

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Tanja Jamnik**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU  
ŽALOVANJA STARŠEV OB PERINATALNI SMRTI  
OTROKA**

**Ljubljana, 2017**







**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Tanja Jamnik**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU  
ŽALOVANJA STARŠEV OB PERINATALNI SMRTI  
OTROKA**

Pregled literature

**A NURSE'S ROLE IN THE PROCESS OF PARENTS  
GRIEVING AT PRENATAL LOSS**

a literature review

**Mentorica: pred., dr. Darja Thaler, viš. med. ses., univ. dipl. org.,  
spec. supervizor**

**Recenzentka: asist. Tita Stanek Zidarič, MSC (UK), IBCLC, pred.**

**Ljubljana, 2017**



## ZAHVALA

Najprej bi se želela zahvaliti svoji mentorici dr. Darji Thaler za prevzem mentorstva in napotke pri izdelavi diplomske naloge ter recenzentki asist. Titi Stanek Zidarič za strokovno recenzijo dela.

Zahvalila bi se tudi prijateljem za vso podporo in pomoč, ki so mi jo namenili v času študija in pri izdelavi diplomskega dela.

Največja zahvala pa gre Tebi. Hvala ti, ker si verjel vame ter za vse spodbudne besede in podporo, ki si mi jo namenil tekom študija. Hvala!





## IZVLEČEK

**Uvod:** Smrt otroka predstavlja močno emocionalno doživetje staršev in zdravstvenega tima, ki je prisotno ob umirajočem otroku in njegovi družini. Žalujoči starši se težko sprijaznijo z dejstvom, da jim je življenje vzelo tisto, kar jim je dalo smisel. Postavljeni so pred dolgo pot trpljenja, kjer predelujejo svojo izgubo in se nanjo privajajo. Pri tem ima medicinska sestra pomembno vlogo, saj s svojim delovanjem vpliva na doživljanje smrti in potek žalovanja pri žalujoči družini. **Namen:** Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda literature preučiti in predstaviti vpliv medicinskih sester na proces žalovanja staršev v primeru perinatalne smrti otroka. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s kritičnim pregledom slovenske in angleške strokovne ter znanstvene literature s področja zdravstvene nege, smrti in žalovanja. Iskanje literature je potekalo s pomočjo Kooperativnega bibliografskega sistema COBIB.SI in podatkovnih baz CINAHL with Full Text in Medline (PubMed). **Razprava in sklep:** Pri procesu žalovanja staršev ima medicinska sestra vodilno vlogo, saj je običajno med prvimi, ki stopijo v stik z žalujočimi starši. Že samo nepravilen pristop, napačna kretnja ali beseda lahko staršem povzročijo dodatno bolečino. Zaradi vseh občutkov negotovosti zdravstveno osebje velikokrat dvomi vase in v svoje znanje, kar močno vpliva na zagotavljanje ustrezne podpore prizadeti družini. Medicinska sestra se ne sme bati komunikacije s starši, in kar je najpomembnejše, mora jih znati poslušati in žalujočo družino obravnavati celostno. Pomembno je timsko sodelovanje strokovnjakov z različnih področij, ki so vključeni v obravnavo žalujoče družine. Ravno s celostno in individualno obravnavo žalujočih staršev ter z ustrezno podporo in razumevanjem bodo pozitivno vplivali na njihov proces žalovanja.

**Ključne besede:** smrt otroka, zdravstvena nega, žalovanje, pomoč družini, supervizija.



## ABSTRACT

**Introduction:** The death of a child represents a strong emotional experience to parents and medical team which is with a dying child and their family. With great difficulty, grieving parents have to accept that life took away the thing that gave them purpose. They are put on a long path of suffering, where they process their loss and learn to live with it. Here, a medical nurse has an important role, because with her actions she influences the experience of death and the grieving family's path of mourning.. **Purpose:** The purpose of this dissertation is, with the help of literature, examine and present the influence nurses have on the process of mourning in case of prenatal death of a child. **Methods:** The descriptive method was used to examine the technical and scientific literature in Slovenian and English language from the field of medical medical care, death and mourning. The search of literature was conducted with the help of cooperative bibliographic system COBIB.SI and databases like CINAHL. **Discussion and conclusion:** When parents mourn, a medical nurse is very important, because she is among the first ones, who make a contact with the grieving parents. As little as the wrong approach, a gesture or a word can cause additional pain. Many times the health staff feels uncertain, doubt themselves and their knowledge, which all affects their approach to the grieving parents. A nurse should not be afraid to communicate with the parents and, most importantly, they need to listen and provide the holistic approach to the grieving family. It is also important that experts from different medical fields, who work with grieving parents, cooperate. With the holistic and individual treatment of grieving parents alongside the right support and understanding, they could positively influence the process of mourning.

**Key words:** child death, nursing, grieving, family support, supervision.



# KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN .....	2
3	METODE DELA.....	3
4	SMRT IN ŽALOVANJE.....	5
4.1	Pomen žalovanja.....	5
4.2	Faze žalovanja.....	6
4.3	Potrebe žalujoče družine.....	8
5	DOŽIVLJANJE MEDICINSKE SESTRE OB SMRTI OTROKA IN NJENA VLOGA PRI SOOČANJU S STARŠI.....	9
6	RAZPRAVA.....	17
7	ZAKLJUČEK.....	20
8	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	21



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Identifikacija literature v posameznih bibliografskih bazah .....	4
---	---





# 1 UVOD

Izguba otroka sproži globoko žalovanje, ki predstavlja eno najtežjih preizkušenj v življenju. Čustvena izkušnja, v kateri so se žalujoči starši znašli, ni povezana samo z izgubo zelenega otroka, ampak tudi z izgubo prihodnosti, želja, sanj in predstav, ki so jih imeli o svojem otroku (Pavše et al., 2016).

Starši se na svojega otroka navežejo ter ga vzljubijo že med nosečnostjo (Pavše et al., 2016). Ravno zaradi tega njegova smrt postavi starše pred izziv – kako se soočiti z dejstvom, da nikoli več ne bodo skupaj s svojim umrlim otrokom (Zečević et al., 2003). Žalovanje je globoko prepletanje različnih čustev: od jeze, krivde, neuspeha, ljubosumja do razmišljanja o tem, kaj lepega bi lahko storili za svojega otroka in kaj hudega bi mu lahko prihranili (Bregant et al., 2005). Ob smrti otroka se starši srečajo z različnimi čustvenimi reakcijami. Lahko pride tudi do situacije, da svojega otroka nočejo videti in ga posledično potiskajo stran od sebe (Baznik, 2005). Jezni so nase ter na zdravstvene delavce, ker niso uspeli ohraniti otroka pri življenju (Forster, Hafiz, 2015). Ne glede na njihov odziv morajo starši dobiti ustrezno podporo s strani zdravstvenih delavcev, saj so ravno oni tisti, ki prvi stopijo v stik z žalujočimi starši. S svojim delom ter prisotnostjo vplivajo na razliko med zdravim in patološkim načinom žalovanja staršev po smrti otroka (Mullen et al, 2015).

Medicinske sestre so v današnjem času bolj kot kadarkoli prej izpostavljene procesu umiranja ter smrti, in sicer brez predhodne izobrazbe, ki bi jih naučila soočanja s tem in z lastnimi čustvi ob smrti otroka (Morgan, 2009).

## 2 NAMEN

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako lahko medicinske sestre s svojim delom vplivajo na proces žalovanja staršev v primeru perinatalne smrti otroka, zato da bi se medicinske sestre posledično lahko izognile splošnim napakam pri obravnavanju žalujočih staršev.

Cilji diplomskega dela so:

- Predstaviti pomen žalovanja ter faze procesa žalovanja staršev ob perinatalni smrti otroka.
- Predstaviti doživljanje medicinske sestre ob perinatalni smrti otroka.
- Predstaviti vlogo medicinske sestre ob perinatalni smrti otroka.
- Predstaviti komunikacijo medicinske sestre z žalujočimi starši.

### 3 METODE DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s kritičnim pregledom slovenske in angleške strokovne ter znanstvene literature s področja zdravstvene nege, smrti in žalovanja. Literaturo smo pregledovali v obdobju od februarja 2017 do julija 2017. Iskanje literature je potekalo s pomočjo Kooperativnega bibliografskega sistema COBIB.SI z uporabo ključnih besed ter besednih zvez, kot so: smrt otroka, žalovanje, proces žalovanja, otrok, pomoč družini, podpora medicinskih sester in supervizija. Pregledali smo članke v revijah *Psihološko obzorje* in *Obzornik zdravstvene nege*. Knjige in zbornike smo iskali v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana, Centralni medicinski knjižnici Ljubljana in Narodni in univerzitetni knjižnici Ljubljana. Kriterij iskanja slovenske literature je zajemal literaturo od leta 2003 do 2016 s poudarkom na novejših virih. Če je imela določena vsebina pomembno vrednost za nastajanje diplomskega dela in je bila iz starejšega obdobja, smo jo izjemoma uporabili.

Literaturo smo iskali tudi s pomočjo podatkovnih baz CINAHL with Full Text in Medline (PubMed). V posameznih bazah podatkov smo z operatorjem AND uporabili več kombinacij ključnih besed, ki so prikazane v Tabeli 1. Iz nje je prav tako razvidno število pridobljenih enot literature po posameznih bibliografskih bazah. V CINAHL smo dobili 2587, v MEDLINE (PubMed) pa 7239 zadetkov. Iskanje smo omejili na angleški jezik, besedila v celoti in obdobje objave med letoma 2007 in 2016 ter uporabili naslednje ključne besede in besedne zveze: *children death*, *nursing communication*, *nurses support* in *grief*. V nadaljevanju smo na podlagi izključitvenih kriterijev izločili 9808 člankov. V končno analizo je bilo tako vključenih 18 člankov.

*Tabela 1: Identifikacija literature v posameznih bibliografskih bazah*

<b>Kombinacija ključnih besed</b>	<b>CINAHL with Full Text</b>	<b>MEDLINE (PubMed)</b>
»nursing communication AND grief«	247	256
»nursing communication AND children death«	2316	6968
»nurses support AND children death«	5	1
»nurses support AND grief«	19	14
Skupaj	9826	

Pri izboru literature smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije:

- dostopnost besedila v celoti (*»full text«*) ter
- strokovni ali znanstveni članek z ustrežno vsebino, s pomočjo katere lahko dosežemo zastavljene cilje diplomskega dela.

Izključitveni kriteriji:

- podvajanje člankov,
- nestrokovnost članka,
- obravnava procesa žalovanja v različnih kulturah,
- vpliv smrti otroka na zdravnike,
- obravnava procesa umiranja na domu,
- posmrtno življenje,
- obravnava procesa žalovanja starih staršev umrlega otroka in
- vsebinsko premalo informativni članki za doseganje ciljev diplomske naloge.

Na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo iz podatkovne baze CINAHL vključili 11 člankov in iz MEDLINE (PubMed) 7 člankov.

## 4 SMRT IN ŽALOVANJE

Z biološkega vidika smrt pomeni popolno in neobnovljivo prenehanje življenjskih funkcij, ki telo vzdržujejo pri življenju (Reith, Payne, 2009). Smrt predstavlja naravni in univerzalni dogodek v vsakem človeškem življenju. Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da govoriti o smrti pomeni govoriti o življenju (Bajc et al., 2010).

Rojstvo mrtvega otroka s porodno težo nad 500 g oziroma smrt do njegovega sedmega dneva starosti imenujemo perinatalna smrt. Gre za izgubo še nedoživetega in s tem za razdrtje sanj, ki so se začele s potrditvijo nosečnosti (Limbo, Kobler, 2009). Smrt otroka si mnogi predstavljajo kot nepošteno izgubo, ki ne sledi naravi kronologije umiranja. Predstavlja hudo stresno situacijo, ki starše zaznamuje za vse življenje (Ozbič, 2015). Hass in Walter (2007) izpostavljata, da se je potrebno prilagoditi tej spremembi in s tem omogočiti, da življenje kljub izgubi teče naprej. Smrti vedno sledi žalovanje. To je proces, ki lahko traja tudi več let, v katerem težka izkušnja izgube postane del življenja. Gre za normalen, vendar boleč pojav, kjer žalujoči počasi sprejemajo resničnost in se naučijo živeti z izgubo.

S procesom žalovanja starši ne pozabijo na umrlega otroka, ampak zanj najdejo mesto v svojem srcu, kjer ne povzroča tako močne bolečine. S tem si omogočijo nove možnosti za nadaljnje življenje (Butler et al., 2015).

### 4.1 Pomen žalovanja

Laiki menijo, da so prvi dnevi po otrokovi smrti najtežji ter da je vse, kar žalujoči starši potrebujejo, čas. Najtežji del žalovanja je predelovanje bolečih spominov, kjer se človek uči ponovno zaživeti. Pomembno se je zavedati, da čeprav je otrok umrl že pred leti, za žalovanje ni nikoli prepozno, saj imajo starši pravico in potrebo po žalovanju. Čas ne more zmanjšati bolečine, ki jo starši preživljajo – to moč ima le žalovanje. Potreba po žalovanju pa postane v morebitni naslednji nosečnosti še toliko bolj pomembna, saj so starši postavljeni pred preizkušnjo, kjer ponovno na plan pridejo čustva in misli, ki so jih doživljali ob smrti svojega otroka (Butler et al., 2015; Globevnik Velikonja, 1999).

Med družinami se pojavljajo različni vzorci žalovanja. Vsak se na smrt odzove drugače ter se z bolečino spoprijema na svoj način. Čeprav na pogled lahko žalovanje deluje enako,

temu ni tako. Žalovanje enih staršev je lahko popolnoma drugačno od žalovanja drugih staršev (Butler et al., 2015). Ozbič (2015) meni, da je kvaliteta žalovanja odvisna od treh glavnih dejavnikov, ki so med seboj povezani in lahko močno vplivajo en na drugega. Individualni dejavniki v obravnavo zajemajo spol in starost staršev. Razlog smrti, informiranost žalujočih staršev in način prejemanja informacij pa obravnavajo situacijski dejavniki. Navsezadnje je soočanje s smrtjo odvisno tudi od družbeno-kulturnih dejavnikov, ki so slovo od umrlega otroka, sprejemanje smrti in pogovor o njej.

Sčasoma se žalujoči starši začnejo vračati k vsakodnevnim opravilom. Vendar to ne pomeni, da so pozabili na svojega umrlega otroka. Pomeni le, da so se naučili živeti z izgubo in z mislijo, da niso skupaj s svojim otrokom. Pridejo dnevi, ko starši občutijo nepopisno praznino in osamljenost ter izjemno pogrešajo svojega umrlega otroka (Pavše et al., 2016). Žalovanje postane težje ob družinskih dogodkih, kot so obletnica otrokove smrti, datum rojstva, različni prazniki ter praznovanja, saj so takrat še bolj opomnjeni na izgubo. Žalovanje jim dodatno lahko oteži misel, da bodo njihovi najbližji pozabili na izgubljenega otroka in mu tako odvzeli status obstoja (Mullen et al., 2015).

## **4.2 Faze žalovanja**

V procesu žalovanja gredo starši po težki poti, ki je sestavljena iz različnih faz. Faze potekajo vse od začetnega šoka ob prejetju novice do sprejetja resnice in ponovnega odkritja smisla v življenju (Božnar, 2012).

Mullen in sodelavci (2015) so izpostavili pogosto nihanje razpoloženja, ki je značilno predvsem v začetnih fazah žalovanja. Žalujoči starši pogosto občutijo krivdo, predvsem takrat, ko se imajo lepo in se počutijo bolje. V procesu žalovanja starši doživijo različne emocije, ki niso nikoli enake, saj se vsak odzove drugače.

Faze žalovanja so izpostavljene z namenom, da lahko zdravstveno osebje oceni, v kateri stopnji se žalujoči starši nahajajo, in tako primerno ukrepa in pomaga (Kubler Ross, Kessler 2005).

Prva faza se imenuje faza šoka in izogibanja. Predstavlja kratko obdobje – traja od prejetja novice o smrti do približno treh mesecev po otrokovi smrti. V tej fazi se starši dogodkov ne zavedajo, ti tečejo mimo njih in starši se jim podzavestno želijo izogniti. Razumsko še

ne morejo sprejeti smrti svojega otroka in mislijo, da ta še zmeraj živi ter da se bo na koncu vrnil nazaj v njihov objem. Upajo, da se smrt ni zares zgodila (Adams et al., 2014).

V naslednji fazi, ki predstavlja fazo hrepenenja, so odzivi na smrt najmočnejši, saj se kažejo tako v telesnem kot duševnem stanju žalujočega. Značilno je močno hrepenenje, neprestano iskanje in klicanje umrlega, nemir, razdražljivost, spremenjena samopodoba ter pomanjkanje energije. Žalujoči se nenehno sprašujejo, zakaj se je to zgodilo ravno njim ter kaj so naredili narobe. Ta faza samoizpraševanja, jeze in občutka krivde traja običajno šest tednov. Starši se morajo naučiti sprejeti bolečino, ki jo povzroča smrt njihovega otroka (Zečević et al., 2003).

V tretji fazi, fazi obupa ter prilagoditve na spremembe, se starši počasi začnejo učiti živeti v novonastalih okoliščinah in se posledično obračati na ljudi, ki jih obkrožajo in potrebujejo. Učijo se sprejemati drugačno doživljanje samega sebe z iskanjem smisla življenja brez otroka. Žal lahko pride tudi do situacije, ko se nekateri ne zmorejo prilagoditi in tako postanejo ujetniki samih sebe (Zečević et al., 2003). Izogibajo se socialnim stikom, v družbi so zadržani in se tako raje umaknejo v samoto. Zaradi kopičenja čustev, ki jih niso bili sposobni predelati, se lahko pojavi tudi depresija (Bajc et al., 2010). Rakovec Felser (2006) je izpostavila, da se v tej fazi starši srečajo z najbolj ključnimi trenutki v procesu žalovanja, kjer spoznajo, da nečesa več ne morajo spremeniti.

Faza emocionalne premostitve in nadaljevanja z življenjem predstavlja zadnjo fazo v procesu žalovanja, kjer se duševno stanje žalujočega izboljša. Starši vanjo vstopijo eno leto ali več po otrokovi smrti. Ponovno so v družbi sposobni delovati tako kot pred izgubo. Naučijo se ponovno vzpostaviti odnos z drugimi ljudmi okoli sebe (Hunt, Greeff, 2012). Misel na umrlo osebo ne povzroča več tako močne bolečine in tesnobe v srcu kot v začetnih fazah žalovanja. Do te faze pride, ko starši dokončno sprejmejo smrt svojega otroka (Adams et al., 2014).

Hunt in sodelavci (2012) izpostavljajo, da žalovanje ni linearen proces ter da je povsem normalno, če se žalujoči starši premikajo iz ene faze v drugo oziroma celo nazaj. Prav tako lahko preskočijo kakšno fazo ali pa občutijo več faz skupaj. Z žalovanjem starši ne bodo nikoli prenehali, saj jim bo zmeraj žal, da je njihov otrok umrl.

### 4.3 Potrebe žalujoče družine

Starši pričakujejo od zdravstvenih delavcev podporo, razumevanje ter vodenje po neznani poti, na kateri so se znašli popolnoma nepripravljeni (Limbo, Kobler, 2009).

Žalujoča družina ima ob izgubi svojega otroka različne potrebe in želje. Nekaterim veliko pomeni, da je otroku omogočen krst, drugim zadošča pogovor z duhovnikom. Naloga zdravstvenih delavcev je, da družini nudijo ustrezen prostor, kjer bo imela zasebnost ter na razpolago toliko časa, kot ga potrebuje (Mullen et al., 2015). Baznik (2005) poudari, da je potrebno upoštevati tudi druge kulturne in religiozne obrede ob smrti.

Ob smrti otroka je obvezna obdukcija, saj so posmrtni izvidi vsekakor izredno pomembni za vodenje naslednje nosečnosti. Hkrati pa starši dobijo dodatno razlago in pojasnilo, zakaj je njihov otrok umrl. Izvidi obdukcije naj bodo staršem na voljo v čim krajšem času (Pavše et al., 2016).

Adams in sodelavci (2014) v svojem delu izpostavijo pomembnost permanentnega nudenja strokovne pomoči žalujočim staršem tudi izven bolnišničnega okolja. O smrti otroka naj bo patronažna sestra obveščena takoj, saj lahko le tako čim prej naveže stik z žalujočo družino. Potrebno jim je ponuditi strokovno pomoč in s tem preprečiti, da izpadejo iz sistema in ostanejo prepuščeni sami sebi.



## 5 DOŽIVLJANJE MEDICINSKE SESTRE OB SMRTI OTROKA IN NJENA VLOGA PRI SOOČANJU S STARŠI

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri obravnavi žalujoče družine, kar pa jim predstavlja velik izziv (Mullen et al., 2015). Njihova pomoč vpliva na razvoj procesa žalovanja staršev, kar pa občutijo kot dodatni pritisk na delovnem mestu (Adams et al., 2014). Morgan (2009) meni, da so zdravstveni delavci v današnjem času bolj kot kadarkoli prej izpostavljeni procesu umiranja in smrti, in sicer brez predhodne izobrazbe, ki bi jih naučila soočanja s tem in z lastnimi čustvi ob smrti otroka. Teme, kot so konec življenja, paliativna oskrba in status neoživljanja, jih velikokrat postavljajo v nelagoden položaj, saj se počutijo neizkušene ob komunikaciji s starši umirajočega otroka. Medicinske sestre menijo, da imajo premalo znanja, izkušenj in spretnosti, da bi lahko potolažile žalujoče starše. Staršem ne morejo zagotoviti ustrezne zdravstvene oskrbe, saj so neprimerno pripravljene. Ob stiski žalujočih staršev se velikokrat počutijo neprijetno in ne vejo, kako bi se v dani situaciji odzvale. Pri medicinskih sestrah je prisoten strah, da bi rekle kaj, kar bi se staršem zdelo neprimerno ali celo žaljivo. Prav tako jih je strah, da bi delovale nezainteresirano. Vse to pa lahko neposredno vpliva na povečanje stresa pri medicinskih sestrah ter na kakovost izvajanja zdravstvene nege in nudenja opore žalujoči družini.

Najpogostejši občutki zdravstvenih delavcev ob smrti otroka so žalost, bolečina, strah ter razočaranje nad seboj (Polat et al., 2013). Rezultat občutkov neuspeha, krivde, nemoči in jeze je, da zdravstveno osebje smrt otroka doživlja kot trojni neuspeh:

- ker niso imeli sredstev, sposobnosti in možnosti rešiti otroškega življenja,
- ker niso bili sposobni zavarovati otroka pred smrtjo in
- ker so »pustili na cedilu« starše, ki so jim zaupali najdragocenejšo stvar v življenju – svojega otroka (Morgan, 2009).

Polat in sodelavci (2013) so v svojem delu izpostavili, da se medicinskih sester smrt otroka dotakne na različne načine. Predvsem občutljive in veliko bolj prizadete so tiste, ki so tudi same v vlogi matere. Stisko, ki jo občutijo na delovnem mestu, prinašajo s seboj domov. Ponoči težko zaspijo, premlevajo stvari, ki so se zgodile, in iščejo odgovore (Kirshbaum, Wilson, 2011). Ozbič (2015) je ugotovil, da je ravno smrt otroka ena izmed najbolj stresnih situacij na delovnem mestu. Te pa vplivajo na odnos do delavnega mesta ter samo željo po opravljanju poklica. Forster in Hafiz (2015) sta s pomočjo raziskave ugotovili, da je

medicinske sestre strah, da bi sodelavci dobili občutek, da ne zmorejo opraviti svojega dela, zato svojo ranljivost pogosto prikrijejo in čustva zadržijo zase. Ravno zato Bregant in sodelavci (2005) menijo, da svojih čustev ob smrti ne smejo prikrivati – če jim je hudo, je prav, da to tudi pokažejo.

Nejevolja, samokritičnost ter nezadovoljstvo so glavni konkurenti razumevanja. Da lahko staršem učinkovito pomagajo, morajo zdravstveni delavci smrt najprej razumeti. Težko je in ni logično, zakaj je nekdo tako mlad in nedolžen, nekdo, ki je živel samo trenutek, moral umreti (Mullen et al., 2015; Skoberne, 1997). V profesionalni komunikaciji in načinu dela morajo zdravstveni delavci zelo dobro poznati samega sebe in svoja doživljanja, saj bodo ravno s pravilno komunikacijo izboljšali medosebne odnose (Pavič Nikolič, Thaler, 2015). Medsebojna podpora je najpomembnejša strategija soočanja z otrokovo smrtjo med zaposlenimi. V zdravstvenem timu se medsebojna vez lahko močno okrepi, če si med seboj delijo izkušnje, izkažejo podporo en drugemu in so si tako v pomoč pri spopadanju s stresnimi situacijami (Forster, Hafiz, 2015).

Zaradi različnega sprejemanja smrti se lahko zgodi, da starši zavrnejo pomoč zdravstvenega osebja. To morajo zdravstveni delavci spoštovati in razumeti, ob tem pa jim njihove odločitve ne zameriti. Lahko, da je zanje trenutno to edini način soočanja z izgubo. Ne glede na njihovo odločitev pa jim mora biti zdravstveno osebje vseskozi na voljo (Kymre, Bondas, 2012).

Medicinske sestre se na svoji profesionalni poti srečujejo z neprijetnimi dogodki, ki na njih pustijo močan učinek. Smrt otroka pa žal predstavlja ravno eno izmed najbolj občutljivih področij. Z obravnavo žalujočih staršev si zdravstveno osebje oblikuje poklicno identiteto, ki pa je lahko drugačna od poklicnih pričakovanj. Naučijo se obvladovati svoja čustva, jih predelati in ob tem strokovno nadaljevati s svojim delom (Forster, Hafiz, 2015). Zavedati se morajo, da jih ne sme biti strah bolečine, saj z njo rastejo ter se učijo in tako pridobivajo na poklicni in osebni rasti (Gama et al., 2012).

Polat in sodelavci (2013) so s pomočjo raziskave ugotovili, da je staršem težje sprejeti otrokovo smrt, če medicinska sestra ne pokaže dovolj sočutnega odnosa in jim tako še dodatno oteži proces žalovanja. Žalujočim staršem povzroči dodatni vir stresa in bolečine, saj je ravno empatični odnos tisti, ki je najbolj pomemben pri podpori staršev. Starši nenehno opazujejo in analizirajo vedenje medicinskih sester. Veliko jim pomeni, da imajo

obzirni odnos do njihovega umrlega otroka, saj imajo tako občutek, da je za otrok kljub smrti tudi zanje človeško bitje (Zečević et al., 2003). Bregant in sodelavci (2005) menijo, da izražanje čustev s strani zdravstvenih delavcev staršem veliko pomeni, saj tako dobijo občutek, da jim ni vseeno za njihovega otroka ter da čutijo njihovo bolečino. S tem starši dobijo občutek verodostojnosti in zaupnosti. Vse to pa lahko neposredno pripelje h kakovostnejšemu žalovanju družin, ki se soočajo z eno najtežjih preizkušenj v življenju (Bajc et al., 2010).

Starši umrlih otrok imajo velikokrat občutek sramu, krivde, neuspeha ter občutek, da niso naredili dovolj. Spodletela jim je njihova glavna naloga – zavarovati svojega otroka. Matere smrt otroka doživljajo kot lastno tragedijo in se počutijo krive, ker so odpovedale kot nosilke novega življenja (Božnar, 2012). Imajo občutek nemoči, saj jih je strah, da so razočarale svojega partnerja ter družino (Baznik, 2005). Ti občutki pa lahko vodijo v kronično depresijo, različne fobije ter druge motnje (Bajc et al., 2010). Mullen in sodelavci (2015) v svojem delu izpostavljajo, da naj starši preživijo čim več trenutkov skupaj z otrokom, saj so spomini, ki si jih bodo ustvarili ob tem, najbolj pomembni za nadaljnji proces žalovanja. Trenutki, preživeti z mrtvim otrokom, so izredno pomembni, saj so spomini na ta trenutek vse, kar staršem ostane (Youngblut, Brooten, 2013).

Starši, ki se jim je rodil mrtvorojenec, se bojijo, da bi jim pogled nanj ter njihov dotik povzročil še dodatno bolečino. Posledično svojega otroka ne želijo videti ali ga objeti. Kasneje v procesu žalovanja starši svojo odločitev močno obžalujejo, saj imajo tako malo spominov na svojega umrlega otroka in še ti žal iz dneva v dan bolj bledijo (Morgan, 2009). Medicinsko osebje za pomoč in sodelovanje pri pripravi spominov na umrlega otroka spodbudi tudi starše, saj bodo tako dobili občutek, da so nekaj naredili za svojega otroka in posledično občutili manjši neuspeh (Mullen et al., 2015). Obenem bodo lahko pridobili na samozavesti in nadgradili svojo starševsko vlogo (Butler et al., 2015). V sami situaciji, ko se medicinske sestre srečajo s smrtjo otroka med nosečnostjo ali kmalu po njej, je empatični odnos do žalujočih staršev ključnega pomena.

Pomembno je, da medicinska sestra, ki je v stiku z žalujočo osebo ali družino, deluje strokovno in humano (Bajc et al., 2010). Pravica staršev je, da zanje in za njihovega otroka skrbi zdravstveno osebje, ki je sposobno empatije, spoštovanja njihovih čustev, misli ter individualnih zahtev (Bregant et al., 2005). Za nadaljnje življenje žalujoče družine je zelo pomembno, da si ustvari lepe spomine na izgubljenega otroka, pri čemer pa jim

medicinska sestra lahko pomaga z nudenjem človeške topline, s sočutjem, razumevanjem, in kar je najpomembnejše, z ustreznim znanjem. Ugotavljanje potreb žalujoče družine ter skrb za umrlega otroka predstavljata eni izmed čustveno bolj zahtevnih nalog (Williams-Reade et al., 2015).

Zdravstveno osebje si ne sme dovoliti, da stremi samo k opravljanju službene dolžnosti po protokolu, brez kančka sočutja ter empatije: da ob smrti otroka starše takoj obvesti o možnostih pokopa, pridobi dovoljenje o oddaji otroka na oddelek za patologijo ter čim prej uredi vso potrebno dokumentacijo. Gre za zelo občutljivo temo, kjer morajo starši sprejeti pomembne odločitve glede tega, kaj si želijo za svojega otroka – a paziti morajo, da njihova odločitve ne bo v prihodnosti povzročala še dodatne bolečine (Mullen et al., 2015; Skoberne, 1997). V nekaterih primerih je pred sprejetjem pomembnejših odločitev smiselno počakati, da prvi šok ob izgubi otroka mine. Zdravstveni delavci staršem razložijo, zakaj je pomembna obdukcija otrokovega trupla in kdaj lahko pričakujejo izvide oziroma poročilo obdukcije. Starši morajo dobljene informacije prejeti tudi v pisni obliki. Obenem pa jim osebje zagotovi, da jim je veskozi na voljo za vsa dodatna vprašanja ter razlago (Hunt, Greeff, 2012). Naloga osebja je, da staršev ne sili k podajanju odgovorov ter da spoštuje njihove odločitve (Bregant et al., 2005).

Medicinske sestre morajo zagotoviti pietetni odnos do umrlega otroka. Odstranijo mu vse cevke ter negovalne pripomočke, saj je tako spomin staršev na otroka bolj osebni (Olausson, Ferrell, 2013). Medicinska sestra spodbudi starše, da vidijo svojega otroka, ga pobožajo ter vzamejo v naročje (Zečević et al., 2003). Jug Došler in sodelavci (2012) menijo, da ravno dotik omogoča posebno obliko komunikacije, ki vpliva na vez med otrokom in starši. Omogoča jim tesen stik, kjer lahko otroku izkažejo svojo ljubezen in s tem nadgradijo medsebojni odnos.

Z nežnim tonom ter v laičnem jeziku medicinska sestra pripravi starše na izgled mrtvega otroka. Razloži jim, da bo lahko otrokova koža posušena, zgubana, njena barva pa spremenjena. Prav tako lahko pride do izločanja telesnih tekočin ali refleksnih gibov (Butler et al., 2015). Z ustrezno razlago in pripravljenostjo staršev preprečijo, da bi reagirali prestrašeno. Omogoči se jim tudi ustrezen prostor, kjer se lahko v miru poslovijo od svojega otroka. Poskrbi se za zasebnost staršev in s tem prepreči, da bi prihajalo do motečih dejavnikov (Forster, Hafiz, 2015). Starši ne smejo dobiti občutka, da morajo

pohiteti s slovesom, ampak ravno nasprotno: na voljo imajo toliko časa, kot ga potrebujejo (Mullen et al., 2015).

Za nadaljnje življenje staršev so najbolj ključni tisti kratki trenutki, ki jih obeležijo med porodom in po njem, in tukaj igra medicinska sestra vodilno vlogo (Forste, Hafiz, 2015; Skoberne, 1991). Medicinska sestra naj za starše pripravi spominsko škatlico, v katero shrani stvari umrlega otroka, starši pa jo nato odnesejo s seboj domov. Pripravi naj odtis otrokove noge ali roke, napiše podatke o rojstvu otroka, ki zajemajo uro in datum rojstva, otrokovo težo, dolžino, imena staršev, shrani lahko tudi pramen las, oblačila ter otrokovo zapestnico. Starši imajo pravico, da poimenujejo svojega mrtvega otroka – tako bo spomin nanj bolj oseben in pristen. S poimenovanjem preminulega se vzpostavi pomembna vez med njim in starši (Mullen et al., 2015).

Bregant in sodelavci (2005) v svojem delu izpostavijo, da se pri obravnavi žalujočih staršev ne sme pozabiti na umrlega otroka. Tudi on ima pravice, ki jih morajo zdravstveni delavci upoštevati in predstaviti njegovim staršem. Otrok ima pravico do priznanja o obstoju. Pravico ima biti ljubljen, zaželen ter obravnavan kot človek. Njegova smrt mora biti priznana, omogočen mu mora biti tudi dostojno opravljen pogreb.

Kljub umrlemu otroku zdravstveni delavci ne smejo zapostaviti zdravstvene nege matere. Prav tako kot ostale otročnice, katerih otroci so preživeli, se žalujoča mati srečuje s čiščo, epizitomijo, hemoroidi, bolečino v dojkah zaradi odvečnega mleka ter ostalimi zdravstvenimi težavami. Naloga zdravstvenega osebja je, da materi omogoči standardno poporodno nego, kot so jo deležne ostale otročnice. Staršem morajo ponuditi možnost izbire: ali želijo, da je oče skupaj s svojo partnerico v sobi, ter na katerem oddelku bi raje bili, saj lahko bivanje na porodniškem oddelku ob zvokih joka novorojenčkov še toliko bolj oteži proces žalovanja (Zečević et al., 2003; Skoberne, 1991). V nekaterih primerih staršem ni omogočeno dostojno slovo od svojega otroka, saj mora mati rojevati ob zvokih druge porodnice, ki rojeva živega otroka (Hunt, Greeff, 2012). Ob premestitvi matere je potrebno sodelavcem na drugem oddelku predati poročilo o njenem stanju, da bi se izognili splošnim napakam pri obravnavi žalujočih staršev, ki se zgodijo ob nevednosti, kaj starša trenutno prestajata (Adams et al., 2014). Čeprav je njihov otrok umrl, jih moramo obravnavati kot starše, še bolj pomembno, kot žalujoče starše. Zdravstveni delavci morajo pri obravnavi matere izbrati drugačen pristop – pristop, ki temelji na senzibilnosti (Hunt, Greeff, 2012). Naloga zdravstvenih delavcev je opazovanje mimike obraza, kretenj ter

nebesedne komunikacije žalujočih staršev. Ne smejo si dovoliti, da bi prezrli njihove tihe želje oziroma potrebe po strokovni pomoči in razumevanju stiske, ki jo prestajajo (Mullen et al., 2015).

Medicinska sestra mora spodbuditi odkrito komunikacijo med staršema, saj je ta zelo pomembna za njun nadaljnji odnos v procesu žalovanja. Med njima lahko pride do različnega načina žalovanja, zapiranja vase ter premajhne strpnosti. Z iskrenim pogovorom se starša lahko izogneta napetostim, ki bi kasneje lahko ogrozile njuno zvezo (Zečević et al., 2003).

Z žalovanjem pa se ne soočajo le starši, ampak tudi bratje in sestre umrlega otroka. Smrt je težko razložiti drugim, saj starši še sebi ne znajo odgovoriti na vsa vprašanja, zato jih to pogosto postavlja pred velik izziv. Postanejo še bolj žalostni ter se bojijo, da bodo razočarali svoje ostale otroke in bližnje. Medicinske sestre lahko v tem primeru staršem svetujejo, kako naj se pogovorijo z otrokom. Katere besede naj izberejo glede na njegovo starost ter stopnjo razumevanja, da bo tudi otrok lažje razumel situacijo (Limbo, Kobler, 2009).

Forster in Hafiz (2015) izpostavljata pomembnost analiziranja preteklih dogodkov z žalujočimi starši ter pogovora s sodelavci o svojih občutkih. Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da je potrebno žalujoče starše obravnavati individualno. Medicinska sestra s svojim delom staršem pomaga razumeti njihova čustva – z namenom, da bi starši spoznali, da so občutki, ki jih trenutno doživljajo, povsem naravni ter pričakovani (Adams et al., 2014).

Proces žalovanja lahko zdravstveni delavci staršem še dodatno otežijo z neprimerno komunikacijo. Čeprav so bile besede mišljene dobronamerno, se lahko izkaže, da niso bile pazljivo izbrane. Posledično lahko starše še nekaj let po otrokovi smrti zabolijo ob misli na neustrezno komunikacijo oziroma obravnavo, ki so je bili deležni s strani zdravstvenih delavcev (Mullen et al., 2015). Največja napaka, ki jo zdravstveno osebje naredi, je izogibanje komunikaciji ter osebni stiku z žalujočimi starši v prepričanju, da bo staršem še bolj hudo, če se jih bo spominjalo na težke trenutke. Za proces žalovanja je zelo pomembno, da osebje starše spodbuja k izražanju čustev ter se z njimi pogovarja o umrlem otroku, saj bodo le tako lahko okrevali po boleči izkušnji, v kateri so se znašli popolnoma nepripravljeni ter neizkušeni. Ne sme jih biti strah omeniti otrokove smrti ter dejstva, zakaj

je mati v porodnišnici. V porodnišnici je zato, ker je rodila otroka; otroka, ki je žal umrl. Zavedati se morajo, da je človek, kateremu se je ta otrok rodil, v tistem trenutku postal starš, a čeprav mrtvemu otroku (Zečević et al., 2003; Globevnik Velikonja, 1999).

Lawrence (2010) izpostavlja, da mora biti zdravstveno osebje izredno pazljivo pri izbiri besed v komunikaciji z žalujočimi starši. Starši so na izrečene besede še toliko bolj pozorni in jim lahko predpisujejo velik pomen. Prav tako pa mora biti osebje izredno potrpežljivo in razumevajoče, saj bo moralo nekatere informacije oziroma odgovor na vprašanje večkrat ponoviti (Mullen et al., 2015).

Zdravstveni delavci se ob prvem stiku s starši najprej predstavijo in izrečejo sožalje s pristnimi čustvi, ki jih v danem trenutku ne morejo skriti oziroma zaigrati. Ob izrečenem sožalju lahko staršem povejo, da si želijo, da bi se stvari odvile drugače (Mullen et al., 2015). Ne smejo pa jih potolažiti z besedami, da zagotovo obstaja pojasnilo, zakaj je prišlo do smrti ravno njihovega otroka. Vse, kar potrebujejo, je empatični odnos (Bregant et al., 2005). Ob pogovoru z žalujočimi starši je primerno, da zdravstveni delavci uporabijo rahlo zaskrbljen ton glasu, vendar nekoliko tišji. Starše zelo prizadene, če jih tolažijo s tem, da bosta lahko imela še veliko otrok, ker sta še mlada. S tem dobijo občutek, da jim ta otrok ni pomemben in ga posledično lahko nadomestijo z drugim (Mullen et al., 2015). Morajo se zavedati, da je vsak otrok edinstven ter da imajo starši predstavo o njem že od samega začetka nosečnosti. Prav tako jim ne smejo svetovati, da naj bodo močni in da bo čez čas bolje. S tem lahko dobijo občutek, da nimajo pravice biti prizadeti in izraziti svojih čustev (Pavše et al., 2016).

Zdravstveni delavci začnejo zaupen odnos graditi tako, da starše vprašajo o otrokovem imenu in ga poimensko nato kličejo tudi sami. Izogibati se morajo zaprtemu tipu vprašanj, kjer lahko žalujoči starši odgovarjajo samo z ja ali ne. S tem jih spodbujajo, da naglas povejo, kaj čutijo, si želijo in potrebujejo (Mullen et al., 2015). Žalujočim staršem nikoli ne smejo reči, da vedo, kako se počutijo oziroma kaj čutijo. To vedo samo oni. Njihova naloga pa je, da jim pokažejo razumevanje ter nudijo občutek, da niso sami (Adams et al., 2014). Forster in Hafiz (2015) menita, da imajo starši pravico vedeti resnico o zdravstvenem stanju svojega otroka in razlogu smrti. Žalujočim staršem je velikokrat težje prenesti strah pred nevednostjo kakor soočanje z realnostjo.

Tako, kot je pomembna verbalna komunikacija, je pomembna tudi neverbalna komunikacija. Ta predstavlja pomemben element v podpori žalujoči družini. Negativna lastnost neverbalne komunikacije je ta, da jo lahko zdravstveno osebje izvaja tudi nezavedno in tako staršem daje odziv, ki ga ni želelo. Žal pogosto pride do trenutka, ko zdravstveni delavci ne vedo, kako bi potolažili žalujoče starše, ter se bojijo, da bi rekli kaj neprimernega (Mullen et al., 2015). Takrat lahko že njihova tiha prisotnost ali nežni dotik nudita žalujočim moč, da spregovorijo o svojih čustvih (Adams et al., 2014).



## 6 RAZPRAVA

Na osnovi pregledane literature lahko ugotovimo, da smrt otroka ter občutki, s katerimi se prisotni soočajo, predstavljajo tabu temo tako v strokovnih kot laičnih krogih. Žalovanje je zdrav odziv na izgubo, ki se odvija na čustveni, vedenjski in kognitivni ravni. Za nadaljnje življenje je nujno potrebno, čeprav je boleče in nepredvidljivo. Na žalovanje vpliva pripravljenost ter seznanjenost staršev s smrtjo in procesom žalovanja, pri čemer pride do izraza vloga zdravstvenih delavcev. Njihova glavna naloga je, da znajo omogočiti začetek žalovanja pri starših, tako da žalujoči sprejmejo smrt svojega otroka (Forster, Hafiz, 2015).

Forster in Hafiz (2015) menita, da smrt otroka postavlja medicinske sestre pred hudo stresno situacijo, saj občutijo neuspeh in razočaranje. Razlog je v pomanjkanju informacij ter v vlogi profesionalizacije na delovnem mestu. Medicinske sestre se na svoji poklicni poti učijo predelati svoja čustva in ob tem svoje delo opraviti s senzibilnostjo in strokovno, vendar to običajno poteka brez strokovnega vodenja in pomoči.

Pomanjkanje spretnosti in znanja je potrebno pravočasno prepoznati in s tem omogočiti prizadeti družini ustrezno zdravstveno obravnavo (Morgan, 2009). Černoga in Bohinc (2009) menita, da vedenje medicinskih sester vsekakor ne sme biti prepuščeno naključju. Da bi omogočili celosten in individualen pristop k žalujoči družini, morajo zdravstveni delavci pridobiti čim več znanja o potrebah žalujoče družine. Z rednim sledenjem informacij v strokovni literaturi, organizacijo učnih delavnic, s sodelovanjem strokovnjakov različnih strok in najpomembnejše s pogovorom med sodelavci o lastnih občutkih in izkušnjah je moč doseči največji korak proti zastavljenemu cilju (Bajc et al., 2010). Ob stiku s smrtjo vsak posameznik doživlja stisko, ki se jo najlažje blaži in rešuje s pogovorom o smrti in umiranju (Šolar, Mihelič Zajc, 2007). Če zdravstveno osebje pokaže svoja čustva, še ne pomeni, da je ranljivo. Pomeni, da je dovolj močno, da lahko o njih spregovori. Zdravstveni delavec se ne sme predstavljati samo kot profesionalna oseba, ki mora opraviti svoje dolžnosti, ampak mora pred družino stati tudi kot individualna oseba – kot človek, ki ima čustva (Polat et al., 2013). Učinkovitost medicinske sestre pri procesu žalovanja staršev je najbolj odvisna od njenega strokovnega načina razmišljanja ter delovanja. Saj ji ravno to zagotavlja orodje, v katerem lahko uporabi svoje znanje in izrazi strokovno usposobljenost (Skoberne, 1997). Imeti v procesu žalovanja ob sebi sposobno medicinsko sestro je vsekakor korak bližje k lažjemu žalovanju – boljšemu življenju (Limbo, Kobler, 2009). Černoga in Bohinc (2009) izpostavljata, da mora medicinska sestra

sprejeti odgovornost za odločitve, ki jih sprejema v času opravljanja svojega dela. Zavedati se mora, da lahko opravlja samo tiste naloge, za katere ima ustrezno izobrazbo in se čuti dovolj usposobljeno, da jih opravi, saj nosi popolno odgovornost za svoje delo, tako profesionalno kot etično.

Adams in sodelavci (2014) so s pomočjo raziskave ugotovili, da čeprav ima medicinska sestra izkušnje z žalujočimi starši, še ne pomeni, da zna pravilno odreagirati ter ustrezno pomagati v procesu žalovanja. Lawrence (2010) izpostavlja, da vsaka komunikacija z žalujočo osebo zahteva nov pristop. Predstavlja pomembno večino pri zagotavljanju individualizirane oskrbe, ki nudi možnost poslušanja in prepoznavanje emocionalne vsebine. Zdravstveno osebje mora pri komunikaciji z žalujočimi starši izredno paziti na izrečene besede, saj so nanje starši zelo pozorni in jim lahko predpisujejo velik pomen. Zaposleni se zavedajo težav, vendar pa si žal želijo pomagati individualno in posledično pomoči ne poiščejo znotraj ustanove. Zdravstveno osebje se vsakodnevno srečuje s stresnimi dejavniki, kar lahko pripelje tudi do izgorelosti. Delovni pogoji in narava dela zdravstvenih delavcev se spreminjajo zelo hitro in s tem povzročajo stres na delovnem mestu. Največ neprijetnosti se občuti pri soočanju s človeškim trpljenjem, smrtjo ter slabo medsebojno komunikacijo med zaposlenimi. Ravno zaradi tega je potrebno zagotoviti možnost za supervizijo, s pomočjo katere bodo nadgradili medsebojno komunikacijo ter odnose med zaposlenimi (Sotirov, Železnik, 2011). Na področju zdravstvene nege se ta oblika pomoči uporablja šele v zadnjih nekaj letih. Je pa vsekakor zmeraj bolj zaželen, saj se z njeno pomočjo zmanjša stres, nemotiviranost in izgorevanje na delovnem mestu (Thaler, 2006).

Ena izmed najbolj pogostih napak s strani zdravstvenih delavcev je ravno ta, da imajo starši stike z različnim zdravstvenim osebjem in tako lahko prihaja do različnega ukrepanja v procesu žalovanja ter nudenja nasprotujočih si nasvetov. Starši zato težje zaupajo osebju, s katerim so v stiku, kar pa jim daje občutek zmedenosti ter osamljenosti (Mullen et al., 2015; Skoberne, 1991).

S časom, ko šok mine in nastopi dolga ter boleča pot žalovanja, so starši izredno hvaležni za vse trenutke in predmete, ki jih spominjajo na njihovega otroka. Zato se še toliko bolj spodbuja, da zdravstveni delavci pomagajo pri ohranjanju spominov. V času hospitalizacije se čas za starše ustavi, vidijo in doživljajo samo zdravstveno osebje, njih in njihovega mrtvega otroka. Največkrat je prav zdravstveno osebje prvo in zadnje, ki se dotakne

njihovega otroka. V nekaterih primerih pa tudi edino, saj starši enostavno ne zmorejo prenesti še dodatne bolečine, za katero se bojijo, da jo bodo doživeli ob dotiku otroka (Zečević et al., 2003).

Matere so medicinskim sestram hvaležne za strokovno znanje in pomoč, ki jo nudijo njim ter njihovem otroku. A lahko pride do ljubosumja, če žalujoči starši mislijo, da so zdravstveni delavci spodobni bolje poskrbeti za njihovega otroka. Te misli zdravstveno osebje prepreči s tem, da starše čim bolj vključuje v delo z otrokom. Ponudijo jim tiste naloge, za katere menijo, da jih bodo lahko opravili (Mullen et al., 2015; Skoberne, 1991).

Žalujoči starši pogrešajo nadaljnjo vez z zdravstvenimi delavci, saj se pogosto počutijo osamljene ter izgubljene, ko zapustijo bolnišnično okolje (Mullen et al., 2015). Ravno zaradi tega so nadaljnja srečanja žalujočih staršev z zdravstvenim osebjem, s katerim so bili od vsega začetka v stiku, zelo priporočljiva in zaželena. Skupaj so ustvaril krog zaupanja, kjer se starši počutijo varne. Tako imajo starši možnost še enkrat slišati bistvene ugotovitve o otrokovi smrti in jih bolj razumsko sprejeti, saj so bili po otrokovi smrti preveč raztreseni, da bi si zapomnili vse dobljene informacije (Skoberne, 1997). Forster in Hafiz (2015) v svojem delu izpostavljata problematiko pomanjkanja povratnih informacij, s katerimi bi lahko analizirali pomoč žalujočim staršem in se kaj naučili za v prihodnje. Vendar pa gre za zelo občutljivo področje in je v tem primeru toliko bolj pomembno zaupati lastni presoji.

Zdravstveni delavci v svoj poklic stopajo z omejenimi življenjski izkušnjami, ki bi jih lahko pripravile na soočanje s čustvi, ki jih doživijo v delovnem okolju. Zanašajo se na proces izobraževanja, da jim bo v težkih situacijah in soočanju z lastnimi občutki ob smrti otroka nudil pomoč. A v času študija je velik poudarek na fizični oskrbi pacienta in posledično manjši na socialnih veščinah, kar pa pripelje do nezadovoljivega znanja na tem področju. Potrebna bi bilo kontinuirana podpora zaposlenim v obliki supervizij ter nadgradnja študijskega programa. S tem bi zmanjšali negativne občutke, ki jih zaposleni doživljajo ob obravnavi umrlega otroka in njihovih staršev in omogočili ustrežnejšo oskrbo žalujočih staršev.

## 7 ZAKLJUČEK

Staršem se življenje po otrokovi smrti popolnoma spremeni in nikoli več ne bo takšno, kot je bilo prej. Smrt otroka doživijo in se nanjo odzovejo različno, imajo različne načine izražanja svoje bolečine in različne načine, kako predelati svojo bolečino. Ne obstajajo primerne besede ali dejanja, s katerimi bi lahko staršem odvzeli bolečino, ki jo doživijo ob izgubi otroka. Ravno zaradi tega je še toliko bolj pomembno, da so zdravstveni delavci ustrezno poučeni o procesih žalovanja in pravilnem pristopu k žalujoči družini. Njihova pomoč med kritičnim obdobjem vpliva na razliko med zdravim in patološkim žalovanjem žalujočih staršev. Zdravstveno osebje lahko staršem pomaga samo v primeru, da ima ustrezna znanja o umiranju, smrti, zdravstveni negi mrtvega otroka in žalovanju, s poudarkom na psihičnih, duhovnih in socialnih potrebah. Zdravstveni delavci se morajo naučiti spraševati, pazljivo poslušati, mirno odgovarjati in umolkniti, ko nimajo kaj reči.

Starši, ki jim je otrok umrl, v očeh drugih ljudi niso pravi starši in so tako velikokrat pozabljeni. Njihovo naročje je prazno, kar pa še ne pomeni, da je v njihovih srcih prav tako praznina. Moramo se zavedati, da so vsi starši, ki so pričakovali otroka, že postali starši – starši angelčkov. S tem, ko žalujoči starši govorijo o svojem otroku, obujajo spomine nanj, kar pa je izredno pomembno za proces žalovanja. Otrokovo ime lahko staršem res prinese solze v oči, vendar hkrati prinese tudi glasbo njihovim ušesom.

V nadaljnji obravnavi žalujočih staršev je vsekakor potrebno multidisciplinarno sodelovanje timov iz različnih strok. Tu ima največji pomen sodelovanje z babicami, saj so prve poklicane za nudenje podpore v tem bolečem trenutku. Pomembno vlogo imajo ravno pri pripravi staršev na prihod mrtvega otroka, kjer poskušajo kljub žalostnemu izidu omogočiti lep spomin. Starši jim zaupajo in se ob njih počutijo varne. Ravno zaradi tega bi bilo potrebno razmisliti o nadaljnji vključitvi babic v obravnavno žalujočih staršev.

## 8 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhauser KE, Bailey DE (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart Lung* 43(5): 406–15.

Bajc N, Čuček Trifkovič K, Kores Plesničar B (2010). Depresivna motnja ob smrti otroka med nosečnostjo ali kmalu po rojstvu: usposobljenost medicinskih sester za obravnavo depresivnih žalujočih staršev. *Obzor Zdr N* 44(3): 173–7.

Baznik S (2005). Podpora staršem ob izgubi kritično bolnih otrok v enotah intenzivne zdravstvene nege in terapije. *Obzor Zdr N* 39(1): 47–53.

Božnar R (2012). Doživljanje prezgodnjega poroda. *Obzor Zdr N* 46(4): 324–7.

Bregant L, Hribernik Š, Kornhauser Cerar L et al. (2005). *Vaš nedonošenček*. Ljubljana: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, 127–35.

Butler A, Hall H, Willetts G, Copnell B (2015). Parents experiences of healthcare provider actions when their child dies: an integrative review of the literature. *J Spec Pediatr Nurs* 20(1): 5–20.

Černoga A, Bohinc M (2009). Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. *Obzor Zdr N* 43(3): 223–8.

Forster E, Hafiz A (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *Int J Palliat Nurs* 21(6): 294–301.

Gama G, Barbosa F, Vieira M (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs* 18(6): 267–73.

Globevnik Velikonja V (1999). Psihološka pomoč staršem ob otrokovi smrti. *Psihološka obzorja* 8(1): 93–103.

Hass JK, Walter T (2007). Parental grief in three societies: networks and religion as social supports in mourning. *Omega (Westport)* 54(3): 179–98.

Hunt S, Greeff AP (2012). Parental bereavement: a panoramic view. *Omega (Westport)* 64(1): 41–63.

Jug Došler A, Skubic M, Stanek Zidarič T (2012). Masaža – vez med dojenčkom in materjo: pilotna študija. *Obzor Zdrav N* 46(3): 229–35.

Kirshbaum M, Wilson J (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *Br J Nurs* 20(9): 559–63.

Kubler Ross E, Kessler D (2005). *On grief and grieving*. London: Simon & Schuster UK Ltd.

Kymre IG, Bondas T (2012). Skin-to-skin care for dying preterm newborns and their parents – a phenomenological study from the perspective of NICU nurses. *Scand J Caring Sci* 27(3): 669–76.

Lawrence N (2010). Care of bereaved parents after sudden infant death. *Emerg Nurse* 19(3): 22–5.

Limbo R, Kobler K (2009). Will our baby be alive again? Supporting parents of young children when a baby dies. *Nurs Womens Health* 13(4): 302–11.

Morgan D (2009). Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatr Nurs* 35(2): 86–90.

Mullen JE, Reynolds MR, Larson JS (2015). Caring for pediatric patients' families at the child's end of life. *Crit Care Nurse* 35(6): 46–55..

Olausson J, Ferrell BR (2013). Care of the body after death: nurses perspectives of the meaning of post – death patient care. *Clin J Oncol Nurs* 17(6): 647–51.

Ozbič P (2015). Medsebojna podpora partnerjev v procesu žalovanja po otrokovi smrti. *Psihološka obzorja* 24(1): 44–56.

Pavič Nikolič M, Thaler D (2015). Supervizija skozi oči supervizanta. In: Železnik D, Železnik U, eds. *Vrednote posameznika – ogledalo družbe – vpliv vrednot na obravnavo*

uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev. 5. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, Slovenj Gradec, 15. september 2015. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, 275–9.

Pavše L, Krajnc M, Globevnik Velikonja V, Tul Mandić N (2016). Gnezdo brez ptičkov. Žalovanje po izgubi otroka v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu. Ljubljana: UKC, Ginekološka klinika.

Polat S, Küçük Alemdar D, Gürol A (2013). Paediatric nurses experience with death: the effect of empathic tendency on their anxiety levels. *Int J Nurs Pract* 19(1): 8–13.

Rakovec Felser Z (2006). Psihosocialni vidiki v perinatologiji: Komunikacija. Slabe novice. Kako povedati? In: 40 let perinatalne medicine v Sloveniji: mednarodni znanstveni simpozij, Maribor, 16. junij 2006. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 331–8.

Reith M, Payne M (2009). *Social work in end-of-life and palliative care*. Chicago: Lyceum Books.

Skoberne M (1991). Umiranje in smrt novorojenčka – izgubljeno upanje in sanje staršev. Zdravstvene nega umirajočega novorojenčka in pomoč staršem v procesu žalovanja. *Zdrav Obzor* 25(1–2): 67–82.

Skoberne M (1997). Spi spokojno, mali otožni deček. *Obzor Zdr N* 31(3–4): 141–5.

Sotirov D, Železnik D (2011). Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v zdravstvenem domu Novo Mesto in splošni bolnišnici Novo Mesto. *Obzor Zdr N* 45(1):23–9.

Šolar B, Mihelič Zajec A (2007). Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v splošni bolnišnici Jesenice. *Obzor Zdr N* 41(3): 137–46.

Thaler D (2006). Komunikacija in supervizija. In: *Medosebni odnosi in komunikacija v PZN: zbornik predavanj, Podčetrtek, 6. in 7. oktober 2006*. Ljubljana: Sekcija hematoloških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 47–50.

Williams-Read J, Lamson AL, Knight SM, White MB, Ballard SM, Desai PP (2015). Paediatric palliative care: a review of needs, obstacles and the future. *J Nurs Manag* 23(1): 4–14.

Youngblut JM, Brooten D (2013). Parents' report of child's response to sibling's death in a neonatal or pediatric intensive care unit. *Am J Crit Care* 22(6): 474–81.

Zečević B, Urek P, Kokol S, Cehner M (2003). *Prazna zibka, strto srce. Staršem, ki so izgubili otroka med nosečnostjo ali kmalu po rojstvu*. Krško: Društvo solzice.



