-ben már 73%-a választotta a búcsúszertartás lehetőségét és 5 évvel a haláleset után is jónak érezte ezt a döntését (10). A szülők elégedettebbek, ha már az intézetben találkoznak hivatásos segítővel, ha kapnak emléket a gyermekről, magyarázó kiadványt a történetéről és tartottak búcsúszertartást (15).

4.2.5. A perinatális halált követő újabb terhesség vállalásáig eltelt idő tartama

- A perinatális halál után túlságosan korán vállalt terhesség pszichés következményei a gyermekre tekintettel

A perinatális halált túlságosan korán követő újabb terhesség meggátolja a gyázmunkát és kóros lelki folyamatokat indít el az anyában.

A perinatális halált gyorsan követő terhességből született csecsemőknél gyakoribbak a kötődési és később a viselkedési zavarok. Ez nem csak az anya esetleges depressziójának, hanem a terhesség miatt elnyomott, megoldatlan gyásznak is lehet a következménye (13, 14).

Az újabb terhességből született gyermekek a „pót-gyermekek”, akik azért születtek, hogy pótolják meghalt testvérüket. A velük szemben felállított szülői elvárásoknak szinte lehetetlen megfelelni, így nem véletlen, hogy ezek a gyermekek serdülőkorukban sokkal gyakrabban szenvednek viselkedés- és személyiségzavarokban (37).

- A perinatális halál után túlságosan korán vállalt terhesség pszichés következményei az anyára tekintettel
A 12 hónapon belül vállalt újabb terhesség alatt kórosan magas a depresszió, a szorongás. Gyakrabban alakul ki az anyában PTSD. Ez a magzat számára is káros (7, 13, 14, 15, 20, 41). Jótékony hatású, ha a terhesség vállalásával 1 évet várnak a szülők.
- A fel nem dolgozott gyász következményei, intézményi lehetőségek
A fel nem dolgozott gyász fokozott veszélyeket rejt magában. Ennek ellenére hazánkban van olyan szülészeti intézmény, ahol a gyermekét elvesztő anyával senki nem foglalkozik, mert „nincs ilyen tevékenység”. Az intézmények 32%-ában az utógondozás kérdése sincs megoldva, ha igen, ezt a feladatot leginkább a védőnő vállalja magára (38).

4.3. Általános szempontok: normál és patológiás gyász

A gyászreakció

A lelki egyensúlyvesztés egyik legsúlyosabb formája a veszteségélmény, hiszen minden veszteség során énünkől, életünkől is elvesztünk egy darabot (2). A gyászreakció nem más, mint az elszenvedett veszteség miatt érzett fájdalom emocionális, kognitív és viselkedésbeli megnyilvánulása (19). A gyázmunka pedig a lelki krízisnek a feldolgozása, a gyász egyénenként megélt, változó folyamata.

Normál és patológiás gyász

A pszichológiai vizsgálatoknak köszönhetően ma már biztonságosan elkülöníthető a normál és a patológiás gyászmechanizmus (2, 19, 32, 33). A veszteséget követő gyász egészséges formája jól kontrollálható és általában 6-12 hónap alatt lezajlik. Ezzel szemben a gátolt, patológiás gyász nem szolgálja a veszteség feldolgozását és későbbi testi-lelki problémák kiindulópontja lehet.

4.3.1. A normál gyászreakció jellemzői:

- Dermedtség, sokk, tompa érzelmek
- Az önértékelés időszakos elvesztése
- Harag, agresszió, szorongás
- Csökkent koncentrációs képesség
- Féktelen hangulatváltozások
- A halottal való gondolati elmélyülés, vele való foglalkozás
- A halott személlyel kapcsolatos illúziók, hallucinációk jelentkezése, különösen az elalvás előtti időszakban
- Alvás- és étkezési zavarok
- Elzárkózás, a magány keresése.

A gyászt a megoldást hozó akut és krónikus szakaszok folyamataként írhatjuk le. Ezek a szakaszok az irodalmi közlések szerint különbözőek lehetnek:

- Megrázkódtatás, a sokk szakasza – a tagadás néhány órától két hétig is fennmaradhat
- Kutatás, a sóvárgás szakasza – állandó vágyakozás a halott után; hallucinációk is előfordulhatnak
- Dezorganizáció szakasza – hat hónaptól akár egy évig is tarthat a csökkent önértékeléssel, céltalansággal, társas visszavonulással jellemezhető időszak
- Újraszerveződés, a megnyugvás szakasza – kialakul a halál elfogadása, a családi kapcsolatok stabilitása, a múlt helyett a jelennel való foglalkozás képessége.

Más felosztás szerint is tagolhatjuk a gyászfolyamatot (33):

- Anticipációs gyász – a hozzátartozók már előre foglalkoznak az esetleges halál tényével
- Sokk – gyakori az ilyenkor adott „nem hiszem el” válasz
- Kontrollált szakasz – erős önkontroll figyelhető meg, ami sok esetben a temetés után megszűnik
- Tudatosulás – sok esetben még ambivalencia jellemzi
- Átdolgozás – a gyászoló emlékeiben egyre több lesz a szép emlék
- Adaptáció – a gyászoló egyre inkább képes kifelé fordulni.

4.3.2. A patológiás gyászfolyamat jellemzői

A patológiás gyász a normál gyászfolyamatban megfigyelhető szakaszok tagadását, gátolt vagy éppen prolongált, időben kitolt voltát jelenti. Problémát jelezhet röviddel a halál után a gyász teljes hiánya, de az is, ha évekkel a halál után is az akut gyász jelei láthatók.

A patológiás gyászreakcióban a normál gyász tüneteivel mellett jellemző lehet:

- Bűntudat, önvád felerősödése
- Izgatottság és szorongás, pánik epizódjainak a váltakozása
- Fokozott önsajnálát
- Fokozott regresszió.

Jellemző lehet továbbá a halál tagadása (pl. a haláleset évfordulójának elfelejtése), a halálról szóló témák, beszélgetések túlzott és folyamatos kerülése, a fájdalom kifejezésének tartósan fennálló hátrítása, illetve képtelensége, az örömforrások (pl. szex, szerencsejátékok) a mindennapi élet egyéb tevékenységeit tartósan háttérbe szorító keresése és gyakorlása, élvezeti szerek (cigaretta, kábítószer, gyógyszerek) mértéktelen használata. Gyakori a külső segítség folyamatos és ingerült elhárítása, jelentős mértékű izoláció, hosszú ideje fennálló depresszió, illetve apátia, tartósan és többször jelentkező szuicid fantáziák, pszichiátriai vagy pszichoszomatikus betegségek. Jellemző továbbá a hirtelen karakterváltozás, hosszan fennálló valóságérzékelési zavarok: derealizáció, depersonalizáció, hallucináció. Túlzott félelem a haláltól, betegségektől, balesetektől, utazástól, tartós alvászavarok, túlzott és tartós aktivitás, szélsőséges idealizálása az elhunytaknak, tartós jelenléte és túlzott mértéke a gyász testi és pszichés tüneteinek.

A komplikált gyászreakcióban kórosan felerősödik a pszichés trauma és depresszív tünetek kísérik a folyamatot. 1-2 évvel a halál után még mindig megfigyelhetők ezek a jelzések. A veszteség feldolgozásához ajánlott professzionális segítő (gyásztanácsadó, szociális munkás, pszichológus, mentálhigiénikus, pszichoterapeuta) tanácsát is kikérni.

1. A pszichés trauma felerősödését jelzik:
 - A halottal kapcsolatos intenzív gondolatok, képek, emlékek
 - Erős érzelmi reakciók (sírás, dermedtség, álomból való felriadás)
2. Depresszív tünetek:
 - A munka, a háztartás feladatainak elhanyagolása, negálása
 - Szegényes személyes higiéné
 - Erőtlenség, motivációhiány
 - Magány, üresség érzése
 - Csökkent önértékelés, önvádlás
 - Nem szokványos alvászavarok

4.3.3. Patológiás gyászt kiváltó tényezők

Alapvetően három olyan körülmény van, ami növeli a patológiás gyászfolyamat előfordulását. Ezek a következők:

- Túlságosan szoros a kapcsolat a meghalt és a hozzátartozó között. Ilyenkor a krónikussá váló sóvárgás szakasza jelenthet bajt, kialakulhat a realitás teljes tagadása.
- A veszteség hirtelen, váratlanul következik be. Ilyenkor nincs idő az ún. „anticipációs gyászra”. Veszélyt a gyászoló számára a krónikussá váló szeparációs szorongás jelenthet.
- Ambivalens, intenzív érzelmek fűzték a gyászolót a halotthoz. Gyakran felerősödik az önvádlás, és depresszióba hajló gyászmunkát látunk.
- Ez a három, patológiát előidéző tényező szülés körüli gyermek elvesztés során szinte mindig együtt jelentkezik. Ennek ismeretében azt mondhatjuk, hogy a perinatális halál pszichológiai szempontból különösen traumatizáló (9, 17).

5. Ajánlások: Perinatális halál esetén szükséges tennivalók

Az alábbi konkrét tennivalókat ajánlásként kell tekinteni, amiket mindig, minden esetben az illető szülők számára személyiségükhöz, iskolázottságukhoz, vallásukhoz, kultúrájukhoz, érzelmi állapotukhoz igazodó módon, érthető és felfogható formában kell megvalósítani az alkalmazási területeken.

Fontos kiemelni, hogy a segítő személy érzelmi attitűdje egyedülálló módon képes minimalizálni a komplikált gyász veszélyét és tudja facilitálni a normál mederben zajló szülői gyászt (25).

5.1. Kórház, klinika – szülészeti intézmény, neonatális intenzív centrum (NIC)

A halál tényének a közlése

1. Információt mindig humánus módon, nyugodt környezetben, támogató hozzátartozó jelenlétében adjunk. Teremtsük meg a személyes, biztonságos és zavarásmentes környezetben történő beszélgetés feltételeit.
2. Gondoljunk arra, hogy ez a közlés hosszú távon meghatározza a szülői gyászt. Készüljünk fel arra, hogyan lehet „jól” megoldani a rossz hír közlését.
3. Teremtsünk elég időt az információk közlésére, ne rohanjunk.
4. Győződjünk meg arról, hogy a szülők az adott felvilágosítást, tájékoztatást pontosan megértették.
5. Tapasztalatok szerint leginkább az orvos hideg, közönyös viselkedése vált ki a szülőkben negatív érzéseket. Ezért ne legyünk hivatalosak, távolságtartóak.
6. Az orvos legyen tisztában saját érzéseivel, tudja ezeket kontrollálni. Vegye észre, ha túlságosan involválódik a helyzetben; ez megakadályozza a hatékony segítségnyújtást.
7. A gyermekhalál emberi és szakmai szempontok szerint is többszörösen terhelt helyzetében tudatosan kerüljük a személyzet részéről megnyilvánuló tipikus „rossz” reakciókat:
 - „agyonhallgatás”, a gyászoló anyával, a történekről való beszélgetés kerülése
 - menekülés a helyzetből
 - érzések, indulatok kivetítése
 - a realitás tagadása, „meg-nem-történtté” tevés lelki mechanizmusa
 - a szülők esetleges agresszív megnyilvánulására agresszív reagálás
8. A tragédia közlése után ne hagyjuk magára az anyát, a párt.
9. A szülés megindításig – igény szerint – tegyük lehetővé a hazamenetelt. Ez hatékonyan tudja csökkenteni a szülőkben a pszichés krízist, hiszen saját környezetükben tudnak felkészülni az indukcióra. A szülést azonban 24 órán belül meg kell indítani!

5.2. Teendők a szülőszobán

1. Amennyiben az anya igényli, legközelebbi hozzátartozója a nap 24 órájában, a szülőszobán is lehessen mellette.
2. A szülők személyiségéhez igazodva támogassuk, de ne erőltessük a halott gyermekkel való találkozást. Ajánljuk fel, hogy a szülők nézzék meg, érintsék meg, vegyék kézbe meghalt gyermeküket. Amennyiben megoldható, adjunk róla fényképet.
3. A halott gyermeket megmosdatva, letörölgetve, takaróba burkolva mutassuk meg a szülőknek.
4. Torz magzat vagy látható, súlyos sérülésekkel született halott gyermek esetében ne ajánljuk a halott megnézését, kézbevételét. Amennyiben a szülők ehhez mégis ragaszkodnak, a tetem megmutatásakor emeljük ki, hangsúlyozzuk az ép részeket.
5. Mivel ez egy különösen szenzitív periódus, a személyzet jelenlétével segítse a szülőket a halott gyermekkel való találkozás során. Emberi és szakmai odafigyeléssel támogassuk őket az elválás, a búcsúvétel perceiben.
6. Ajánljuk fel és tegyük lehetővé a halott gyermektől való búcsúvételt.
7. A halott gyermekkel való találkozás érdekében a halott gyermeket a szülőszobán helyezzük el mindaddig, amíg az anya is a szülőszobán tartózkodik. A sok állapotában sok anya elutasítja ezt a lehetőséget, de később mégis szeretné igénybe venni.
8. Tudnunk kell, hogy a halott gyermekkel töltött idő nagyon tág határok között mozog. Az igényelt idő a gyermek születési súlyával együtt nő. A szülők által igényelt idő nagyon fontos tényező. Később a gyász során azoknál a szülőknél találtak magasabb szorongásértéket, akik több időt szerettek volna a halott gyermekkel együtt lenni, mint amit az intézmény biztosított a számukra.
9. A pszichés krízisben a nő döntését, miszerint „szeretné” vagy „nem szeretné” látni halott gyermekét, személyiségfaktorok határozzák meg. Ezt a döntését segítőként tiszteletben kell tartanunk!

MIT TEGYÜNK, MIT MONDJUNK:	MIT NE TEGYÜNK VAGY MONDJUNK:
Használjunk egyszerű és érthető szavakat.	NE használjunk orvosi kifejezéseket.
Könnyebb, ha megfogalmazzuk érzéseinket.	NE meneküljünk el a kérdések elől.
Figyeljünk a szülők igényeire, mi magunk fogjuk kézbe a meghalt gyermeket.	NE vitatkozzunk a szülőkkel, és ne erőltessük rájuk a saját akaratunkat.
„Nagyon sajnálom.”	„Önöknek lehet még másik gyermeke.”

MIT TEGYÜNK, MIT MONDJUNK:	MIT NE TEGYÜNK VAGY MONDJUNK:
„Nagyon bíztam benne, hogy máshogy végződik.”	„Sokkal jobb, hogy azelőtt halt meg a gyermek, mielőtt jobban megismerték volna őt.”
„Nem tudom, mit mondhatnék.”	„Rosszabbul is végződhetett volna.”
„Engem is mélyen érint.”	„Az a legjobb, hogy így történt.”
„Nagyon szomorú vagyok a történetek miatt.”	„Az idő a legjobb gyógyszer.”
„Van kérdésük bármivel kapcsolatban?”	
„Ha gondolják, később is tudunk beszélni.”	

(Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society (CPS) Paediatrics & Child Health 2001. 6(71): 469-477.)

5.3. Teendők a gyermekágyas kórházi ellátását végző osztályon

1. Ne helyezzük a gyászoló anyát a gyermekágyas osztály többi gondozottja közé!
2. Intézzük az ablaktálással járó teendőket.
3. Válaszoljunk részletesen a halállal, a boncolással, a következő várandósággal kapcsolatos kérdéseikre.
Tájékoztassuk őket az érvényes jogszabályban megfogalmazott lehetőségekről. A temetés intézése esetén fontos különbséget tenni vetelés, késői magzati halálozás, és koraszülött, újszülött halálozás között.
Vetelés (korai, illetve középido magzati halálozás) esetén az abortum temetéséről a szülők kifejezett kérésére (pl.: vallási nézetek, vagy pszichés tényezők fennállása esetén) külön engedéllyel a szülészeti-nőgyógyászati osztály vezetőjének jóváhagyása mellett, temetkezési vállalkozón keresztül a temetés lehetőségét biztosítani kell. Fontos, hogy a szülők figyelmét felhívjuk arra, hogy a temetési szándékukat még a fetopatológiai vizsgálatot megelőzően jelezzék az orvos felé.
Késői magzati halálozás esetén a magzat temetéséről dönthetnek a szülők, de erre nem kötelezhetők. Erről a szülők írásos nyilatkozata szükséges, abban az esetben is, ha nem kívánnak a temetésről gondoskodni.
Koraszülött vagy újszülött halála esetén a gyermekről születési és halotti anyakönyvi kivonatot állít ki a születés-, illetve halálozás helye szerint illetékes önkormányzat. A gyermek temetéséről ebben az esetben a szülő köteles gondoskodni. A temetéshez a lakhely szerinti önkormányzatnál lehet anyagi segítséget kérni (temetési segély). Amennyiben a szülők jövedelmi helyzetük miatt nem tudnak a temetésről gondoskodni, végső esetben a halálozás helye szerinti önkormányzatnál köztemetés is kérvényezhető. A jogosultságot a lakóhely szerint illetékes önkormányzat vizsgálja, feltételeit saját rendeletében szabályozza; jogosulatlan igénybevétel esetén az összeget a családdal visszafizetetik.
4. Ismételt beszélgetések során győződjünk meg arról, hogy a szülők az adott felvilágosítást, tájékoztatást helyesen értették-e.
5. Legyünk gondoskodók, empatikusak! Ne legyünk hivatalosak!
6. Az intézményben töltött idő alatt támogassuk a családtól, barátoktól jött érzelmi segítséget! Tegyük lehetővé, hogy a gyászoló anyát hozzátartozói igény szerint látogathassák. Amennyiben az anya igényli, legközelebbi hozzátartozója a nap 24 órájában lehessen mellette.
7. Segítsünk a szülőknek a gyász kezelésében. Beszéljünk nyíltan a temetésről, a gyászfolyamatról, az önvád, a bűntudat kérdéséről. Támogassuk a saját temetés, búcsúszertartás vállalását.
8. Segítsünk megtervezni a családtagokkal, idősebb gyermekkel való találkozást, a történekről szóló beszélgetést.
9. A gyermekhalál után gyorsan vállalt újabb várandósság alatt kórosan magas lehet az anyai szorongás, a depresszió, gyakrabban fordul elő poszt-traumás stresszavar (PTSD) – ez a magzat számára is káros. Éppen ezért ne tanácsoljuk a gyors teherbeesést! Javasoljunk egyéves várakozást.
10. Hazabocsátás előtt a pszichés állapotot is mérlegeljük. Szükség szerint pszichológust is vonjunk be a döntési folyamatba.
11. Hazabocsátáskor adjuk át a szülőknek a halott gyermek megismételhetlenségének, létének, korai halálának tárgyi bizonyítékait – a szülők igénye és az intézmény által megoldható és elfogadott keretek szerint. Ilyen tárgyi emlék lehet a meghalt újszülött újszülöttlapja, köldökcsatja, nevével ellátott karszalagja, hajtincse, kéz- és lábnyomata, fényképe, stb.
12. Ismertessük, hogy szükség szerint hol, milyen szakszolgálaton, kitől kérhetnek segítséget, milyen önkéntes, internetes fórumon tájékozódhatnak. Jelentősen nő a szülők biztonságérzete, elégedettsége, ha már az intézményben találkoznak hivatásos segítőkkel, ha kapnak emléket a gyermekről, magyarázó kiadványt a történekről és el tudtak búcsúzni a halott gyermektől.
13. Hazabocsátást követően is legyünk elérhetőek! Legalább 1-2 hónapig tartó utógondozás ajánlott.

14. Társadalmunkban a halottkultusz hagyományai lehetőséget biztosítanak a gyászolóknak érzelmi megélésére, a közösséggel való megosztására. Különös gondot kell fordítanunk azokra a gyászoló anyákra, akiknek erre nincs lehetősége, mert nem párkapcsolatban élnek, akiket segítő család nem vesz körül.
15. Fokozott gondozást biztosítsunk a veszteséget követő várandósság alatt is.

5.4. Teendőink a területi ellátásban – gyermek- és felnőtt házi orvos, védőnő, terhesgondozást végző orvos

1. A normál gyász munka gondozására az alapellátásban dolgozó szülész-nőgyógyász, gyermek- és felnőtt házi orvos, védőnő szakmailag alkalmas. A segítő személy érzelmi attitűdjé egyedülálló módon tudja segíteni a normál mederben zajló szülői gyászt és képes minimalizálni a komplikált gyász veszélyét.
2. Kérdezzük meg az anyát, hogy kinek a jelenlétében, illetve kinek adhatunk információt, melyet mindig humánus módon, nyugodt környezetben, támogató hozzátartozó jelenlétében adjunk.
3. Tapasztalatok szerint a szakemberek hideg, közönyös viselkedése vált ki a szülőknél leginkább negatív érzéseket. Ezért ne legyünk hivatalosak! Legyünk gondoskodóak, együttérzőek!
4. Válaszoljunk részletesen a halállal, a boncolással, a következő várandóssággal kapcsolatos kérdésekre.
5. Ismételt beszélgetések során győződjünk meg arról, hogy a szülők az adott felvilágosítást, tájékoztatást helyesen értették-e.
6. A gyermekhalál emberi és szakmai szempontok szerint is többszörösen terhelt helyzetében tudatosan kerüljük a személyzet részéről megnyilvánuló tipikus „rossz” reakciókat:
 - „agyonhallgatás”, a gyászoló anyával, a történekről való beszélgetés kerülése
 - menekülés a helyzetből
 - érzések, indulatok kivetítése
 - a realitás tagadása, „meg-nem-történtté” tevés lelki mechanizmusa
 - a szülők esetleges agresszív megnyilvánulására agresszív reagálás
7. Az otthon töltött idő alatt támogassuk a családtól, barátoktól jött érzelmi segítséget!
8. Segítsünk a szülőknél a gyász kezelésében. Beszéljünk nyíltan a temetésről, a gyászfolyamatról, az önvád, a bűntudat kérdéséről. Támogassuk a saját temetés, búcsúszertartás vállalását.
9. Segítsünk megtervezni a családtagokkal, idősebb gyermekkel való találkozást, a történekről szóló beszélgetést.
10. Ismertessük, hogy szükség szerint hol, milyen szakszolgálaton, kitől kérhetnek segítséget, milyen önkéntes, internetes fórumon tájékozódhatnak.
11. Társadalmunkban a halottkultusz hagyományai lehetőséget biztosítanak a gyászolóknak érzelmi megélésére, a közösséggel való megosztására. Különös gondot kell fordítanunk azokra a gyászoló anyákra, akiknek erre nincs lehetősége, mert nem párkapcsolatban élnek, akiket segítő család nem vesz körül.
12. Figyeljük a komplikált gyász jelzéseit, szükség esetén irányítsuk szakemberhez az anyát (gyásztanácsadó, szociális munkás, pszichológus, mentálhigiénikus, pszichoterapeuta).
13. Ne csak a heti tanácsadás ideje alatt legyünk elérhetőek! Legalább 1-2 hónapig tartó fokozott utógondozás ajánlott.
14. Ne tanácsoljuk a gyors teherbeesést! A gyermek halála után gyorsan vállalt újabb terhesség alatt kórosan magas az anyai szorongás, a depresszió, gyakrabban fordul elő PTSD. Ez a magzat számára is káros. Javasoljunk egyéves várakozást.
15. Biztosítsunk fokozott gondozást a veszteséget követő várandósság alatt is.

6. Irodalomjegyzék

6.1. Felhasznált irodalom

1. Appleton, R., Gibson, B., Hey, E. (1993): The loss of a baby at birth: the role of the bereavement officer. Br J Obstet Gynaecol 100, 51-54.
2. Bagdy E. (1989): A halál és a gyász. In: Lelki jelenségek és zavarok (Szerk.: Jelenits I., Tomcsányi T.) Római Katolikus Kiadó, 202-227.
3. Barr, P. (2006): Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. J Perinat Med 34, 207-211.
4. Capitolo, K. L. (2005): Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. Am J Matern Child Nurs 30, 389-96.

5. Chambers, H. M., Chan, F. Y. (2000): Support for women/families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev* 2, CD000452.
6. Defey, D. (1995): Helping health care staff deal with perinatal loss. *Infant Ment Health J* 16, 102-111.
7. Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A. (2001): Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry* 23, 62-66.
8. Franche, R. J., Mikail, S. F. (1999): The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Soc Sci Med* 48, 1613-1623.
9. Franche, R. J. (2001): Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstet Gynecol* 97, 597-602.
10. Geerincq-Vercammen, C. R. (1999): With a positive feeling. The grief process after stillbirth in relation to the role of professional caregivers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 87, 119-121.
11. Hegedűs, K., Pilling, J., Kolosai, N., Bognár, T. (2002): Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Orv Hetil* 143, 2385-2391.
12. Hézszer, G. (1991): A pásztori pszichológia gyakorlati Kézikönyve, Református Zsinati Iroda Sajtóosztály, Budapest
13. Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. et al. (2001): Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J Child Psychol Psychiatry* 42, 791-801.
14. Hughes, P., Turton, P., Evans, C.D. (2002): Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 360 (13), 114-118.
15. Hughes, P., Riches, S. (2003): Psychological aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol* 15, 107-111.
16. Kohner, N. (1995): *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals*. London: Stillbirth and Neonatal Death Society
17. Kovácsné T. Zs., Szeverényi P., Forgács A. (1994): Perinatális gyászreakció. *Orv Hetil* 135, (34): 1863-1867.
18. Kovácsné T. Zs., Szeverényi P. (1995): A szülészek perinatális halálra adott interperszonális és intrapszichés válaszai. *Orvosképzés* 6, 326-329.
19. Kovácsné T. Zs., Szeverényi P. (1995): A gyász pszichológiai vonatkozásai I. A gyász folyamata: a normál és a patológiás gyászmechanizmus. *Magy Pszichol Szemle* 35. 3-4. 243-249.
20. Kovácsné T. Zs., Szeverényi P. (1996): A gyász pszichológiai vonatkozásai II. A perinatális gyász. *Magy Pszichol Szemle* 36. 1-3. 67-79.
21. Kovácsné T. Zs., Szeverényi P. (1998): A vetélés és a szülés körüli gyermekelvesztés a pszichológus szemével. *Kharón*, 2 (1): 33-43.
22. Kovácsné T. Zs., Szeverényi P. (1999): A gyász pszichológiai vonatkozásai III. A gyermek és a halál. *Magy Pszichol Szemle* 54.2, 135-145.
23. Központi Statisztikai Hivatal (2008): *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv*, Budapest.
24. Lundqvist, A., Nilstun, T. (1998): Neonatal death and parents' grief. Experience, behaviour and attitudes of Swedish nurses. *Scand J Caring Sci* 12, 246-50.
25. Malkinson, R. (2001): Cognitive-behavioral therapy of grief: a review and application. *Res Soc Work Practice*, 11, 671-680.
26. Marrow, J. (1996): Developing communication skills in medicine. Telling relatives that a family member has died suddenly. *Postgrad Med J* 72, 413-418.
27. Matthews, M., Kohner, N., Kersting, A. et al. (2002): Psychosocial care of mothers after stillbirth. *Lancet* 360, 1600-1602.
28. Moon, F.C. et al. (2007): Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Clin Nurs*, 17, 509-518.
29. Nagy, Zs. (1994): A terminális állapot diagnózisának közlése és a saját halálhoz való viszony. *LAM* 4, 694-99.
30. Papp Z. (2007): *Szülészeti-Nőgyógyászati Tankönyv*, Semmelweis Kiadó, Budapest
31. Pector, E., A., Smith-Levitin, M. (2002): Bereavement in multiple birth. Part 1: general considerations. www.femalepatient.com
32. Pilling J. (1999): *A haldoklás és a gyász pszichológiája*. SOTE, Budapest
33. Pilling J. (2003): *Gyász*, Medicina, Budapest
34. Pilling J. (2004): Rossz hírek közlése. In: *Orvosi kommunikáció* (Szerk.: Pilling J.) Medicina Budapest, 389-412.
35. Polcz A. (2001): *Ideje a meghalásnak*, Pont Kiadó, Budapest
36. Polcz A., Angyal E. (2001): *Letakart tükör. Halál, temetkezés, gyász* Helikon Kiadó, Budapest

37. Poznanski, E. O. (1972): The "replacement child": a saga of unresolved parental grief. *Paediatr* 81, 1190-93.
38. Rubliczky, L., Németh, L.-né, Hagymásy, L. (2006): Feladataink és lehetőségeink az intrauterin elhalást követő gyász támogatásában a szülészeti osztályon. *Személyes közlés*
39. Sjögren, B., (2004): The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 31, 132-137.
40. Säflund, K., Sjögren, B., Wredling, R. (2000): Physicians' role and gender differences in the management of parents of a stillborn child: a nationwide study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 21, 49-56.
41. Säflund, K., Sjögren, B., Wredling, R. (2002): Physicians' attitudes and advices concerning pregnancy subsequent to the birth of a stillborn child. *J Psychosom Obstet Gynecol* 23, 109-115.
42. Säflund, K., Sjögren, B., Wredling, R. (2004): The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 31, 132-137.
43. Säflund, K., Wredling, R. (2006): Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstet Gynecol* 85, 1193-99.

6.2. Segítők elérhetőségeit az Országos Gyermekegészségügyi Intézet www.ogyei.hu honlapján található

6.3. Ajánlott irodalom a szülők számára

1. Nagy Mária Ilona (1997): *A gyermek és a halál*. Pont Kiadó, Budapest
2. Polcz Alaine (2001): *Letakart tükör. Halál, temetkezés, gyász*. Helikon, Budapest
3. Polcz Alaine (1989): *A halál iskolája*. Magvető Kiadó, Budapest
4. Polcz Alaine (2001): *Élet és halál titkai. Mit mondjunk a gyerekeknek a halálról? 1. Öt-hét éveseknek*. Pont Kiadó, Budapest
5. Singer Magdolna (2006): *Asszonyok álmában síró babák*. Jaffa Kiadó, Budapest

6.4. Ajánlott irodalom szakembereknek

1. Bakó Tihamér (1996): *Verem mélyén. Könyv a krízisről*. Cserépfalvi, Budapest
2. Kast, Verena (1995): *A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei*. (Ford.: Mérei Vera). T-Twins Kiadó, Budapest
3. Kast, Verena (2000): *Kötés és oldás* (ford.: Liska Endre). Európa Könyvkiadó, Budapest
4. Németh Tünde, Nyíri Magdolna (szerk.) (1999): *Gyász a szeretetben és a családban*. NEVI Mentálhigiénés Program, Budapest
5. Pilling János (szerk.) (2003): *Gyász*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
6. Pilling János (2001): *Segítség a gyászban*. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest
7. Polcz Alaine (2000): *Gyászban lenni*. Pont Kiadó, Budapest
8. Polcz Alaine (2003): *Kit siratok? Mit siratok?* Jelenkor Kiadó, Pécs
9. Polcz Alaine (1993): *Meghalok én is? A halál és a gyermek*. Századvég Kiadó, Budapest
10. (valamint: Osiris Kiadó, Budapest, 1995; Pont Kiadó, Budapest, 2000)
11. Singer Magdolna (2006): *Asszonyok álmában síró babák*. Jaffa Kiadó, Budapest
12. Singer Magdolna: *Modern Taigetosz. Kharón Thanatológiai Szemle, 2008/1-2*.
13. Tatelbaum, Judy (1998): *Bátorság a gyászhoz*. (ford.: Jámbor Katalin). Pont Kiadó, Budapest
14. Bagdy Emőke (1989): *Határmezsgyén. A halál és a gyász*. In: *Lelki jelenségek és zavarok* (szerk.: Jelenits István, Tomcsányi Teodóra). Római Katolikus Kiadó, 202-227
15. Balogh Éva (1999): *„A bánat bálnája”*. Párterápia gyászban. *Kharón*, 3 (3): 50-32
16. Barta Anna (1993): *Szeparációs szorongás és gyermeki gyász II*. In: Gerő Zsuzsa (szerk.): *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata I.-II.-III*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
17. Freud, Sigmund (1997): *Gyász és melankólia*. (ford.: Berényi Gábor) In: *Freud, Sigmund: Ösztönök és ösztönsorsok* Filum Kiadó, Budapest, 129-143
18. Gera Sándorné (2000): *Gyászolók önszolgáltató csoportjának szervezési tapasztalatai*. *Kharón*, 4 (3): 52-54
19. Hézszer G. (1991): *A gyászoló ember*. In: *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve*. Református Zsinati Iroda Sajtóosztály, Budapest, 233-253
20. Koltai M., Kelemen G., Magasi I. (1995): *Az élők bűntudata – a gyász és az identitás megrendülésének összekapcsolódása a családban*. *Pszichoterápia*, 4 (1), 33-38
21. Kovácsné Török Zsuzsanna (1996): *Hol van a Kisherceg: a csillagokban vagy a szívünkben? Perinatális halált követő kéleltetett, gátolt gyász pszichoterápiás feldolgozása*. *Pszichoterápia*, november, 393-397.

22. Kovácsné Török Zsuzsanna, Szeverényi Péter, Forgács Attila (1994): Perinatális gyászreakció. *Orvosi Hetilap*, 135 (34): 1863-1867
23. Kovácsné Török Zsuzsanna, Szeverényi Péter, Hetey A.-né (1995): A gyász pszichológiai vonatkozása I. A gyász folyamata: a normál és a patológiás gyászmechanizmus. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35 (3-4): 243-249
24. Kovácsné Török Zsuzsanna, Szeverényi Péter (1996): A gyász pszichológiai vonatkozásai II. A perinatális gyász. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 52 (1-3) 67-79
25. Kovácsné Török Zsuzsanna, Szeverényi Péter (1998): A vetélés és a szülés körüli gyermekelvesztés a pszichológus szemével. *Kharón*, 2 (1): 33-43
26. Kovácsné Török Zsuzsanna, Szeverényi Péter (1999): A gyász pszichológiai vonatkozásai III. A gyermek és a halál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54 (2): 135-145
27. Kovácsné Török Zsuzsanna (2000): Pszichoterápiás segítségnyújtás perinatális gyermekelvesztés után. *Kharón*, 4 (3): 22-27
28. Lindemann, Erich (1998-99): Az akut gyász tünettana és kezelése (ford.: Révész Renáta). *Kharón*, 2 (4): 13-26
29. Németh Tünde (2000): A szeretet hídján. *Kharón*, 4 (3): 28-36
30. Pilling János (2006): A gyász lélektana és a gyászolók segítségének lehetőségei. *Családorvosi Fórum* (2): 27-33
31. Pilling János (2006): A gyász hatása az életminőségre. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 337-349.
32. Pilling János (2004): A búcsú méltósága (A holttesttel való méltó bánásmód kérdései). *Kharón*, 8 (3): 15-60.
33. Pilling János (2003): Strukturális technikák a gyászolók öngyógyító csoportjaiban. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, 7 (1-2): 97-122.
34. Ribár J. (1990): Gyászolók lelkigondozása. In: *Egymás között egymásért*. Szerk.: Jelenits I., Tomcsányi T. Híd Családsegítő Központ, Szeged
35. Varga Zsuzsa (1993): Szeparációs szorongás és gyermeki gyász I. In: Gerő Zsuzsa (szerk.): *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata I.-II.-III.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
36. Vikár György (1984): A gyermek és a gyász. In: Vikár György: *Gyógyítás és öngyógyítás*. Magvető, Budapest, 101-126
37. Vikár György (1993): Gyászreakciók a gyermekkorban. In: Gerő Zsuzsa (szerk.): *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata I.-II.-III.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

Gyászolóknak

1. Körner-Armbruster, Angela (1998): *Halva született, leány*. (Fordította: Hajnal Krisztina). Európa Könyvkiadó, Budapest
2. Müller, Wunibald (1995): *Gyász idején...* (ford.: Nyiredy Maurus OSB). Bencés Kiadó, Pannonhalma
3. Polcz, Alain (2000): *Gyászban lenni*. Pont Kiadó, Budapest
4. Polcz, Alain (2003): *Kit siratok? Mit siratok?* Jelenkor Kiadó, Pécs
5. Singer Magdolna (2006): *Asszonyok álmában síró babák*. Jaffa Kiadó, Budapest
6. Schlegel-Holzmann, Uta (1995): *Nincs több kettesben töltött esténk*. (Családi állapota özvegy). Kálvin Kiadó, Budapest
7. Tattelbaum, Judy (1998): *Bátorság a gyászhoz*. (ford.: Jámbor Katalin). Pont Kiadó, Budapest
8. Woltersorf, Nicholas (2000) *Korai sirató*. Harmat Kiadó, Budapest

A szakmai irányelv érvényessége: 2013. december 31.
