

OPIEKA PALIATYWNA W PERINATOLOGII OCZAMI POŁOŻNYCH – MODEL POSTĘPOWA- NIA WOBEC RODZIN I DZIECI DOTKNIĘTYCH WADAMI LETALNYMI

*Palliative care in perinatology in midwives eyes – model of dealing
with families and children affected by lethal defects*

Ewelina Heidner¹, Joanna Janusz², Monika Przestrzelska³, Zdzisława Knihinicka-Mercik³

¹ Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

² Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@am.wroc.pl

STRESZCZENIE

Perinatologia jest dziedziną medycyny zajmującą się opieką perinatalną nad kobietą w ciąży i płodem. Coraz częściej określana jest pojęciem medycyny matczyno-płodowej. Dzięki postępowi medycyny, przez wykonywanie badań prenatalnych można wykryć wady letalne, które niejednokrotnie oznaczają śmierć nienarodzonego dziecka. Rodziny, które dowiadują się o tym, że ich dziecko nie ma szans przeżycia, mogą zdecydować się na jedną z trzech opcji: dokonania eugenicznej aborcji, podjęcie się opieki paliatywnej i uporczywej terapii. W artykule szeroko omówiono temat opieki paliatywnej, której zadaniem jest objęcie wszechstronnym wsparciem rodziny i chorego dziecka. Zadania opieki paliatywnej skupiają się na niesieniu wsparcia rodzinom, które doświadczają problemu wad letalnych. W sprawowaniu opieki nad tymi rodzinami znaczącą rolę odgrywa położna, która będąc wsparciem dla kobiet, pomaga im przejść przez ten trudny okres.

Słowa kluczowe: perinatologia, opieka paliatywna, eugeniczna aborcja, uporczywa terapia, wady letalne.

SUMMARY

Perinatology is the branch of medicine, which refers to the specialized care of pregnant women and their fetuses. It is often called maternal – fetal medicine. Thanks to progress in medicine, by performing prenatal testing, we can detect lethal defects, which often means that unborn child will die very soon. Families who find out that their child has no chances to survive can: do the eugenic abortion, take on palliative care, or persistent therapy. In the article the subject of palliative care is broadly represented and its primary focus on providing support to families which have a problem with lethal defects. The things which palliative care must do is to take care of family and terminally ill child. The midwife is the primary person who provide those families assistance and she is also the one who helps them to go through this difficult period.

Key words: perinatology, palliative care, eugenic abortion, persistent therapy, lethal defects.

WSTĘP

Ciąża jest dla kobiety wyjątkowym okresem w jej życiu. Często już w pierwszych dniach, kiedy dowiaduje się, że jest w ciąży, zaczyna tworzyć z płodem emocjonalną więź. Spodziewając się dziecka, kobieta snuje plany i marzenia z nim związane. Można stwierdzić, że nienarodzone dziecko jest dla przyszłej matki największą wartością, jaką na ten moment posiada.

Niestety, mimo ogromnego postępu w dziedzinie medycyny problem wad letalnych wciąż pozostaje aktualny. W związku z rozwojem diagnostyki prenatalnej rodzice, już podczas trwania ciąży, dowiadują się, że ich dziecko obciążone jest poważną wadą, która w konsekwencji może okazać się dla niego śmiertelna.

Perinatologia jest dziedziną medycyny, która zajmuje się szeroko pojętą opieką perinatalną nad kobietą nie tylko w okresie okołoporodowym, ale swoim zakresem obejmuje również płód, następnie noworodka i niemowlę w pierwszym roku życia [1, 2].

Rodzice nieuleczalnie chorego dziecka mogą podjąć się opieki paliatywnej w przypadku stwierdzenia chorób lub wad ograniczających życie. Polega ona na holistycznym podejściu do chorego dziecka, jak i jego rodziny. Opieka paliatywna podejmowana wobec rodziny dotkniętej niepomyślną diagnozą obejmuje sferę fizyczną, emocjonalną, społeczną oraz duchową [3].

Wady letalne są zaburzeniami rozwojowymi, które mogą pro-

wadzić do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego, a nawet do zgonu wewnątrzmacicznego. Są to nieuleczalne choroby, które najczęściej prowadzą do przedwczesnej śmierci dziecka, bez względu na rodzaj podjętego leczenia. Według obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny i ochronie płodu ludzkiego, wady letalne zakwalifikowane są do przerwania ciąży [3].

Do wad śmiertelnych zaliczają się między innymi zespoły chromosomalne, takie jak: zespół Edwardsa czy zespół Patau. Ponadto obejmują one ciężkie wady ośrodkowego układu nerwowego, w których można wyróżnić bezmózgowie. Wadami letalnymi nazywamy również szereg innych nieprawidłowości, które nie rokują wyleczenia [1].

Informacja o wadzie letalnej płodu, która dociera do rodziców, zawsze jest dużym obciążeniem dla ich psychiki. Decyzja o zakończeniu ciąży lub jej kontynuacji należy do rodziców dziecka. Należy pamiętać, iż niezależnie od podjętej decyzji rodzice nienarodzonego dziecka powinni zostać otoczeni specjalistyczną opieką.

DIAGNOSTYKA PRENATALNA

Wczesne wykrycie wad rozwojowych umożliwia podjęcie natychmiastowego leczenia oraz pozwala na przygotowanie rodziców do porodu w ośrodku o wysokim stopniu referencyjności, co jest istotne ze względu na konieczność podjęcia wysokospecjalistycznej opieki dla dziecka.

Badania prenatalne pozwalają na wykrycie wady, a co za tym idzie – również na ustalenie rokowań. Dzięki zastosowaniu diagnostyki prenatalnej można ocenić, czy wada jest uleczalna oraz zaplanować dalszy przebieg ciąży.

Poza możliwością wykrycia wad badania prenatalne spełniają również funkcje terapeutyczne. Są jednym ze wskaźników monitorowania przebiegu ciąży. W przypadku wykrycia wady pozwalają na zastosowanie leczenia u matki lub dziecka. Przygotowują rodziców do narodzin chorego dziecka i umożliwiają zapewnienie specjalistycznej opieki po urodzeniu [4].

Wśród badań prenatalnych możemy wyróżnić działania inwazyjne oraz nieinwazyjne. Do tych pierwszych zaliczamy m.in. standardowe badanie USG oraz USG genetyczne, jak również popularny test PAPP-A. Inwazyjne badania prenatalne budzą wiele kontrowersji i są przedmiotem etycznych dyskusji. Niektóre z tych badań to: amniopunkcja, biopsja trofoblastu czy kordocenteza. Ze względu na swoją inwazyjność badania te zwiększają ryzyko powikłań w przebiegu ciąży. Z tego powodu, przed ich wykonaniem, rodziców należy bezwzględnie poinformować o korzyściach, ryzyku i konsekwencjach, jakie za sobą niosą [4].

KRYTYCZNA DECYZJA

Wykrycie wady letalnej wiąże się dla rodziców z podjęciem „krytycznej decyzji” o dalszym przebiegu ciąży. Rodzice w tym trudnym momencie, w myśl ustawy „O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży” z 7 stycznia 1997 r. mogą podjąć się aborcji eugenicznej. Nie należy zapominać o tym, że w świetle prawa obowiązującego w Polsce jest ona dopuszczalna. Nie wszyscy jednak zgadzają się z takim prawem. Godny zauważenia jest fakt, iż jest to dylemat natury etycznej, który prawdopodobnie nigdy nie zostanie rozwiązany.

W tym wypadku należy sobie zadać pytanie, czy społeczeństwo ma być selektywne czy elektywne? Czy my jako ludzie mamy prawo skazywać kogoś na ból i cierpienie? I czy mamy prawo decydować o odbieraniu komuś życia? W tej kwestii zdania są – i prawdopodobnie zawsze będą – podzielone. Z tego względu nie powinniśmy oceniać rodzin, które dotknięte są tak traumatyczną sytuacją. Priorytetem powinno być w tej kwestii objęcie tych rodzin troskliwą opieką, niezależnie od podjętej decyzji.

Drugą z możliwości wyboru, jakiej mogą dokonać rodzice, jest podjęcie się wspomnianej wcześniej opieki paliatywnej. Działania w zakresie opieki paliatywnej/hospicyjnej skupiają się na poprawie jakości życia dziecka oraz udzielaniu wielopłaszczyznowego wsparcia dla rodziny. W jej zakresie mieści się również niwelowanie dotkliwych objawów bólowych, niesienie ulgi i wytchnienia, również w okresie żałoby [5].

Trzecią opcją, o jakiej mogą zadecydować rodzice, jest uporczywa terapia. Jest to powszechnie stosowany zwyczaj przez lekarzy, którzy za wszelką cenę dążą do zachowania życia ludzkiego. Trzeba stwierdzić, że w przypadku wad letalnych uporczywa terapia nie jest niczym innym jak przedłużaniem życia w bardzo bolesnej agonii. Często stosowanie uporczywej terapii spowodowane jest do eksperymentu medycznego. Natomiast zaniechanie uporczywej terapii może pozwolić dziecku odejść w spokoju. Należy podkreślić, że kiedy rodzice zdecydują się odstąpić od metod mających na celu przedłużanie życia na rzecz opieki paliatywnej, ich decyzja powinna zostać bezwzględnie uszanowana przez personel medyczny [6].

Te zagadnienia bioetyczne budzą ogromne emocje w rzeczywistości, gdzie pragnienie ratowania życia noworodka zderza się z koniecznością zadawania dodatkowego cierpienia, które nie rokuje poprawy życia.

Zaniechanie tych działań często bywa mylone z pojęciem eutanazji. Kluczowa w tej kwestii okazuje się odpowiedź na pytanie, czy zaprzestanie leczenia ma na celu pozbawienie życia, czy przywrócenie naturalnego procesu umierania? [5].

Odnosząc się do postaw moralnych w aspekcie neonatologii, dotykamy kwestii nowego życia, które powstaje w łonie

matki. Jest to podmiot, który nie jest w stanie sam o sobie stanowić, sam się bronić i wygłaszać własnych opinii na tematy natury bioetycznej. Dodatkowo stając przed problemem wad letalnych, rodzicom bardzo trudno jest podjąć decyzję o wykonaniu eugenicznej aborcji, podjęciu się opieki paliatywnej, a niekiedy nawet uporczywej terapii. Z tych względów personel medyczny, a w szczególności lekarz położnik, położna oraz neonatologowie powinni dołożyć wszelkich starań, aby niezależnie od podjętej decyzji otoczyć rodzinę dotkniętą tym problemem troskliwą i wszechstronną opieką.

Zdaniem Davida Meye, decyzje podejmowane w neonatologii należy odnosić przede wszystkim do teraźniejszości, uwzględniając przy tym elementarne doznania pacjenta, jakimi Meye określa: komfort i przyjemność, bowiem do takich odczuć zdolny jest noworodek [7].

Konieczne jest zapewnienie całościowej opieki nad rodzicami i dzieckiem. W skład zespołu terapeutycznego powinien wchodzić lekarz, położna, psycholog, a w niektórych przypadkach – jeżeli rodzina sobie tego życzy – również kapłan [4].

OPIEKA PALIATYWNA

Kiedy rodzice decydują się na domową opiekę paliatywną/hospicyjną, należy dołożyć wszelkich starań, aby otoczyć ich dziecko jak najlepszą opieką. W przypadku niepomyślnej diagnozy opieka paliatywna jest m.in. alternatywą wobec eugenicznej aborcji, bowiem chroni ona dziecko przed cierpieniem, a rodzinie dostarcza wielopłaszczyznowego wsparcia.

W przypadku kiedy rodzice zdecydują się podjąć opiekę paliatywną, musi być to odpowiednio udokumentowane. W dokumentacji medycznej musi widnieć oficjalny wpis, który będzie zawierał informację dotyczącą tego, aby u noworodka nie stosowano reanimacji, intensywnej terapii oraz leczenia chirurgicznego [4].

Opieka paliatywna, jako jedna z możliwości postępowania z dzieckiem, które obarczone jest niepomyślną diagnozą, służy przede wszystkim najlepszym interesom dziecka. Cechuje się ona szacunkiem dla życia, godności oraz autonomii chorego dziecka [1].

Podjęcie się paliatywnej opieki jest dla rodziców przejawem akceptacji dla nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby.

Licysz się, ponieważ jesteś tym kim jesteś, liczysz się do ostatniej chwili swojego życia, zrobimy wszystko co w naszej mocy, by pomóc Ci nie tylko spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci.

Powyższe słowa zostały wypowiedziane przez Cicely Mary Strobe Saunders, która była założycielką Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Jest ona postacią uważaną za twórczynię medycyny paliatywnej. Jej słowa doskonale oddają ideę opieki paliatywnej.

Informując rodziców o niepomyślnej diagnozie, personel medyczny powinien dołożyć wszelkich starań, aby odbyło się to w możliwie jak najbardziej dogodnych warunkach. Takich, które pozwolą rodzicom przeżyć te trudne chwile w spokoju i bez zbędnych formalności.

W takim momencie personel medyczny powinien zostać ograniczony do niezbędnego minimum, a informacja przekazywana powinna być w odosobnionym pomieszczeniu, zapewniającym warunki intymności. Niedopuszczalne jest, aby był to korytarz, czy inne miejsce, które nie sprzyja zachowaniu prywatności w tak trudnym momencie [4].

Ważnym aspektem jest również to aby – o ile to możliwe – informacja o niepomyślnej diagnozie przekazywana była obojgu rodzicom. My jako personel medyczny musimy pamiętać o tym, aby rozmawiać z rodzicami w sposób dla nich zrozumiały. Nie należy w tym wypadku używać trudnych, medycznych terminów. Jednakże rodzicom trzeba udzielić wyczerpujących informacji dotyczących stanu ich dziecka, jednocześnie wyrażając współczucie [4].

Nieodłącznym elementem postępowania z rodzicami dotkniętymi tak ciężką sytuacją jest czas, którego potrzebują oni na pożegnanie się z dzieckiem. Jeżeli zmarło po porodzie, rodzice powinni mieć możliwość spokojnego pożegnania się. Natomiast w przypadku, kiedy dziecko żyje, powinniśmy umożliwić rodzinie spędzenie ostatnich chwil z dzieckiem, które umrze w niedalekiej przyszłości [4].

W chwili gdy rodzice dowiadują się, że ich dziecko właściwie nie ma szans na przeżycie, element pożegnania jest bardzo ważny. Dzięki tej możliwości kobieta będzie mogła spędzić z dzieckiem ostatnie chwile, co w późniejszym czasie pozwoli jej na przeżywanie żałoby oraz zaakceptowanie zaistniałej sytuacji.

W opiece nad kobietą, u dziecka której postawiono niepomyślną diagnozę, dla personelu medycznego niezwykle przydatna może okazać się znajomość standardu postępowania, który został opracowany przez Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu. Standard ten znajduje szerokie zastosowanie również w opiece nad kobietą ciężarną, której dziecko ma stwierdzoną wadę letalną. Owe opracowanie mówi o tym, że należy okazać szacunek zarówno matce, jak i zmarłemu dziecku. Dotyka również kwestii godności i intymności pacjentki, mówiąc o tym, że wszelkie badania powinny być przeprowadzane w intymnej atmosferze i obecności partnera – jeżeli kobieta tego sobie życzy [8].

Przebywając z pacjentką, która doświadcza tak ciężkiej sytuacji, nie możemy zapominać o tym, że powinniśmy informować ją o każdej czynności, która będzie wobec niej podejmowana. Istotną kwestią jest zaproponowanie pomocy psychologa oraz przekazanie informacji o miejscach pomocy [8].

ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

Zdiagnozowanie wady letalnej płodu, a w konsekwencji utrata dziecka, bardzo często jest sytuacją traumatyczną dla kobiety i jej bliskich. W psychologii śmierć dziecka zaliczana jest do jednych z najbardziej krytycznych wydarzeń życiowych.

Od momentu postawienia diagnozy o wadzie letalnej do chwili utraty ciąży bądź śmierci dziecka rodzicom towarzyszą uczucia właściwe żałobie. Psychologia podkreśla znaczenie zjawiska antycypacji żałoby, czyli przeżywania smutku po stracie bliskiej osoby jeszcze przed rzeczywistą śmiercią. Antycypacja żałoby umożliwia stopniowe, powolne pożegnanie się rodziców z dzieckiem, dając możliwość przygotowania się na stratę [4].

Żałoba po stracie to uczucie niezależne od ludzkiej woli. Psycholodzy wyróżniają kilka etapów, przez które przechodzi kobieta po śmierci dziecka, od fazy szoku i uświadomienia ogromu straty, przez wycofanie się i zaprzeczenie, aż do poszukiwania sensu, pogodzenia się ze sobą i powrót do równowagi. Proces ten jest niezwykle długi i bolesny. Położna powinna pamiętać, że bagatelizowanie, umniejszanie, skracanie czy pomijanie tego stanu może przyczynić się do pojawienia się reakcji silnego stresu, jak i stresu potraumatycznego [4].

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, rodzice mają prawo do rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, uzyskania zasiłku pogrzebowego oraz do pochowania dziecka, jego ciała lub szczątków, bez względu, na jakim etapie ciąży doszło do jej zakończenia. Obojgu rodzicom przysługuje również prawo do uzyskania wszelkich informacji w szpitalu oraz pełnej dokumentacji medycznej. Ponadto kobiecie po śmierci dziecka przysługuje prawo do urlopu macierzyńskiego [4, 8].

DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA

W ostatnich latach prężnie rozwija się ruch hospicyjny, którego celem jest niesienie pomocy rodzicom dzieci ze zdiagnozowaną wadą letalną. Powstają hospicja prenatalne, które swoją opieką otaczają także dzieci w okresie prenatalnym oraz okołoporodowym. Matki, które pomimo dramatycznych rokowań decydują się urodzić, mogą skorzystać ze wsparcia hospicjum [3].

Hospicja prenatalne posiadają wykwalifikowany specjalistyczny zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi lekarze pediatrzy, neonatolodzy, ginekolodzy, położnicy, położne, psy-

chodolodzy oraz duchowni. Tworzą oni zindywidualizowany plan opieki nad rodziną w okresie prenatalnym, z uwzględnieniem zakresu postępowania w okresie okołoporodowym oraz czynności wykonywanych u noworodka. Stają się specyficzną grupą wsparcia dla rodziców, asystując im w okresie ciąży i porodu, towarzysząc umierającemu noworodkowi, a także pomagając rodzinie przeżyć okres żałoby [2].

Hospicjum prenatalne to nie miejsce pobytu kobiety w ciąży powikłanej, a sposób opieki nad matką, jej bliską rodziną oraz jej umierającym dzieckiem.

Na świecie najwięcej tego typu ośrodków zlokalizowanych jest w USA – 64, natomiast w Kanadzie, Francji, Wielkiej Brytanii oraz we Włoszech są to pojedyncze placówki. W Polsce pierwsze i jedyne hospicjum perinatalne powstało w Warszawie. Działa w ramach Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci [1].

Warszawskie Hospicjum obejmuje swoją opieką rodziców, rodzinę oraz noworodka, jeśli dożyje do czasu porodu. Zapewnia indywidualne wsparcie psychologiczne rodzicom, dając możliwość oswojenia się z tragiczną sytuacją oczekiwania na poród dziecka z wadą pozwalającą na przeżycie [8].

Hospicjum zapewnia również możliwość spotkania się z rodzicami, którzy mają podobne doświadczenia. Rodziny otrzymują materiały dotyczące nieuleczalnie chorych dzieci, które znajdowały się pod opieką Warszawskiego Hospicjum [8].

Warszawskie Hospicjum przy współpracy z Poradnią Patologii Ciąży Szpitala Klinicznego im. Anny Mazowieckiej zapewnia niezbędną opiekę położniczą, podczas której w czasie indywidualnych konsultacji rodzice mają czas na omówienie i ustalenie zasad postępowania i zakresu czynności podejmowanych wobec noworodka. W ramach działalności hospicjum udzielane jest wsparcie telefoniczne oraz mailowe osobom, które nie mają możliwości przyjazdu na konsultacje. Warszawska placówka współpracuje również z lekarzami i psychologami zespołów opieki paliatywnej nad dziećmi w Lublinie, Łodzi, Białymstoku, Szczecinie, Gdańsku i Krakowie [8].

ZADANIA POŁOŻNEJ WOBEC OPIEKI PALIATYWNEJ W PERINATOLOGII

Położna sprawująca opiekę nad noworodkiem z wadą letalną powinna mieć świadomość, że wszystkie metody zastosowane w ramach tej opieki mają przynosić ulgę, a nie dodatkowe cierpienie, należy zrezygnować z wykonywania rutynowo w szpitalach bolesnych zabiegów.

Położna jest osobą wykwalifikowaną do tego, aby nieść pomoc kobiecie nie tylko w pięknych momentach, jakimi są narodziny zdrowego dziecka, ale także w trudnych sytuacjach, jakie mogą towarzyszyć ciąży. Jako osoba opiekująca się kobietą w każdym momencie jej życia, powinna cechować się poczuciem empatii. Powinna mieć świadomość, że opieka nad dzieckiem, które rodzi się na granicy życia i śmierci, jest ekstremalnie trudnym doświadczeniem dla jego rodziny, dlatego jej wielopłaszczyznowe wsparcie jest niezbędne. Jest również odpowiedzialna za zapewnienie odpowiedniego komfortu rodzicom przebywającym na oddziale intensywnej opieki noworodkowej.

Opieka nad kobietą, która zmaga się ze świadomością nieuchronnej utraty dziecka, wymaga od położnej zwrócenia uwagi na jej potrzeby, poświęcenia czasu, aby przez swoją obecność uczynić łatwiejszymi kolejne dni życia.

Położna sprawująca opiekę nad kobietą doświadczającą utraty ciąży lub noworodka dotkniętego szczególnie wadą letalną powinna przyjąć postawę wspierającą. Powinna pomóc rodzinie uczcić pamięć zmarłego dziecka i zadbać o zachowanie pamiątek po dziecku (zdjęcie, odcisk stópki, kosmyk włosów itp.), które mogą być przekazane rodzicom [4].

Istotne jest również przekazanie rodzinie informacji na temat możliwych form pomocy, np. kontaktu do poradni psychologicznej, stowarzyszeń rodziców dzieci chorych lub rodziców po stracie czy wsparcia duchownego [4].

Mowa jest srebrem, a milczenie złotem

Czasami położna nie musi udzielać żadnych rad, ani podejmować żadnych działań. Niejednokrotnie najważniejsze jest to, aby położna jako osoba najbliższa kobiecie po prostu towarzyszyła jej w najtrudniejszych dla niej chwilach. Aby pomagała przez swoją obecność rozumieć odczuwany ból, strach i cierpienie, a nade wszystko koncentrowała się na uczuciach kobiety związanych z żegnaniem dzieckiem.

WNIOSKI

Dalszy rozwój diagnostyki prenatalnej będzie zapewniał coraz wcześniejsze i dokładniejsze rozpoznawanie patologii u płodów. Zasada „pro life” nie oznacza negowania zasadności diagnostyki prenatalnej, jedynie zastosowanie jej zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, w poszanowaniu dobra matek i dzieci.

Personel medyczny musi mieć świadomość, że decyzja o urodzeniu dziecka z wadą letalną nie jest równoznaczna ze zgodą na zastosowanie reanimacji oraz uporczywej terapii. Rodzice dzieci z wadami letalnymi powinni mieć prawo do podejmowania świadomej decyzji o wyborze opieki paliatywnej lub domowej opieki hospicyjnej.

Pacjentka w tak trudnym momencie swojego życia, jakim jest utrata jej dziecka, winna być otoczona profesjonalną i troskliwą opieką, jaką powinna jej zapewnić położna, która w sposób niezależny od własnych przekonań duchowych, światopoglądowych itd. będzie wspierać kobietę w podjętych decyzjach. Umiejętność empatycznego słuchania, wyrażania współczucia w obliczu żałoby to podstawowe wyznaczniki profesjonalnej opieki położnej w tak trudnej sytuacji.

BIBLIOGRAFIA

1. Dangel T, Szymkiewicz-Dangel J. *Opieka paliatywna w perinatologii*. W: Dangel T, red. *Opieka paliatywna nad dziećmi*. Wyd. XIII. Warszawa; 2005: 27–30.
2. Szymkiewicz-Dangel J. Perinatalna opieka paliatywna – czy możliwa jest współpraca położników i neonatologów z hospicjami domowymi dla dzieci? *Opieka Paliatywna nad Dziećmi* 2007; XV: 25–28.
3. Dangel T. Wady letalne u płodów i noworodków – opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. www.hospicjum.waw.pl.
4. Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
5. Kornas-Biela D. Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów. *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo* 2008; 04.
6. Grenda T, Kaczkowski R, Pawlikowski J, i wsp. *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci – wytyczne dla lekarzy*. Polskie Towarzystwo Pediatryczne; 2011.
7. Szewczyk K. Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania. *Diametros* 2010; 26: 96–135.
8. *Standardy postępowania z pacjentką doświadczającą poronienia, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, porodu przedwczesnego i śmierci dziecka krótko po narodzinach*. Warszawa: Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu; 2008.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-56

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.05.2013 r.
Po recenzji: 28.05.2013 r.
Zaakceptowano do druku: 10.06.2013 r.