

## PERINATÁLIS VESZTESÉGEK LELKI MEGÉLÉSE

Sándor Zita<sup>1</sup>, Sánta Tamásné<sup>2</sup>

1 Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar  
2 Harruckern János Közoktatási Intézmény

### Absztrakt

A perinatális veszteségek jelentőst traumát jelentenek a nők számára, melyek nem megfelelő feldolgozása számos rövid- és hosszú távú negatív hatással jár együtt. A vizsgálat célja annak felmérése, hogy a magzati halálozást megélt nők kaptak-e megfelelő lelki támogatást a szakemberek és a társas közeg részéről, illetve megjelent-e esetükben a komplikált gyász.

A vizsgálatban 7 perinatális veszteséget megélt nő vett részt. Félig strukturált mélyinterjú segítségével került feltárásra a veszteségek megélése, valamint az észlelt professzionális és társas támogatás szinte retrospektív jelleggel. Az adatelemzés a tartalom-elemzés módszerével történt.

A vizsgálat eredményei szerint a veszteséget megélt édesanyák számára nem biztosítottak az ellátás során professzionális lelki támogatást. A társas támogatás nem minden esetben tudott elegendő szupporciót biztosítani számukra, több esetben kommunikációs gátak alakultak ki a párkapcsolatban, illetve az egyéb társas kapcsolatokban. Az egészségügyi ellátással kapcsolatban több interjúalany idézett fel negatív tapasztalást. Egy esetben volt megállapítható súlyos komplikált gyász, melynek feldolgozása csak évekkel később történt meg.

Jelen tanulmány felhívja a figyelmet a perinatális veszteséget megélt nők mentálhigiénés támogatásának fontosságára, valamint az szülészeti-nőgyógyászati osztályon dolgozó szakemberek érzékenyítésére.

**Kulcsszavak:** perinatális veszteség, komplikált gyász, társas támogatás

## MENTAL EXPERIENCE OF PERINATAL LOSSES

Zita Sándor<sup>1</sup>, Tamásné Sánta<sup>2</sup>

1 Gál Ferenc University, Faculty of Health and Social Sciences  
Harruckern János Public Education Institution

### Abstract

Perinatal losses represent a significant trauma for women, the inadequate processing of which is associated with a number of short- and long-term negative effects. The aim of the study is to assess whether women who experienced fetal death received adequate mental support from professionals and the social environment, and whether complicated grief appeared in their cases.

7 women who experienced perinatal loss participated in the study. With the help of a semi-structured in-depth interview, the experience of the losses and the perceived professional and social support were retrospectively explored. The data analysis was done using the method of content analysis.

According to the results of the investigation, professional psychological support was not provided during care for the mothers who experienced the loss. Social support was not able to provide sufficient support in all cases, and in several cases, communication barriers evolve in the couple relationship and in other social relationships. Several interviewees mentioned negative experiences regarding their health care. In one case, serious complicated grief could be determined, which was not processed until years later.

The present study draws attention to the importance of mental health support for women who have experienced a perinatal loss, as well as to the sensitization of those working in the obstetrics and gynecology department.

**Keywords:** perinatal loss, complicated grief, social support

### BEVEZETÉS

A perinatális veszteségek világszinten rengeteg családot érintenek.<sup>1</sup> Magyarországon habár folyamatosan csökken a magzati veszteségek száma és aránya<sup>2</sup>, még napjainkban is számos családot érint. 2021-ben több, mint 36 000 magzati veszteség történt hazánkban. A hazai szakmai irányelv elkülöníti a perinatális halál és a prenatális intrauterin veszteség fogalmát<sup>3</sup>. Az előbbi a 24. gesztációs hetet követően,

---

1 WHO Perinatal deaths per 1000 births ([https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_84-1170-perinatal-deaths-per-1000-births/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_84-1170-perinatal-deaths-per-1000-births/), letöltve 2023.05.04).

2 KSH 22.1.1.13. Magzati veszteségek száma és aránya ([https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0013.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html), letöltve 2023.05.04.)

3 A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekégeszségügyi

legalább 500 g súlyú és 30 centiméter hosszú magzat halálát, illetve az élve született, de a szülést követő 168 órán belül elhunyt újszülöttekre vonatkozik. Az utóbbi a 24. hét előtt bekövetkezett, vagy 500 g súlyúnál, vagy 30 centiméteresnél kisebb magzat halálához utal.

A születendő gyermek elvesztése traumatikus élményt jelent az várandós nő számára. Gyakori reakcióként jelenik meg a szorongás, depresszív hangulat, irritabilitás, alvási- és étkezési zavar (Boyle et al, 1996; Hughes & Riches, 2003). A veszteség feldolgozása nem egyszerű feladat a lélek számára. Noha a szülők válójában nem találkoztak a gyermekükkel, velük nem tudtak kapcsolatot kiépíteni, a veszteség nyomán megélt fájdalom jellege és a gyászfolyamat lezajlása nem tér el a más veszteségélményeknél tapasztaltaktól (Kersting & Wagner, 2012). Hasonlóan, mint más gyászeseeményeknél, a megélt fájdalom és a kapcsolódó lelki tünetek intenzitása körülbelül az első 12 hónap után csökken (Janessen et al, 1997). Longitudinális kutatások eredményei szerint körülbelül 2 év szükséges a veszteség feldolgozásához (Janessen et al, 1997, Lasker & Toedter, 1991).

Tapasztalatok szerint azonban sok esetben ún. komplikált gyász alakul ki, mely esetében a gyászreakció megakad, illetve megjelennek markáns kedvezőtlen tünetek. Kialakulhat depresszió, poszttraumás stressz szindróma, alvászavar (Hughes & Riches, 2003; Boyle et al, 1996), melyek következtében romlik a személyek pszichés és fizikális jólléte (Stroebe M, Schut, Stroebe W, 2007; Li et al, 2002). A veszteséget követő első évben megnő az alkalmazkodási zavarok aránya. Megközelítőleg minden ötödik érintett nő esetében megfigyelhetőek ennek tünetei (Janssen et al, 1997).

A perinatális gyászfolyamat nehézsége, hogy az elhunyról hiányzik az emlékkép, így kevésbé megfogható a veszteség. A várandósság alatt megélt testi-lelki szimbiózis hirtelen szakad meg, csupán a hiány marad (Kovácsné & Szeverényi, 1996). Gyakran megjelenik a bűntudat érzése, önmaguk és a testük hibáztatása, továbbá a nőiességük megkérdőjelezése a veszteséget megélt nők körében (Kovácsné & Szeverényi, 1996; Frost & Condon, 1996). A veszteséget megélt nő úgy érezheti, kudarcot vallott, mint anya, mert nem volt képes életet adni gyermekének (Kovácsné & Szeverényi, 1996). Kudarcként élheti meg továbbá a feleség-szerepét, mert „nem tudja férjét megajándékozni egy gyermekkel”, mindezek pedig szétrombolják a nő kompetenciaérzését. (Kovácsné & Szeverényi, 1996). Perinatális gyász esetében előfordulhat az egészséges gyermeket szülő nőkkel szemben az irigység érzése is (Kersting & Wagner, 2012).

Vizsgálati eredmények szerint a komplikált gyász kialakulásában kockázati faktornak tekinthető a nem megfelelően funkcionáló társas támogatás (Lasker & Toedter, 1991, Cuisiner, 1993). Nehézséget jelenthet – különösen korai terhességek elvesztésénél - hogy nincs meg a búcsúzás lehetősége, nincs temetés, és sokszor emiatt a családtagok és barátok részéről is elmarad a részvétel nyilvánítása (Kersting & Wagner, 2012). A társadalom a perinatális gyászt tabuként kezeli, ami kommunikációs gátat

eredményez (Kovácsné & Szeverényi, 1996). Sokszor a veszteséget megélt nők izolálva érzik magukat, egyedül maradnak a traumával való megküzdés és a veszteség feldolgozásának folyamatában (Kersting & Wagner, 2022).

Kockázati faktornak tekinthető, ha a szülőknek még nincs gyermeke (Neugebauer et al, 1997; Adolfsson, Berte, & Larsson, 2006), ugyanis az egészséges gyermek egyfajta kapaszkodót jelenthet az traumát megélt nő számára. Azonban fontos szerepe van a veszteséget megélt nő személyiségének is. A neurotikus személyiségvonás például megnöveli a valószínűségét a komplikált gyász kialakulásának (Janssen et al, 1997).

Fontos protektív faktor lehet a jól funkcionáló társas támogatás. Tapasztalatok szerint a kiegyensúlyozott, biztonságosan kötődő családok a veszteségekkel való megküzdést optimálisabban oldják meg, és nagyobb az esélyük a poszttraumás növekedésre. A család tagjai együttesen, koherens, megosztható történetet alakít ki a gyermek elvesztésével, a múlt és jövő megírásával kapcsolatban (Kiss & Sz. Makó, 2015). Azonban fontos hangsúlyozni a gyógyító team szerepét is, ugyanis növeli a sikeres megküzdés valószínűségét, ha a partneren túl a gyógyító személyzet is megfelelő érzelmi támaszt tud nyújtani a veszteséget megélt nő számára (Török, 2015).

Habár mind a kutatási, mind a gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy a perinatális veszteségek estén megnő a pszichés megbetegedések kockázata, sajnálatosan nagyon kevés nő részesül megfelelő lelki támogatásban (Nikcevic, Tunkel & Nicolaidis, 1998). Amennyiben ajánlanak is segítséget, ez legtöbb esetben a veszteség megélésének korai szakaszára, a kórházi tartózkodás idejére korlátozódik. Azonban nagyon fontos lenne célzottan, a komplikált gyász megelőzésére szolgáló, hosszabb távú támogatás biztosítása (Kersting & Wagner, 2012).

Jelen tanulmány célja annak feltárása, hogy a perinatális veszteséget megélt nők szubjektíve milyen mértékű társas támogatást tapasztaltak meg a gyászeseeményt követően, tudtak-e érzéseikről kommunikálni társas közegekkel, vagy észlelt szociális izolációt éltek meg. További cél annak feltárása, hogy milyen tapasztalásokat éltek meg a nők kórházi ellátásuk során, az egészségügyi személyzet támogatta-e őket a trauma megélésükor. Valamint, hogy irányították-e a professzionális szakemberhez (pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember) az érintett nőket, illetve, hogy igényelték volna-e ezt. Cél volt továbbá megvizsgálni, megjelent-e esetükben a komplikált gyász valamely jellegzetessége.

## **A KUTATÁS BEMUTATÁSA**

A vizsgálat során félig strukturált mélyinterjú segítségével történt az adatgyűjtés. Az interjúk során a demográfiai adatokon túl a terhességek nőgyógyászati anamnézisének feltárása is megtörtént. A veszteségtörténet megosztásán túl külön megkérdezésre került a társas támasz elérhetősége, a feldolgozást segítő és gátló visszajelzések, valamint az egészségügyi ellátás során megélt támogató és nehezítő tényezők témakö-

rei. Feltárássra kerültek továbbá a veszteség nyomán átélt érzések és lelki folyamatok.

A retrospektív kutatásban 7 fő vett részt, akik mindannyian perinatális veszteséget éltek meg korábban. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, cserébe ellenszolgáltatásban nem részesültek. Az interjúalanyok informált beleegyező nyilatkozatot töltek ki, és hozzájárultak az interjú hanganyagának rögzítéséhez.

Az adatfelvétel 2022 második felében zajlott. Egy interjú felvétele megközelítőleg 30-60 perc volt.

Az adatelemzés a tartalomelemzés módszerével történt. Az interjúk anyagából sűrített leírások lettek készívet.

## EREDMÉNYEK

### *Eső interjú:*

Összesen 3 magzatát veszítette el és 3 egészséges gyermekek született. Mindhárom vetélése az első trimeszterben történt. Az első vetélése 26 éves korában volt, az első terhességekor. A 2. és 3. vetélése a második élve született gyermeket követően.

Természetes támaszként a férje és a szülei voltak jelen. Érzéseit képes volt verbalizálni, ennek jótékony hatását maga is tapasztalta. *„Szerintem nekem ez a gyógyító... én nem zárom be magamba, nem titkolom el ezeket a dolgokat.”* A társas közeg egyéb résztvevőitől negatív visszajelzéseket tapasztalt, pl: *„Azért vetéltél el, mert sokat jártál orvoshoz”*. Illetve visszavetették az olyan – alapvetően segítőnek szánt mondatok –, mint pl. *„Majd lesz másik”*.

Az egészségügyi ellátás során szintén megélt negatív tapasztalásokat. Ezek közül kiemelte, hogy az abortuszra várakozva nagyon sírt, és az őt a beavatkozásra bekísérő nő így szólt hozzá: *„Nem most kell sírni”*. Elmondása szerint: *„Sokáig visszacsengett ez a mondat”*.

Professzionális lelki segítséget nem ajánlottak fel. Azonban később más probléma miatt pszichológushoz fordult, ahol felszínre kerültek a fel nem dolgozott prenatális veszteségei. A terápiás folyamat sikerült elengedni az elvesztett gyermekeit.

### *Második interjú:*

Egy egészségesen született gyermekét követően, a második várandósságánál derült fény genetikai rendellenességre. A sorozatos vizsgálatok időszakát nehezen élte meg, ugyanis több hét volt, mire beigazolódtott a rendellenesség. *„Onnan kezdődött a tortúra, teltek a hetek, amit én nem kívánok senkinek.”* 21 hetes kismama volt, amikor beindították a szülési folyamatot mesterségesen. Következő terhességéből egészséges gyermeke született.

Természetes támaszai jól működtek, *„nagyon-nagyon sokan álltak”* mellette. Férjét emelte ki elsődleges támaszként, de szülei, és a baráti kapcsolatai is védőhálóként voltak jelen.

Tudott beszélni a vele történekről, de nem mindig volt könnyű. Negatív visszajel-

zéseket nem tapasztalt a társas közegén belül.

Kórházi ellátása során negatív volt számára, hogy olyan nőekkel feküdt egy kórteremben, akik önként választották az abortuszt. Az ellátás során azonban készségesek voltak vele a szakemberek.

Lelki segítséget nem ajánlottak fel az ellátáskor, azonban felmerült benne a szakmai segítség igénye: *„Azon a határon is voltam, hogy elmegyek pszichológushoz, kerestem is elérhetőséget, de nem hívtam fel”*. Habár a természetes támaszai jól funkcionáltak, a feldolgozásban időként egyedül érezte magát: *„Sajnos nem tudott rajtam senki segíteni, akkor nem, hiába ott álltak mellettem, nekem kellett megvívni.”* *„Amikor egyedül voltam, mindig összeomlottam, csak sírtam és sírtam.”* Az egészséges gyermek születése valamelyes segített az elengedésben, de elmondása szerint nem tudta teljesen feldolgozni a történeteket: *„Mai napig felkavar, felráz, ez már így is marad szerintem, akkor is, ha most hál Istennek teljes az életünk. Utána született egy gyönyörűséges pici lányunk... nekem Ő mindig ott marad a szívemben, soha nem fogom elfelejteni, sajnálom, hogy így alakult.”*

#### **Harmadik interjú:**

Az első gyermeke születése után, a második várandósságánál, az első trimeszterben következett be spontán vetélés. Ezt követően született még egy gyermeke. A veszteség idején 39 éves volt.

Társas támaszként a férje volt mellette, ugyanakkor megfelelő lelki támogatást nem tapasztalt, a környezet bagatellizált a veszteséget: *„Igazából senki nem vette annyira komolyan, hogy ez egy pici terhesség volt”,* úgy vélték, hogy *„úgyse tudtam beleélni magam”*. Emiatt nem beszélt érzéseiről, noha szüksége lett volna rá. Negatív mondatként az *„Akkor inkább most, mint máskor”* mondat maradt meg benne.

Az egészségügyi ellátás során az orvosától is kapott több negatív megjegyzést: *„Minek kell ilyen korán terhességi tesztet csinálni?”* *„Neki ennyi volt a puttonyában, ennyit tudott adni nekem”*. Lelki támasz lehetősége nem merült fel.

#### **Negyedik interjú:**

Két gyermekét követően nem várt terhességét veszítette el az első trimeszterben, 31 éves korában. A várandósságot pozitívan élte meg.

A veszteség feldolgozásában férje és anyósa segített sokat. Kiemelte, hogy nagy segítség volt számára, hogy *„elfogadták az érzéseit”*. Férjével azóta is szoktak beszélni a történetekről, nem tabu téma közöttük.

Kórházi ellátása során tünetei jelentkezésekor az orvos részéről nem kellő odafigyelést tapasztalt, melyet a mai napig elfogadhatatlannak tart. A későbbi ellátás során megfelelő hozzáállást élt meg.

Pszichés támogatási lehetőségét nem ajánlották fel. Úgy gondolja, ebben a helyzetben az a fontos, hogy *„legyen mellette valaki, aki szereti és tudja támogatni”*.

**Ötödik interjú:**

35 éves korában, második terhességekor érte a veszteség. A második trimeszter végén, soron következő várandósgondozás során észlelték, hogy a magzatnak nincs szívhangja. A halál oka a köldökzsinór nyakra tekeredése volt. Természetes támaszai jól működtek, férje és családja kellőképpen támogatták.

Az egészségügyi ellátás során nagyon negatív tapasztalás volt, hogy szülés előtt álló kismamákkal kellett egy kórteremben feküdnie („Az vágott a legjobban fejbe, és az érintett nagyon rosszul, mikor beraktak a kismamák közé”).

Professzionális pszichés megsegítést nem javasoltak számára, és az ellátásában részt vevő szakemberek részéről sem tapasztalt lelki támogatást: „Nem mondhatok senkire semmit, de hogy leállt volna valaki velem beszélgetni, arra nem emlékszem, nem is ajánlottak fel ilyen irányú segítséget”. Azonban az interjúalany kifejtette, hogy nem is igényelt volna ebben segítséget: „Zavart volna, ha egy idegennel kell megbeszéljem, nem tartottam különösebb igényt idegenre”. Úgy érzi, hogy a feldolgozás „belső folyamat”, ezt „kívülről nem nagyon tudja valaki... főleg ha valaki nem él át ilyesmit, nem hinném, hogy ezt valaki különösebben segíteni tudja, ezt mindenkinek magának kell feldolgoznia”.

Ennek ellenére a veszteséget csak akkor tudta elengedni, amikor következő terhességéből megszületett a második fia. A várandóságot viszont nehezen élte meg: „Rányomta bélyegét a következő terhességre is, mert állandóan az volt az agyamban, hogy ha ezzel is történik valami probléma... nagyon nehéz volt... elfelejteni, kitörölni ezt nem lehet...Utána szépen lenyugodott a dolog”.

**Hatodik interjú:**

29 éves, első várandóssága 15. hetében következett be vetélés. A későbbiekben 2 egészséges gyermeke.

Férje maximálisan támogatta: „lényegében ketten dolgoztuk fel”. Kevés személyllyel osztotta meg veszteségét, ők viszont megfelelően támogatták. Voltak olyan segítő mondatok, melyekbe kapaszkodni tudott: „Ez a baba nem akart hozzátok érkezni”, vagy „Lehet beteg lett volna, és a jó Isten tudja, ezt hogyan kell rendezni”.

A vetélést megelőzően jelentkező panaszait az orvosa bagatellizálta: „Ne pánikoljon, ilyenkor már ilyen nem történhet”. A diagnózis közlésekor megjelent benne kifejezet a büntudatát, azonban sem akkor, sem később nem kapott az egészségügyi dolgozók részéről segítséget abban, hogy ezt el tudja engedni: „Semmi olyan lelki megerősítést nem kaptam, amivel az ember ezt könnyebben feldolgozza”. Negatívan élte meg azt is, hogy olyan folyosón kellett végéig sétálnia, ahol a kismamák várakoztak.

Lelki segítségnyújtást nem ajánlottak fel neki. Úgy érzi, hogy maga a tudat, hogy kereshet valakit, segített volna neki.

**Hetedik interjú**

23 éves korában, terhességének 36. hetében érte a veszteség az egyébként védőnő-

ként dolgozó interjúalanyt. A gyermekével együtt a méhét is elveszítette, így a vér szerinti gyermeke nem születethetett. A későbbiekben örökbe fogadtak egy gyermeket.

Egészséges és boldog várandósságot követően egy utazás alkalmával lett rosszul, melyet műtét is intenzív osztályos ellátás követett. Az osztályon nem tájékoztatták a magzat elvesztéséről, érzéseivel egyedül maradt: *„Sejtettem a jelekből, hogy meghalt a baba, amikor az intenzíven mondtam, hogy de jó lenne tudni valamit a babáról... és akkor az ápoló furcsa megjegyzést tett, amiből azt éreztem, hogy meghalt”*. Később egyedül tartózkodott a kórteremben, amikor az orvos közölte a történeteket, majd magára hagyta: *„Senki más nem volt, elmondta az információt és otthagytott. Próbáltam kapkodni a levegőt”*.

Pszichés segítséget nem ajánlottak fel, noha erősen indokolt lett volna. Amikor egy viziten *„Elkezdtem zokogni, egy nyugtató injectiot ajánlottak csak fel”*. Hazaengedését követően ugyan a zárójelentésén szerepelt, hogy *”pszichés vezetés javasolt”*, de ezzel sem a háziorvos, sem a védőnő nem foglalkozott.

A veszteség megélésével a nő a kórházi ellátása során egyedül maradt. Férje az intenzív osztályra nem mehetett be, azonban azt követően sem tudott megfelelő lelki támaszt nyújtani a felesége számára: *„Mindig terelte a témát”*. Otthonában természetes támaszai igyekeztek segíteni. Nehézséget jelentett, hogy környezetében két hozzá közel álló személy is várandós volt, majd egészséges gyermeket szült. Nagyon nehezen élte meg, amikor ők az egészséges babáikról beszéltek.

Több olyan segítőknek szánt visszajelzést tapasztalt, melyek negatívan érintették. Például, amikor azt mondták neki, hogy úgyis beteg lett volna, mert a lepényleválás miatt oxigénhiányos lett volna, attól: *„falra tudtam volna mászni, az kegyetlen volt”*. Vagy a *„Majd a következő”* mondat - *„Ő nem mérte fel, hogy nekem a méhemet is eltávolították, pedig tudta”*. Volt, aki azt mondta, *„Nem is láttuk, minek siratod”*. Ezek a mondatok ma is élénken élnek benne.

A gyász feldolgozásában több elakadása volt. Mind mentálisan, mind fizikálisan megviselték a történetek: *„A szerveim leálltak a sokkos állapot miatt, így testileg is és lelkileg is roncsnak éreztem magam”*. Háromszor próbált öngyilkos lenni. Szakmai segítséget a család ekkor sem tartott indokoltnak. Különösen gát volt ebben a férj, aki nem fogadja el az ilyen jellegű segítségnyújtást. Istenhitébe tudott kapaszkodni. Enyhülést egy évvel később, lányuk örökbefogadása hozott.

Több évvel a veszteség után egy képzésen találkozott egy gyászterapeutával. A találkozás során sok mindent megértett, helyre került benne. Utólag úgy érzi, ha időben találkozik ilyen szakemberrel, könnyebb lett volna a gyászfeldolgozás.

## MEGBESZÉLÉS

A mélyinterjú tapasztalatai alapján a megélt veszteségekkel kapcsolatos negatív érzések még több év távlatából is felidézhetőek voltak, érzékelhető volt a nehezen feldolgható fájdalom mind a hét esetben. Az összetört állapot által kiváltott szomorúság,

elkeseredettség, üresség érzése felszínre került az interjúk során. A kapcsolatok, a szeretettség és a megértés igénye minden esetben jelen volt. A társas közeg ezen igényekre eltérő módon reagált.

Több eset kapcsán megfigyelhető volt, hogy a természetes támaszok képesek voltak ráhangolódni az veszteséget megélt kismama érzelmi szükségleteire, és megfelelő szupportíót tudtak nyújtani számára. A folyamatban kitüntetett szerepe volt a férjnek/párnak. Azonban detektálható volt néhány esetben a nők elszigetelődése, a kommunikációs gátak kialakulása, illetve a gyász munka sürgetése – mely a veszteség feldolgozása szempontjából negatív faktoroknak tekinthetőek.

Az interjúalanyok az egészségügyi ellátás során több negatív tapasztalást éltek meg. A magzati elhalálozás nem megfelelő közlése, az információval való egyedül hagyás, az aggodalom visszautasítása, az abortuszt önként vállalókkal való egy szobába beosztás, a várandós kismamákkal való egy fizikai térben való lét mind-mind fájó tapasztalások voltak az az interjúalanyok számára.

Professzionális lelki segítséget nem ajánlottak fel az veszteséget megélt nők számára. Egy esetben szerepelt a zárójelentésen, hogy pszichés vezetés javasolt, de esetében sem történt meg a segítőkkel való összekapcsolás. Két esetben jóval a veszteséget követően vettek igénybe professzionális pszichés segítséget.

A veszteségeket eltérő módon dolgozták fel az édesanyák. Több esetben a retrospektív információk normál gyászfeldolgozásra utalnak, azonban bizonyos esetekben megfigyelhetőek voltak markáns maladaptív lelki tünetek is. Jellemzően az egészséges gyermek születése/örökbefogadás segítette a lezárásban. Ugyanakkor két interjúalany a későbbi, szakemberrel folytatott konzultáció során ismerete fel, hogy megrekedt a veszteség feldolgozásában és sikerült végül lezárni az elhúzódó gyászreakciót.

## **ÖSSZEZGÉS, JAVASLATOK**

Összességében jelen tanulmány eredményei felhívják a figyelmet a perinatális veszteséget megélt nők speciális érzelmi szükségleteire, valamint a komplikált gyász kialakulásának kockázatára. Az eredmények közül kiemelendő, hogy a veszteségek megélése egyedi, bizonyos esetekben a megfelelő társas támogatás elegendő volt a sikeres gyász munka elvégzésében. Azonban több esetben indokolt lett volna professzionális lelki támogatás biztosítása. Sajnálatos eredmény, hogy számos esetben az egészségügyi személyzet nem megfelelően kommunikált a veszteséget megélt nőkkel, illetve az ellátás során nem vették figyelembe lelki szükségleteiket.

Javaslatként kiemelt fontosságúnak tartanánk szakképzett egészségpszichológus vagy mentálhigiénés szakember valós elérhetőségének biztosítását minden perinatális veszteséget megélt nő számára, akik szakmai szempontok megfelelő mérlegelésével, az adott páciens egyéni szükségleteit figyelembe véve javasolhatnának rövid- vagy hosszú távú pszichés támogatást. Fontos lenne biztosítani a kórházi ellátást követően, ambuláns formában biztosítani egyéni és/vagy csoportos veszteségfeldolgozásra

irányuló tanácsadást.

Mivel a veszteségben nem csupán az várados nő, hanem az elveszített gyermek édesapja, valamint a szűkebb és tágabb család is érintett, indokolt lehet a családterápia felajánlása is. A családterápia azon túl, hogy támogathatja a családtagot veszteségfeldolgozását, segíthet a társas támogató háló megfelelő funkcionálásában, az esetlegesen felmerülő kommunikációs gátak leküzdésében is.

Kiemelten fontos továbbá a szülészeti-nőgyógyászati osztályon dolgozó szakemberek témával kapcsolatos érzékenyítése, számukra megfelelő kommunikációs technikák tanítása. Ugyanis, ahogy arra a szakirodalom is felhívja a figyelmet, a gyógyító team is fontos szupporciót jelenthet a veszteséget megélt nő számára (Török, 2015), különösen a veszteséggel való szembesülés időszakában.

Összességében elmondható, hogy a perinatális veszteséget követő megfelelő utógondozás segítené a sikeres gyász munkát, a normál életvitelhez való visszatérést mielőbbi visszatérést, valamint csökkentené a kialakuló szorongásos és hangulatzavarok kialakulásának kockázatát (Kersting & Wagner, 2022). A megfelelő lelki feldolgozásnak kiemelt jelentősége van a későbbiekben tervezett várandósság miatt is – ennek hiányában ugyanis fokozott mértékű szorongás, a mentális labilitás jelentkezhet. Ehhez jól működő team-munkára, valamint a természetes támaszok bevonására, szükség szerinti edukálására van szükség.

Kapcsolattartó szerző:

Sándor Zita

Gál Ferenc Egyetem

Egészség- és Szociális Tudományi Kar

5700 Gyula

Szent István u. 17-19.

sandor.zita@gfe.hu

Corresponding author:

Zita Sándor

Faculty of Health and Social Sciences

Gál Ferenc University

Szent István str. 17-19.

5700 Gyula, Hungary

sandor.zita@gfe.hu

Hivatkozás: Sándor, Z., & Sánta Tamásné (2023). Perinatális veszteségek lelki megéltése, *Deliberationes*, 16(1), 15–26.

## IRODALOMJEGYZÉK

Adolfsson, A., Bertero, C., & Larsson, P.G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 85(3), 330-335. doi: 10.1080/00016340500539376.

Boyle, F.M., Vance, J.C., Najman, J.M., & Therale, M. J. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: prevalence and patterns of distress among mothers. *Social Science & Medicine*, 43, 1273-1282. doi: 10.1016/0277-9536(96)00039-1.

Cuisinier, M.C., Kuijpers, J.C., Hoogduin, C. A., de Graauw, C. P., & Janssen, H. J. (1993). Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction

- with care. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 52(3), 163-168. doi: 10.1016/0028-2243(93)90066-1.
- Frost, M., & Condon, J. T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 30(1), 54-62. doi: 10.3109/00048679609076072.
- Hughes, P., & Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics Gynecology*, 15(2), 107-111. doi: 10.1097/00001703-200304000-00004.
- Janssen, H.J., Cuisinier, M.C., de Graauw, K. P., & Hoogduin K. A. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry*, 54:56-61. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830130062013.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012): Complicated grief after perinatal loss, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14:2, 187-194. doi: 10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting
- Kiss, E. CS., & Sz. Makó, H. (2015). (2015). Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Kovácsné Török, Zs., & Szeverényi, P. (1996). *A vetélés és a szülés körüli gyermek elvesztés a pszichológus szemével*. A Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti - Nőgyógyászati Társaság II: Kongresszusán elhangzott referátum anyaga, Gyula.
- Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Ami J Orthopsychiatry*, 61(4), 510-22. doi: 10.1037/h0079288.
- Li, J., Johansen, C., Hansen, D., & Olsen, J. (2002). Cancer incidence in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark. *Cancer*, 95(10), 2237-2242. doi: 10.1002/cncr.10943.
- Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P., Skodol, A., O'Connor, P., Geller, P.A., Stein, Z., & Susser, M. (1997). Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA*, 277(5), 383-388. PMID: 9010170
- Nikcevic, A.V., Tunkel, S. A., & Nicolaides, K. H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet Gynecology*, 11(2), 123-128. doi: 10.1046/j.1469-0705.1998.11020123.x.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9.
- Török, Zs. (2015). A perinatális veszteségélmény pszichológiája. In N. Pápai & A. Rigó (Eds.), *Reproduktív egészségpszichológia*. (86-108). ELTE Eötvös Kiadó.

#### Internetes hivatkozások:

- WHO – Perinatal deaths per 1000 births: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_84-1170-perinatal-deaths-per-1000-births/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_84-1170-perinatal-deaths-per-1000-births/) letöltve: 2023.05.04.
- KSH 22.1.1.13. Magzati veszteségek száma és aránya: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0013.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html) letöltve: 2023.05.04.
- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekkegészségügyi Intézet. Magyar Közlöny: Hivatalos Értesítő, 2010, 13(104), 15246– 15258. <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/kozlonyok/12/pdf/2010/104.pdf> letöltve: 2023.05.04.