

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУПРОВОДУ У ПЕРЕЖИВАННІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ВТРАТИ

Аналітичний звіт за результатами
соціологічного дослідження

ГО «Безпечне народження» — 2026

Психологічні аспекти супроводу у переживанні перинатальної втрати.

Аналітичний психологічний звіт за результатами соціологічного дослідження / Ничипоренко О.; Громадська організація «Безпечне народження», — Львів, 2026. — 47с.

Авторський склад:

Авторки звіту – Оксана Ничипоренко, перинатальна психологиня, психотерапевтка в методі транзакційного аналізу, членкиня Національної психологічної асоціації України (НПА), асоційована членкиня Української спілки транзакційного аналізу (УАТА) та Європейської асоціації транзакційного аналізу (ЕАТА).

Експертне рецензування — Дар'я Коцюба, магістерка фінансів, аналітикиня даних, засновниця спільноти «Народжені ненародженими»

Редакторка — Леся Карпенко

Дизайн та макетування — Маргарита Остапчук

Аналітичний психологічний звіт за результатами соціологічного дослідження створений ГО «Безпечне народження» за підтримки Фонду «Аскольд і Дір», що адмініструється ICAP Єднання в межах проекту «Сильне громадянське суспільство України — рушій реформ і демократії» за фінансування Норвегії та Швеції. Зміст публікації є відповідальністю ГО «Безпечне народження» та не є відображенням поглядів урядів Норвегії, Швеції або ICAP Єднання.

Громадська організація «Безпечне народження» — українська правозахисна організація, яка працює з 2022 року, щоб кожна жінка та сім'я в Україні мали право вільно обирати умови своїх пологів і отримувати фаховий медичний догляд, заснований на повазі, гідності та дотриманні прав людини.

Сайт організації: [Безпечне народження](#)

© ГО «Безпечне народження», 2026

Зміст

Термінологічний словник.....	4
Передмова.....	6
Вступ.....	8
1. Психологічні аспекти перинатальної втрати.....	9
2. Горювання, травматичні реакції та психічне здоров'я після перинатальної втрати.....	13
3. Невизнане горе і соціальна самотність.....	19
4. Медична допомога в момент втрати: як слова, дії та рішення впливають на досвід родини.....	23
5. Контакт із дитиною та прощання. Створення та збереження спогадів.....	27
6. Тілесний досвід жінки після перинатальної втрати: відновлення, лактація і простір.....	32
7. Підтримка після виписки: коли шок слабшає, а втрата стає реальнішою.....	34
8. Медичні працівники/-ці професійна відповідальність, емоційне навантаження і потреба в підтримці.....	39
9. Підсумок психологічного аналізу.....	42
10. Психологічні рекомендації для системи супроводу у переживанні перинатальної втрати.....	42

Термінологічний словник

Антиципаторне горювання — переживання, пов'язані з очікуваною смертю або життєобмежувальним діагнозом, які починаються до фактичної втрати. Не скасовує горювання після смерті.

Батьківська ідентичність — внутрішнє відчуття себе матір'ю або батьком і місця дитини у власній життєвій історії.

Вторинний травматичний стрес — травматичні симптоми, пов'язані з професійним контактом із травмою інших людей; відрізняється від вигорання, хоча може з ним поєднуватися.

Горе — природна емоційна, когнітивна, тілесна, поведінкова й соціальна відповідь на значущу втрату.

Гостра реакція на стрес — рання психічна й тілесна відповідь на приголомшливу або загрозливу подію. Може включати шок, дезорієнтацію, оніміння, сильне збудження чи нав'язливі спогади й не тотожна посттравматичному стресовому розладу.

Ієрархія втрат — суспільне ранжування втрат залежно від того, наскільки значущими вважаються горе людини та її право на підтримку.

Інформована згода — процес добровільного рішення на основі зрозумілої інформації про мету, варіанти, ризики, користь і альтернативи; не зводиться до підпису документа.

Метод зворотного пояснення / teach-back — спосіб перевірки зрозумілості пояснення, коли людину просять своїми словами сказати, що вона зрозуміла і що буде далі. Це перевірка комунікації фахівця/-чині, а не знань пацієнтки.

Моральний дистрес — напруження, яке виникає, коли фахівець/-чиня знає етично бажану дію, але не може її здійснити через організаційні, ресурсні або правові обмеження.

Невизнане горе / disenfranchised grief — горе, яке соціальне оточення та/або інституції не визнають, не підтримують чи не вважають таким, що має право на публічне переживання.

Перинатальна втрата — у цьому документі широке робоче поняття, що охоплює втрату вагітності на різних термінах, мертвонародження та смерть новонародженої дитини. Медичні й правові визначення залежать від нормативного контексту.

Перинатальна паліативна допомога — міждисциплінарний супровід родини у разі життєобмежувального або летального діагнозу дитини, спрямований на комфорт, спільне планування, якість доступного часу, підтримку рішень і горювання.

Підтримка за принципом «рівний — рівному» — підтримка людиною з подібним життєвим досвідом. Не замінює професійної психологічної, психотерапевтичної або медичної допомоги, коли вона потрібна.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — клінічний розлад після травматичної події, який може включати повторне переживання, уникання, стійкі зміни настрою та підвищену реактивність і порушує повсякденне функціонування. Діагноз встановлює кваліфікований фахівець/-чиня.

Прив'язаність — емоційний зв'язок із дитиною, який може формуватися ще під час вагітності, а іноді й на етапі її планування.

Продовження зв'язків / continuing bonds — збереження внутрішнього, символічного або ритуального стосунку з померлою людиною після визнання її смерті.

Психологічні захисти — переважно автоматичні способи зменшення нестерпного внутрішнього напруження, зокрема заперечення, дистанціювання або уникання. У короткій перспективі можуть допомагати витримати подію, але інколи обмежують вибір або підтримують труднощі.

Ретроспективна ілюзія передбачуваності — схильність після того, як результат події вже відомий, сприймати його як більш очевидний і передбачуваний, ніж він був насправді. Після втрати це може проявлятися думками «я мала зрозуміти», «це ж було очевидно», «я повинна була помітити раніше», хоча в той момент людина ще не мала інформації, яку отримала пізніше.

Розлад тривалого горя — клінічний стан зі стійкою тугою або поглиненістю померлою людиною, вираженим емоційним болем і порушенням функціонування після періоду, довшого за очікуваний у культурному контексті. Діагноз встановлює кваліфікований фахівець/-чиня за повними критеріями; тривала пам'ять і любов самі собою не є розладом.

Травматична реакція — сукупність психічних і тілесних відповідей на подію загрози або безпорадності. Не кожна травматична реакція переходить у посттравматичний стресовий розлад.

Травмоінформована допомога — організація взаємодії, яка враховує можливий вплив травматичного досвіду, пріоритет безпеки, прозорість, співпрацю, вибір і запобігання повторному позбавленню контролю.

Тригер — стимул або ситуація, що різко активує болісні спогади чи емоційні реакції. Це не діагноз.

Передмова

У серпні 2015 року я сама пережила перинатальну втрату. Тоді навколо цієї теми існувала тиша. Якщо про це й говорили, то пошепки та із соромом. Було мало інформації, мало підтримки, не було фахівців і фахівчинь, до яких можна було звернутися саме з таким досвідом. Втрата відбулася, але зовні ніби нічого й не трапилося. «Це ще була не дитина», «Молода, ще народиш», «Тут немає що оплакувати» — подібні слова підтримки чула і я на свою адресу. Цей досвід став одним зі шляхів, які привели мене в репродуктивну та перинатальну психологію. У своїй практиці я супроводжую жінок і родини після втрат на різних термінах вагітності, після переривання вагітності через важкі вроджені порушення дитини, мертвонародження та смерті дитини у відділенні інтенсивної терапії, а також підтримую жінок у плануванні вагітності після перинатальної втрати. Вагітність після втрати проживається по-іншому, тому що жінка вже знає, що вагітність закінчується не тільки гепіендом і випискою з пологового із верескливим згортком у руках.

Усі історії жінок різні. Але є моменти, які повторюються. Фраза лікаря, яку людина пам'ятає роками. Рішення, ухвалене в шоківому стані без достатнього пояснення. Самотність після виписки. Почуття провини, яке роз'їдає жінку роками, відчуття сорому через те, що «не змогла».

Тому за кожною цифрою в дослідженні «Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати»¹, для мене стоїть чиясь історія, жива людина, яка вийшла з пологового з порожніми руками та розбитим серцем. Ніхто не може зробити так, щоб перинатальні втрати зникли як явище, це людині непідвладне. Але ми можемо вплинути на те, як відбувається горювання батьків, які втратили свою дитину. Чи пояснили їм, що відбувається? Чи дозволили поставити запитання? Чи залишили людину саму? Чи запропонували побачити дитину і створити спогади? Чи був хтось поруч після повернення додому?

Десять розгорнутих історій у дослідженні повертають статистиці людський масштаб. І показують, що навіть дуже рання втрата, інколи ще маленька крапка на ультразвуковій діагностиці, уже могла змінити внутрішній світ людини, її уявлення про своє майбутнє.

У цьому звіті я розглядаю отримані результати з психологічного погляду, спираючись на наукові дані та міжнародний досвід супроводу родин після перинатальної втрати. Своє завдання я бачу в тому, щоб пояснити, чому те, що відбувається в медичному закладі та після виписки з нього, може стати для родини опорою або додати до втрати новий досвід безпорадності, сорому, жалю та інших травматичних спогадів. Гідний супровід не зводиться до однієї «правильної» фрази чи присутності психолога/-ині. Він починається з культури допомоги, де є ясність,

¹ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження».

повага до людини та її почуттів, можливість вибору, знання про горювання та турбота про людей, які щодня працюють поруч зі смертю дитини.

Вступ

Повага до перинатальної втрати як основа допомоги

Перинатальна втрата не закінчується разом із вагітністю або випискою з лікарні. Для родини — це смерть дитини і втрата майбутнього, яке вже було з нею пов'язане. Переживання втрати не визначається терміном вагітності або обставинами, за яких вона сталася. Тому важливо не визначати наперед, як людина «має» горювати, а бачити конкретну родину і розуміти, яке значення для неї мала ця дитина.

Разом з дитиною можуть бути втрачені плани, очікування, які батьки вже уявляли і пов'язували з нею. Цей досвід може впливати на відчуття безпеки, довіру до власного тіла та медичної системи, стосунки з партнером і близькими. Важливим стає і те, як на втрату реагує оточення: чи визнає її, чи дає родині право горювати, говорити про дитину і пам'ятати про неї.

Саме тому психологічна частина допомоги під час перинатальної втрати не починається з консультації психолога / психологині. Вона починається вже з того, як жінці повідомляють про смерть дитини, якими словами з нею говорять і чи дають їй час зрозуміти, що сталося. Важливо, чи пояснюють подальші дії, чи залучають її до рішень, чи може поруч бути близька людина, як персонал ставиться до її тілесних меж, чи має вона можливість побачити дитину, створити пам'ятні спогади і попрощатися з нею, яку інформацію отримує перед випискою.

Медична допомога може бути надана відповідно до клінічних вимог, але те, як родина переживе цей досвід, залежить не тільки від дій лікарів/-ок. Значення мають слова, ставлення, зрозуміла інформація, можливість вибору та повага до самої втрати. Людина навіть у стані гострого стресу не перестає бути учасницею того, що з нею відбувається. Тому повага до її рішень, меж і потреб є не додатковою опцією, а важливою частиною допомоги.

Емпірична основа й межі аналізу

Основою цього документа є аналітичний звіт ГО «Безпечне народження» «Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати»² Психологічні пояснення в цьому документі є моєю аналітичною інтерпретацією. Я зіставляю дані звіту з клінічним досвідом і зовнішньою науковою літературою. Я не встановлюю діагнозів учасникам дослідження. Сильний плач, заціпеніння, гнів, тривога та/або тривале відчуття зв'язку з дитиною самі по собі не є діагнозом. Для діагностичного висновку потрібна фахова індивідуальна оцінка.

2 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження».

Логіка документа

Спочатку я говоритиму про те, що саме втрачає родина і чому термін вагітності не визначає психологічного значення втрати. Далі розгляну особливості горювання після перинатальної втрати, травматичні реакції, провину, соціальне невизнання та рішення, які батькам доводиться ухвалювати в гострому стресі. Окремі розділи присвячені контакту з дитиною, створенню пам'ятних спогадів й ритуалам, фізичному відновленню жінки, допомозі після виписки та наступній вагітності. Завершує аналіз огляд досвіду медичних працівників/-ць: наскільки вони психологічно підготовлені до роботи з перинатальною втратою, з яким емоційним навантаженням стикаються і якої підтримки потребують.

1. Психологічні аспекти перинатальної втрати

1.1. Прив'язаність починається не з моменту народження

Коли для жінки починається материнство? У день пологів? Після першої ультразвукової діагностики? А може, ще раніше — у той момент, коли після довгого очікування вона бачить дві смужки на тесті?

У медицині термін вагітності важливий. Від нього залежать діагностика, тактика допомоги, облік і процедури. Але він не говорить про те, яке місце ця дитина вже посідає в житті родини. Батьки можуть обрати ім'я, перебудувати плани, уявляти своє життя з дитиною, розповідати про неї близьким. А іноді цей зв'язок починає формуватися ще до вагітності — під час лікування безпліддя, програм допоміжних репродуктивних технологій, місяців або років очікування. Тому глибина втрати не може оцінюватися терміном вагітності. Родина горює за дитиною, з якою вже пов'язувала своє майбутнє, і за тим життям разом із нею, яке вже почала уявляти.

Особливо чітко різницю між медичним визначенням і тим, як переживає втрату сама жінка, видно в історіях втрат до 22 тижнів. Саме такі втрати, за результатами дослідження, найчастіше супроводжуються недостатнім суспільним і медичним визнанням, обмеженим доступом до практик прощання та браком інформації про права батьків. Водночас переживання втрати, потреба у визнанні дитини та прагнення зберегти пам'ять про неї характерні для батьків незалежно від того, на якому етапі сталася втрата вагітності або смерть дитини³.

Тому ранній термін вагітності не робить втрату менш важливою для родини. У спілкуванні з батьками важливо орієнтуватися не лише на медичне визначення того, що сталося, а й на те, як вони самі говорять про свою дитину і свій досвід. Якщо батьки дали дитині ім'я, говорять про неї як про сина чи доньку, це важливо почути й поважати. Термін вагітності не повинен визначати, скільки визнання, поваги та підтримки отримає родина.

³ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження».

1.2. Батьківська ідентичність і втрата уявленого майбутнього

Вагітність змінює не тільки плани. Для багатьох жінок материнство починається задовго до народження дитини. Так само партнер може вже відчувати себе батьком, а старші діти — братами чи сестрами. Після втрати цей досвід батьківства не зникає. Водночас для оточення це може залишатися невидимим, особливо якщо немає фотографій, спільних спогадів або інших зовнішніх свідчень життя дитини.

У дослідженні 26,1 % учасниць повідомили, що їх не визнавали матерями, 32,1 % стикалися з тим, що їхню втрату не визнавали значущою, а 29,2 % — з тим, що померлу дитину не сприймали як дитину⁴. З психологічної точки зору таке невизнання може додавати до самого горя необхідність ще й відстоювати право називати цю дитину своєю дитиною, а себе — її матір'ю або батьком. Саме тому слова, якими родина говорить про дитину і про себе, важливо не виправляти відповідно до терміну вагітності чи медичної термінології.

Разом із дитиною батьки втрачають і те майбутнє, яке вже почали з нею пов'язувати. Очікувану дату пологів, життя з дитиною, плани та уявлення про те, якою стане їхня родина. Тому горювання стосується не тільки того, що вже відбулося, а й того, чого тепер не станеться. Цим частково пояснюється, чому передбачувана дата пологів, річниця втрати або інші дати, пов'язані з дитиною, можуть знову посилювати переживання. Це не означає, що людина «повернулася на початок» або що її горювання відбувається неправильно. Такі дати знову нагадують про дитину і про втрачене майбутнє, яке з нею було пов'язане.

1.3. Ієрархія горя: чому не можна порівнювати втрати

Рання втрата вагітності, мертвонародження, смерть новонародженої дитини, переривання вагітності через тяжкі порушення розвитку, втрата одного з близнюків — це різний досвід. Відрізняються медичні обставини, термін вагітності, досвід контакту з дитиною, те, що відбувалося з родиною до втрати і після неї. Але ці відмінності не дають підстав визначати, яка втрата має переживатися «важче», а яка «легше».

У дослідженні втрат вагітності до межі життєздатності британські дослідниці Еймі Л. Мідлмісс і Сьюзі Кілшоу показують, що соціальне визнання таких втрат розподіляється нерівномірно. Термін вагітності, обставини її завершення і те, що саме жінка й оточення вважають втраченим: вагітність, плід чи дитину — впливають на те, наскільки її реакція отримує соціальне визнання. Унаслідок цього одні втрати визнаються більш вагомими, тоді як інші можуть знецінюватися, маргіналізуватися або залишатися невизнаними⁵. Цю ієрархію бачимо і в нашому

4 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 54

5 Middlemiss, A. L., & Kilshaw, S. (2025). Further hierarchies of loss: Tracking relationality in pregnancy loss experiences. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 92(1), 284–302. URL: <https://doi.org/10.1177/00302228231182273>

дослідженні: саме втрати до 22 тижнів найчастіше супроводжувалися недостатнім суспільним і медичним визнанням, обмеженим доступом до практик прощання та браком інформації про права батьків⁶.

Тому термін вагітності або наявність інших дітей не можуть бути мірилом того, наскільки важкою «має» бути втрата для конкретної людини. Фрази «термін був маленький», «ви ще молода», «у вас уже є дитина» можуть звучати як спроба заспокоїти, але водночас знецінювати те, що переживає жінка. **Адже наявність інших дітей не скасовує втрати цієї дитини і горювання за нею.**

З психологічної точки зору важливо не порівнювати втрату однієї родини з іншою і не визначати наперед, як сильно або як довго людина має горювати. Допомога має виходити з того, як переживає втрату конкретна родина і якої підтримки вона потребує.

1.4. Як обставини втрати впливають на її переживання

Обставини перинатальної втрати можуть по-різному впливати на переживання родини. Раптова звістка про смерть дитини, тяжкий діагноз під час вагітності, смерть після тривалого лікування або втрата одного з близнюків створюють різний контекст, у якому батьки постають перед втратою. Це не визначає наперед їхніх почуттів чи перебігу горювання, але важливо для розуміння того, із чим саме довелося зіткнутися конкретній родині.

Ще вчора жінка могла відчувати рухи дитини, планувати пологи, а сьогодні — почути, що її серце більше не б'ється. У перші години після такої звістки людина може розуміти слова лікаря/-ки, але водночас не до кінця вірити в те, що це справді сталося. Психіці потрібен час для усвідомлення того, що відбулося.

Інакше може переживатися ситуація, коли про тяжке порушення розвитку дитини батьки дізнаються ще під час вагітності. Горювання тоді може починатися ще до самої втрати. Це називають випереджальним або антиципаторним горюванням. Батьки можуть одночасно сподіватися, шукати іншу думку, ухвалювати складні рішення, любити дитину і боятися її втратити. Якщо стає зрозуміло, що дитина може прожити дуже мало, родина, ймовірно, потребуватиме перинатальної паліативної допомоги. Така допомога дає можливість підготуватися до народження дитини й того часу, який родина зможе провести разом із нею: обговорити медичну допомогу і комфорт дитини, можливість бути поруч, створити спогади, попрощатися так, як буде важливо саме для них.

Окремого розуміння потребує переривання бажаної вагітності через тяжке порушення розвитку дитини. Тут до переживання втрати додається необхідність ухвалити дуже складне рішення. Жінка може сумніватися у своєму виборі, відчувати провину, сором або страх осуду, повертатися до думок про те, чи могла вона вчинити інакше. Через 2–7 років після переривання вагітності через тяжке

⁶ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження».

порушення розвитку дитини 10 % опитаних жінок повідомили про сумніви щодо свого рішення, а 8 % — про жаль. Жінки, які мали такі переживання, частіше належали до групи з вираженішими посттравматичними симптомами⁷.

Своя специфіка є і тоді, коли дитина помирає після народження. Батьки вже мають спогади про її життя: вони бачили дитину, торкалися її, можливо, доглядали за нею, чекали результатів лікування, сподівалися на покращення. Якщо дитина перебувала у відділенні інтенсивної терапії, до цього додається досвід лікування, процедур, реанімації, погіршення стану, складних розмов із лікарями/-ками. Після смерті батьки можуть по-різному повертатися до цього досвіду: відчувати вдячність персоналу або злитися, шукати відповіді, сумніватися у власних рішеннях, думати про те, чи все було зроблено правильно. Іноді після тривалого страждання дитини поруч із горем може з'являтися полегшення від того, що вона більше не страждає. Такі суперечливі почуття можуть існувати одночасно і не свідчать про силу любові до дитини.

Особливо складним може бути досвід втрати однієї дитини з багатоплідної вагітності. Жінка одночасно горює за однією дитиною і продовжує бути мамою іншої. У своїй практиці я бачу, як складно іноді дозволити собі обидва переживання: радість за дитину, яка живе, може викликати провину перед померлою, а горе — провину перед тією, яка вижила. Тут важливо не змушувати жінку обирати між радістю і горем. Обидві дитини залишаються частиною її материнського досвіду, і обидва почуття мають право існувати одночасно.

Після ранньої втрати може залишитися зовсім мало матеріальних речей, пов'язаних із дитиною: тест на вагітність, знімок ультразвукової діагностики, фотографії вагітності або щось, що вже встигли для неї придбати. Водночас саме втрати до 22 тижнів, як показує дослідження, частіше залишаються недостатньо визнаними та дають батькам менше можливостей для прощання і збереження пам'яті⁸. У роботі з такими втратами я іноді пропоную створити коробку пам'яті: зберегти перший знімок ультразвукової діагностики, фотографії вагітності, написати лист дитині або зробити щось на пам'ять власноруч. Це не обов'язкова частина горювання, а одна з можливостей зберегти пам'ять про дитину, якщо самій людині цього хочеться.

Обставини втрати важливо враховувати не для того, щоб визначити, яка втрата «важча». Вони допомагають краще зрозуміти досвід конкретної родини і те, якої підтримки вона може потребувати.

⁷ Korenromp, M. J., Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Bilardo, C. M., Offermans, J. P. M., & Visser, G. H. A. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25(3), 253–260. URL: <https://doi.org/10.1002/pd.1127>

⁸ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження».

2. Горювання, травматичні реакції та психічне здоров'я після перинатальної втрати

2.1. Горювання як природна реакція на втрату

Після смерті близької людини ми горюємо. Це природна реакція на втрату. Горе батьків, які втратили свою дитину, може проявлятися глибоким сумом, порожнечою, гнівом, провиною, заціпенінням. Людина може погано спати, втрачати концентрацію, постійно думати про дитину або, навпаки, певний час уникати цієї теми. У перші години, дні вона може діяти автоматично, не плакати або не до кінця вірити в те, що сталося. Реакції різних людей можуть дуже відрізнятися. Те, як людина реагує в перші години, дні чи тижні, не вимірює її любові до дитини й не визначає, «правильно» чи «неправильно» вона горює.

Серед учасниць дослідження 85,1 % говорили про порожнечу, 79,5 % — про глибокий сум, 66,0 % — про провину. 44,0 % переживали шок, 42,5 % — тривогу, 39,0 % — емоційне оніміння або апатію, 34,4 % — страх, 32,6 % — проблеми зі сном.⁹ Ці дані добре показують не тільки силу переживань після втрати, а й те, наскільки різними вони можуть бути.

Одна з найвідоміших моделей, яку досі часто згадують, коли говорять про горювання, п'ять стадій Елізабет Кюблер-Росс. Важливо розуміти, що спочатку ця модель описувала досвід людей з невиліковними захворюваннями, які зіткнулися з неминучістю власної смерті, а згодом її почали широко застосовувати і до переживання втрати близької людини. Через популярність цієї моделі в людей іноді виникає уявлення, що горювання має відбуватися послідовно: людина повинна пройти певні стадії і врешті «завершити» цей процес. Насправді горювання не має такої універсальної послідовності.

Сьогодні жінка може багато говорити про дитину і плакати, завтра — працювати, сміятися, займатися звичайними справами, а ввечері знову гостро відчувати втрату. Це не означає, що вона повернулася назад або горює неправильно. Модель подвійного процесу Маргарет Стробе та Генка Шута описує горювання як коливання між зверненням до переживань, пов'язаних із втратою, і пристосуванням до життя, яке після неї змінилося¹⁰. Людина не повинна весь час залишатися всередині свого горя, щоб її любов до померлої дитини була справжньою.

Часто можна почути, що «час лікує». Але сам по собі час не робить роботу горювання за людину. Значення має те, що відбувається з нею протягом цього часу: чи є поруч люди, з якими можна говорити або мовчати, чи отримує вона підтримку, чи не стикається з постійним знеціненням своєї втрати, чи має можливість поступово повертатися до життя і водночас зберігати пам'ять про дитину. З часом життя може знову наповнюватися іншими стосунками, справами,

⁹ Там само, с. 61–62

¹⁰ Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. URL: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

планами й почуттями. Пам'ять про дитину при цьому не повинна зникнути, щоб горювання вважалось «завершеним».

Окремо важливо не плутати сильне горювання із психічним розладом. Плач, туга, гнів, провина, порушення сну або постійні думки про дитину самі по собі ще не є діагнозом. Водночас перинатальна втрата може супроводжуватися депресивними, тривожними або посттравматичними симптомами, а в частини людей психологічні труднощі можуть потребувати спеціалізованої допомоги. Тому важливо оцінювати не окрему реакцію, а її тривалість, вираженість, вплив на повсякденне життя, безпеку людини та загальний контекст.

2.2. Травматичні реакції та психічне здоров'я після перинатальної втрати

Перинатальна втрата може бути травматичним досвідом, але це не означає, що після неї обов'язково розвинеться посттравматичний стресовий, депресивний або тривожний розлад. Значення може мати не тільки сама смерть дитини, а й те, як відбувалася втрата: раптовість, загроза життю, сильний фізичний біль, екстрені втручання, реанімація, відчуття безпорадності, примусу або відсутності інформації та можливості впливати на те, що відбувається.

Важливо розрізняти горювання за дитиною і травматичні реакції, пов'язані з обставинами втрати. Жінка може сумувати за дитиною, відчувати тугу, порожнечу, провину і водночас мати нав'язливі спогади про реанімацію, медичні процедури, сильний біль або окремі слова, які почула від медичного персоналу. Тобто джерелом важких переживань може бути не тільки сама смерть дитини, а й те, що жінці довелося пережити під час надання їй медичної допомоги.

Перинатальна втрата справді пов'язана з підвищеним ризиком психологічних труднощів. Систематичний огляд і метааналіз Даніель Герберт та співавторів охопив 29 досліджень із 17 країн, у яких взяли участь жінки після перинатальної втрати та жінки без такого досвіду. Контрольні групи в окремих дослідженнях відрізнялися: до них входили жінки після народження живої дитини, невагітні жінки із загальної популяції, а також жінки після складних пологів, що завершилися народженням живої дитини. За результатами метааналізу, перинатальна втрата була пов'язана з вищим відносним ризиком депресивних розладів у 2,14 раза, і тривожних розладів у 1,75 раза¹¹.

Систематичний огляд Селін Лоссіус Вестбі та співавторів був присвячений симптомам депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу та obsesивно-компульсивного розладу у батьків після мертвонародження, яке автори визначали як смерть дитини, починаючи з 20-го тижня вагітності й до народження. До огляду увійшли 13 кількісних публікацій. Чотири з них досліджували ПТСР, тоді як досліджень obsesивно-компульсивного розладу, які

¹¹ Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). *The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 297, 118–129. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>

відповідали б критеріям включення, автори/-ки не знайшли. Результати включених досліджень свідчили про зв'язок між мертвонародженням і вищим рівнем симптомів ПТСР. У дослідженні Адама Левковіца та співавторів ризик отримати діагноз ПТСР упродовж року після мертвонародження був у 4,36 рази вищим, ніж після народження живої дитини¹².

У перші дні після втрати можуть виникати відчуття нереальності того, що сталося, уривчасті або нав'язливі спогади, підвищене відчуття небезпеки, сильні тілесні реакції на звуки, запахи або інші нагадування про лікарню. Такі прояви можуть бути частиною гострої стресової реакції й поступово слабшати. Самі по собі вони ще не означають розвитку психічного розладу.

Додаткова фахова оцінка потрібна, якщо симптоми залишаються стійкими або дуже вираженими, суттєво порушують повсякденне життя чи людина не справляється з базовими щоденними завданнями. Особливої уваги потребують суїцидальні думки, психотичні симптоми, небезпечна поведінка, виражена депресивна симптоматика або проблемне вживання психоактивних речовин. У таких ситуаціях потрібна оцінка психіатра/-ині. Водночас сильний сум, плач, гнів, туга за дитиною або потреба багато говорити про неї самі по собі не є підставою для психіатричного діагнозу.

Так само обережно потрібно ставитися до розладу тривалого горя. Його не можна діагностувати лише тому, що минув певний час, а людина продовжує сумувати за дитиною, згадувати її або зберігати з нею внутрішній зв'язок. Дослідник у галузі клінічної психології Маартен Ейсма звертає увагу, що сам факт тривалого або інтенсивного горювання ще не означає, що воно є патологічним. Межа між природним горюванням і розладом залишається складною для визначення¹³. Тому діагноз не можна встановлювати лише на підставі часу, що минув після втрати. Необхідно оцінити всю сукупність діагностичних критеріїв, зокрема характер і вираженість симптомів, їх вплив на повсякденне функціонування, а також соціальний, культурний і релігійний контекст людини¹⁴.

2.3. Шок, дезорієнтація і пам'ять

Після слів «серце дитини не б'ється» людина може переживати гостру реакцію на стрес. У цей момент психіка насамперед намагається впоратися з тим, що щойно сталося. Людина може відчувати шок, розгубленість, нереальність того, що відбувається, ніби все це не з нею. Хтось плаче, хтось завмирає, хтось починає багато говорити або ставити одні й ті самі запитання. Відсутність сліз або зовнішня зібраність також не означають, що людина сприйняла ситуацію спокійно. Реакції на гострий стрес можуть бути дуже різними.

12 Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 782. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>

13 Eisma, M. C. (2023). *Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 57(7), 944–951. URL: <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>

14 American Psychiatric Association (2022) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR). URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Гострий стрес може впливати на ухвалення рішень та ускладнювати врахування всього спектра їх можливих наслідків¹⁵. У рекомендаціях щодо допомоги після мертвонародження зазначено, що батькам у стані шоку або гострого горя може бути складно одразу ухвалювати рішення. Тому такі розмови не варто проводити поспіхом: батькам потрібно дати час і надати письмову інформацію про доступні варіанти¹⁶.

Саме тому говорити важливо просто і зрозуміло. Давати одну смислову частину інформації за раз, робити паузи й залишати можливість перепитати. Важливу інформацію варто повторювати та, за можливості, надавати письмово, щоб до неї можна було повернутися пізніше. Якщо жінка хоче, до розмови можна залучити близьку людину. Перевірити розуміння можна методом teach-back: попросити жінку своїми словами розповісти, що вона почула і що буде відбуватися далі. Це не іспит для пацієнтки, а спосіб переконалися, що інформацію пояснили зрозуміло.

2.4. Провина як спроба повернути відчуття контролю

Провина була одним із найпоширеніших переживань учасниць дослідження. 39,5 % жінок відчували її дуже часто, ще 27,6 % — часто. Серед тих, хто переживав провину, 85,5 % називали її джерелом власні сумніви й самозвинувачення. 24,7 % пов'язували її з уявленнями про «правильне» материнство, 22,4 % — зі словами або натяками медичного персоналу¹⁷.

Після втрати жінка може знову й знову повертатися до останніх днів вагітності. «Я мала помітити». «Треба було раніше звернутися до лікаря». «Чому я не відчувала, що рухів стало менше?». Вона ніби шукає той момент, коли ще могла щось зробити й змінити те, що сталося.

Коли результат уже відомий, минулі події здаються набагато зрозумілішими. Ознаки, які тоді могли бути нечіткими або взагалі не викликати тривоги, після смерті дитини можуть сприйматися як очевидні. У психології це називають ретроспективною ілюзією передбачуваності. Але тоді жінка ще не мала того знання, яке має сьогодні. Вона дивиться на минуле, вже знаючи, чим усе закінчилося, і тому може здаватися, що вона «мала зрозуміти» або «мала передбачити».

У провини може бути й інша психологічна функція. Визнати, що трагедію не завжди можна було передбачити, проконтролювати або зупинити, означає зіткнутися з власним безсиллям. Іноді думка «це сталося через мене» парадоксально дає хоча б якесь відчуття контролю. Якщо причина в мені, тоді

15 Wemm, S. E., & Wulfert, E. (2017). Effects of acute stress on decision making. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 42(1), 1–12. URL: <https://doi.org/10.1007/s10484-016-9347-8>

16 National Bereavement Care Pathway. (2022). *Stillbirth: Full guidance document*. Sands. URL: <https://www.nbcpathway.org.uk/wp-content/uploads/2024/03/NBCP-Stillbirth-July-2022.pdf>

17 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 62–63.

наступного разу я зможу зробити все правильно і не допустити повторення. Так провина може створювати ілюзію контролю там, де людина зіткнулася з тим, що контролювати не могла.

До почуття провини додавалися й уявлення про «правильне» материнство: з ними свою провину пов'язували 24,7 % жінок. Жінки могли звинувачувати себе в тому, що недостатньо берегли себе під час вагітності, багато працювали, нервували, не помітили небезпечних симптомів або не звернулися по допомогу раніше. Після втрати такі думки легко перетворюються на висновок: «я мала зробити інакше», «я повинна була помітити», «якби я була уважнішою, цього можна було б уникнути». Медичний персонал може ненавмисно посилити почуття провини, коли ставить запитання звинувачувальним тоном, ділиться неперевіреними припущеннями або говорить: «Чому ви не приїхали раніше?». Навіть необхідне медичне запитання можна поставити інакше: «Мені важливо уточнити, коли з'явилися симптоми, щоб краще зрозуміти, що відбувалося». Після втрати жінка і без того може шукати підтвердження власної провини, тому необережна фраза медичного працівника/-ці може це почуття посилити.¹⁸

2.5. Що може ускладнювати переживання втрати і що допомагає

Не всі люди після перинатальної втрати потребуватимуть однакової психологічної допомоги. Водночас є обставини, які важливо враховувати, тому що вони можуть бути пов'язані з вищим ризиком психологічних труднощів. Реакції на втрату можуть бути дуже різними, тому потребу в психологічній підтримці та її формат важливо визначати індивідуально.¹⁹

З більш вираженими психологічними труднощами після втрати пов'язували попередні перинатальні втрати^{20, 21, 22}, депресивні або тривожні розлади в анамнезі²³

¹⁸ Там само, с. 62–63.

¹⁹ Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 9. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

²⁰ Там само.

²¹ Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. URL: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

²² Flach, K., Gressler, N. G., Marcolino, M. A. Z., & Levandowski, D. C. (2023). *Complicated grief after the loss of a baby: A systematic review about risk and protective factors for bereaved women*. *Trends in Psychology*, 31, 777–811. URL: <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>

²³ Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. URL: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

та досвід безпліддя^{24, 25}. Значення мають підтримка партнера й близьких^{26, 27, 28, 29, 30}, а також, якість стосунків у парі^{31, 32}.

В огляді досвіду мертвонародження описані почуття провини, самозвинувачення та відчуття власної неспроможності. Деякі жінки сприймали смерть дитини як свідчення того, що їхнє тіло їх підвело, або відчували, що не впоралися з роллю матері³³.

Значення має і досвід взаємодії з медичною системою. Дослідження пов'язують психологічний стан батьків із якістю спеціалізованої допомоги, підтримкою медичних працівників/-иць та окремими обставинами супроводу після

24 Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 9. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

25 Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. URL: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

26 Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 9. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

27 Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. URL: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

28 Flach, K., Gressler, N. G., Marcolino, M. A. Z., & Levandowski, D. C. (2023). Complicated grief after the loss of a baby: A systematic review about risk and protective factors for bereaved women. *Trends in Psychology*, 31, 777–811. URL: <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>

29 Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (2000). *Predicting outcomes after pregnancy loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale*. *Illness, Crisis & Loss*, 8(4), 350–372. URL: <https://doi.org/10.1177/105413730000800402>

30 Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 782. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>

31 Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. URL: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

32 Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (2000). *Predicting outcomes after pregnancy loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale*. *Illness, Crisis & Loss*, 8(4), 350–372. URL: <https://doi.org/10.1177/105413730000800402>

33 Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 9. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

мертвонародження^{34, 35, 36}. Стигматизація, соціальна ізоляція та невизнання горя можуть ставати додатковим джерелом дистресу³⁷.

Так само немає однієї дії, яка могла б гарантувати, що горювання не буде складним. Побачити дитину, зробити фотографію, створити пам'ятні речі, звернутися до психотерапії або згодом народити іншу дитину — усе це може мати різне значення для різних людей. Допомога потрібна не для того, щоб «правильно завершити» горювання або стерти втрату. Вона може допомогти людині проживати її, отримувати необхідну підтримку і поступово повертатися до життя.

Ми не можемо передбачити, як саме конкретна людина переживатиме втрату. Але можемо бачити чинники, які підвищують ризик психологічних труднощів, вчасно пропонувати допомогу і не створювати додаткового страждання там, де їх можна уникнути.

3. Невизнане горе і соціальна самотність

3.1. Безправне горе

Коли суспільство не визнає втрати, людина втрачає ще й право відкрито горювати. Кеннет Дока назвав такий досвід *disenfranchised grief* — невизнаним, або соціально несанкціонованим, горем³⁸. Перинатальна втрата часто залишається саме такою. Про вагітність могли ще не знати, родичі не бачили дитини, немає спільних фотографій, історій, звичних ритуалів або речей. Оточенню через це простіше промовчати. Але для батьків мовчання може звучати так, ніби їхньої дитини взагалі не було.

З нерозумінням або знеціненням горя зіткнулися 57,6 % учасниць дослідження. 54,5 % розповіли, що інші уникали розмов про дитину. Від 46,8 % очікували, що вони швидко «забудуть» і повернуться до звичайного життя. 34,8 % прямо радили не говорити про втрату, 24,8 % помічали, як співрозмовники/-ці змінюють тему, 18,2 % відчували, що люди почали їх уникати³⁹.

34 Там само.

35 Flach, K., Gressler, N. G., Marcolino, M. A. Z., & Levandowski, D. C. (2023). Complicated grief after the loss of a baby: A systematic review about risk and protective factors for bereaved women. *Trends in Psychology*, 31, 777–811. URL: <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>

36 Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 782. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>

37 Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 9. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

38 Doka, K. J. (Ed.). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books. URL: <https://search.worldcat.org/title/Disenfranchised-grief-recognizing-hidden-sorrow/oclc/20015907>

39 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження». с. 49–51.

Тут важливо враховувати й те, що сама тема смерті в суспільстві залишається значною мірою табуованою. Смерть нагадує про те, що людина не може все передбачити й контролювати, а зіткнення з чужою втратою неминуче наближає до усвідомлення власної вразливості та смертності. Тому природною реакцією може ставати уникнення: не говорити, не запитувати, змінити тему, спробувати якомога швидше знайти пояснення тому, що сталося, або переконати людину «рухатися далі». Особливо складно суспільству витримувати смерть дитини, оскільки вона суперечить звичному уявленню про природний порядок життя, у якому діти народжуються, ростуть і переживають своїх батьків. Перинатальна смерть ще більше ускладнює це зіткнення: поруч одночасно опиняються дві теми, які зазвичай сприймаються як протилежні: народження нового життя і смерть. Саме тому мовчання навколо перинатальної втрати часто пов'язане не з байдужістю до батьків, а з розгубленістю, страхом і відсутністю в суспільстві сформованої культури говорити про смерть та залишатися поруч із людиною, коли її біль неможливо швидко прибрати. Для суспільства значно простіше визнати втрату людини, яку вони знали, оскільки з нею пов'язані спогади, стосунки, фотографії, спільна історія. Дитина, яка померла під час вагітності або невдовзі після народження, часто не встигла стати частиною соціального життя родини. Оточення могло її ніколи не бачити, а іноді навіть не знати про вагітність. Через це виникає хибне відчуття, що й втрачено було «менше». До цього додається загальна складність говорити про смерть і бажання якомога швидше повернути людину до звичного життя, бо її горе викликає безсилля і тривогу в тих, хто поруч. Саме тому фрази «ви ще народите», «значить, так мало бути» або «краще, що це сталося зараз» часто говорять не з наміром завдати болю, а через нездатність залишатися поруч із болем, який неможливо виправити. Проте для батьків такі слова не стають менш знецінювальними.

Краще сказати: «Я пам'ятаю про вашу дитину. Якщо ви захочете говорити, я готова слухати. Якщо сьогодні не хочете це теж нормально».

Знімаючи табуованість із теми смерті, суспільство стає більш толерантним і співчутливим до тих, хто проживає горе, а люди менше бояться почуттів, які виникають при зіткненні з чужою втратою.

3.2. Мова знецінення та її психологічний ефект

«Ви ще народите», «Так було краще», «Значить, дитина була нежиттєздатна», «Треба жити далі». Часто люди говорять це, намагаючись утішити. Але жінка може почути зовсім інше: ця дитина не має цінності, твій біль занадто сильний, час уже закінчувати горювати. Майбутня вагітність у такій розмові ніби повинна замінити конкретну дитину, яка померла.

Щоб підтримати, не потрібно терміново знаходити пояснення або сенс замість людини. Іноді достатньо витримати реальність разом із нею: «Мені дуже шкода, що ваша дитина померла», «Це важко», «Я поруч».

Релігійні пояснення також не можна нав'язувати. Для одних людей віра стає джерелом сенсу, ритуалу та зв'язку. Для інших після втрати виникають гнів,

сумніви й криза віри. Духовну підтримку можна запропонувати, але вона не повинна замінювати психологічну або медичну допомогу. Не існує універсальних слів та методу підтримки. Тому стає важливим, щоб родина мала вибір.

3.3. Продовження зв'язку з померлою дитиною

Чи «прожити горе» означає «відпустити» дитину і більше не мати з нею внутрішнього зв'язку? Сучасні підходи до горювання не ставлять перед людиною такого завдання. Концепція продовження зв'язків із померлою людиною/continuing bonds виходить із того, що адаптація до втрати не обов'язково потребує розриву зв'язку з померлою людиною. Цей зв'язок може зберігатися і бути здоровою частиною подальшого життя людини⁴⁰. Для батьків таким зв'язком може бути ім'я дитини, фотографія, свічка, написаний лист, прикраса, посаджене дерево, благодійний проєкт, пам'ятний день або внутрішній діалог.

Ці дії не заперечують смерті. Вони допомагають жити з двома правдами одночасно: дитина померла, і ця дитина була та залишається важливою. Після перинатальної втрати матеріальні речі можуть мати особливе значення, бо спільних спогадів дуже мало. Вони підтверджують, що дитина існувала, а люди були її батьками. Але продовження зв'язків не є обов'язковим сценарієм. Комусь потрібні видимі символи. Хтось зберігає зв'язок дуже приватно. А хтось узагалі не хоче ритуалів, принаймні зараз. Тому тут важливо нормалізувати як продовження зв'язку з дитиною, так і його відсутність.

3.4. Мовчання в родині й розмова з дітьми

Дорослі іноді мовчать про смерть дитини, щоб «не травмувати» старших дітей. Але дитина все одно бачить зміни: мама плаче, речі зникають, дорослі говорять пошепки, дитина, на яку всі чекали, не з'являється. Коли пояснення немає, ці прогалини заповнює фантазія. Дитина може вирішити, що винна вона, або почати боятися інших смертей і розлук. У моїй практиці була родина, в якій мати пережила пізню втрату, коли старшій доньці було шість років, але їй нічого не пояснили. Уже дорослою донька так само приховувала від матері власні труднощі із зачаттям, боючись рани матір. У родині сформувалося негласне правило: про репродуктивний біль не говорять, що ускладнювало стосунки і створювало відстань між рідними людьми.

Розмовляти з дитиною потрібно відповідно до її віку, просто і правдиво. Маленьким дітям краще сказати «померла» або «помер», а не «заснула» чи «пішла». Інакше може з'явитися страх сну або розлуки. Пояснення має бути коротким. Важливо відповісти на запитання, запевнити дитину, що вона не винна, і повертатися до теми пізніше, коли з'являться нові запитання. Якщо дитина хоче, її можна долучити до безпечного ритуалу: намалювати малюнок, написати лист, вибрати квітку або покласти щось у пам'ятну коробку.

⁴⁰ Silverman, P. R., & Klass, D. (1996). Introduction: What's the problem? In D. Klass, P. R. Silverman, & S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 3–27). Taylor & Francis. URL: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315800790-2/introduction-problem-phyllis-silverman-dennis-klass>

У дослідженні Пернілли Авелін та співавторів батьки, які пережили мертвонародження, описували, як, на їхню думку, можна підтримати старших дітей у прощанні з померлим братом або сестрою⁴¹. Канадські настанови також рекомендують давати дітям зрозумілі відповіді до їхнього віку пояснення та, якщо вони цього хочуть, залучати до створення спогадів і ритуалів прощання⁴².

3.5. Горювання партнера після перинатальної втрати

Чоловік також втрачає дитину. Але часто він одночасно бере на себе роль того, хто має підтримувати партнерку. У систематичному огляді австралійської психологині Кейт Обст та співавторів ця роль була описана у 23 якісних дослідженнях. У 15 із них чоловіки говорили, що заради підтримки партнерки відкладали або приховували власне горювання. Частина чоловіків намагалися залишатися зайнятими, поверталися до роботи, зосереджувалися на практичних справах або переживали свій біль наодинці. В окремих дослідженнях також описано уникання розмов і збільшення вживання алкоголю. Водночас реакції чоловіків були дуже різними, тому з цих даних не можна вивести єдиний «чоловічий» спосіб горювати. На те, як чоловік виражає свій біль і чи звертається по допомогу, можуть впливати гендерні очікування: він має залишатися сильним і не показувати своїх почуттів. Через різні способи переживати втрату в парі іноді виникають напруження, відчуження і незрозуміння. Горювання чоловіка може залишатися непоміченим і для медичних працівників/-ць, які сприймають його переважно як того, хто має підтримувати жінку^{43, 44}.

Парі не потрібно вчитися горювати однаково. Важливіше навчитися перекладати одне одному власні реакції. «Коли ти мовчиш, я думаю, що тобі байдуже». «Я мовчу, бо боюся розсипатися і намагаюся втримати наш побут». Різний темп сам по собі не руйнує стосунків. Прірва з'являється тоді, коли в парі немає місця для переживань обох батьків. Оточення, медичні працівники/-ці теж можуть підсилювати гендерну нерівність у проживанні почуттів і ставитися до батька так, ніби він не відчуває, не проживає болю.

41 Avelin, P., Erlandsson, K., Hildingsson, I. M., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2012). Make the stillborn baby and the loss real for the siblings: Parents' advice on how the siblings of a stillborn baby can be supported. *The Journal of Perinatal Education*, 21(2), 90–98. URL: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.2.90>

42 Public Health Agency of Canada. (2020). *Family-centred maternity and newborn care: National guidelines. Chapter 7: Loss and grief*. Government of Canada. URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-7.html>

43 Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, 79, Article 102531. URL: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>

44 Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, Article 11. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>

4. Медична допомога в момент втрати: як слова, дії та рішення впливають на досвід родини

4.1. Якість допомоги запам'ятовується разом із втратою

Медичні працівники/-ці не можуть змінити сам факт смерті дитини. Але їхні слова, ставлення й організація допомоги стають частиною досвіду, з яким батьки виходять із лікарні. У систематичному огляді Елісон Елліс та співавторів батьки позитивно описували емпатійне ставлення, зрозумілу інформацію, можливість обмірковувати запропоновані варіанти й брати участь у рішеннях. Їм також був потрібен окремий простір, але не ізоляція від персоналу. Відстороненість, недостатня або незрозуміла інформація, відсутність окремого приміщення та незалучення до рішень батьки описували як те, що робило їхній досвід ще тяжчим⁴⁵.

Спосіб, у який жінка дізнається про смерть дитини, не є другорядною деталлю. За даними дослідження, 41,1 % учасниць описали повідомлення як нейтральне, 31,1 % — як підтримувальне, 24,1 % — як турботливе. Водночас 19,5 % жінок пережили цей момент як травматичний, 18,3 % — як знецінювальний, 6,4 % — як звинувачувальний⁴⁶.

Ці цифри важливі не самі по собі. Вони показують, що жінки запам'ятовують не тільки повідомлення про смерть дитини. Вони запам'ятовують, як саме з ними говорили в цей момент. У стані шоку частина медичної інформації може не втриматися в пам'яті. Але інтонація, погляд або одна фраза лікаря/-ки іноді залишаються з людиною на роки. Вони стають частиною спогаду про момент, коли її звичне життя раптово змінилось. Лікар/-ка не може забрати біль втрати. Але від його / її поведінки залежить, чи додасться до цього болю відчуття, що жінку не почули, не побачили й усунули від рішень, які стосуються її самої.

4.2. Як повідомляти погану новину

Як повідомити про смерть дитини прямо, але не завдати додаткового болю різкістю й байдужістю? У такій розмові важливі кілька речей:

- приватний, безпечний простір і можливість присутності партнера або іншої близької людини;
- представлення фахівця/-чині та пояснення його / її ролі;
- коротке попередження, що новина тяжка, після чого — ясне та просте речення, без складних і незрозумілих медичних термінів;

⁴⁵ Ellis, A. L., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 16. URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>

⁴⁶ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 56.

- пауза, визнання реакції й достатній час;
- тільки підтверджена інформація, чесне позначення невідомого;
- один найближчий крок, а не весь маршрут одразу;
- повторне пояснення, письмовий підсумок і контакт для подальших запитань.

Новина може звучати так: «Мені дуже шкода. Під час обстеження ми не знайшли серцебиття дитини. Це означає, що дитина померла». Після цих слів потрібна пауза. Не треба одразу заповнювати її медичними деталями або закликом «триматися». Якщо причина ще невідома, варто так і сказати: «Зараз ми не знаємо, чому це сталося. Я поясню, які обстеження можуть дати більше інформації, але вони не завжди знаходять точну причину».

Клінічні рекомендації Centre of Research Excellence in Stillbirth та Perinatal Society of Australia and New Zealand зазначають, що несприятливі результати обстеження має повідомляти досвідчений/-а і емпатичний/-а медичний/-а працівник/-ця. Узгоджена робота команди допомагає забезпечити батькам точну й послідовну інформацію. Батьків не варто залишати самих без пояснень. Якщо жінка прийшла сама, їй потрібно запропонувати зв'язатися з партнером або іншою людиною, яка може її підтримати, і забезпечити присутність медичного працівника/-ці до її приїзду⁴⁷.

Іноді повідомити важливу новину доводиться телефоном. Перед розмовою потрібно запитати, де зараз перебуває людина, чи не керує вона автомобілем і чи є поруч хтось, кому вона довіряє. Далі домовитися про найближчу очну або відеозустріч. Коротке повідомлення без можливості поставити запитання залишає людину саму з інформацією, яку в стані шоку важко зрозуміти й упорядкувати.

4.3. Визнати, а не «виправити» емоцію

Медичний/-а працівник/-ця не мусить ставати психотерапевтом/-кою. Але він / вона може не тікати від реакції людини й не заперечувати її. Спочатку назвати те, що бачить. Потім визнати, що така реакція зрозуміла. І запропонувати конкретну опору: «Я бачу, як вам важко. Після такої новини можна відчувати шок і не розуміти, що робити далі. Я залишуся поруч, а коли будете готові, поясню наступний крок».

Чому фахівець/-чиня іноді намагається якомога швидше припинити плач? Сильні емоції можуть налякати і створити відчуття, що розмова «пішла неправильно». Але плач після звістки про смерть дитини може бути природною реакцією. Його не потрібно виправляти. Потрібно перевірити безпеку, посадити людину, запропонувати воду, дати приватність без покинутості й залишитися доступним/-ою. Інша річ, коли є ознаки медичної нестабільності, суїцидальний

⁴⁷ Centre of Research Excellence in Stillbirth, & Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2024). *Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline*. URL: <https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/>

намір, психоз або поведінка, що загрожує життю. Тоді команда діє за кризовим алгоритмом.

4.4. Медична точність і людська мова

Медичні слова мають різну функцію залежно від того, де вони звучать. У документах потрібна точність. У розмові з родиною слова можуть створити контакт або зруйнувати його. «Ембріон», «плід», «біоматеріал» є коректними клінічними термінами. Але якщо батьки говорять «наша донька», механічно виправляти їх означає не визнавати їхньої реальності. І навпаки, не потрібно нав'язувати слово «дитина» людині, яка сама обирає інше формулювання або поки дистанціюється, щоб витримати те, що відбувається.

Можна просто запитати: «Як ви називаєте дитину? Чи є ім'я, яке мені можна використовувати?» Після ранньої втрати: «Які слова для того, що сталося, вам зараз ближчі?» Так батьки залишаються авторами своєї історії.

У якісному дослідженні Йозефіне Янсенс та співавторів серед тем, виокремлених в інтерв'ю з батьками після перинатальної втрати та медичними працівниками/-цями, були визнання батьківства, чітка й чесна інформація, а також уважна присутність і невербальні жести підтримки⁴⁸.

4.5. Автономія і повернення посильного контролю

Після смерті дитини жінка вже втратила контроль над вагітністю, тілом і майбутнім. Якщо в лікарні вона додатково не може запитувати, відмовлятися, обирати темп або просити про присутність близької людини, безпорадність стає ще сильнішою. Лише 29,4 % учасниць дослідження відчували, що справді беруть участь у рішеннях. 46,5 % не мали на них впливу. 35,7 % не відчували права відмовитися від процедури або змінити її, ще 28,8 % не знали, що така можливість існує⁴⁹.

Повернути жінці відчуття контролю не означає перекласти на неї всю відповідальність і залишити саму зі списком рішень. Це теж було б покинутістю. Їй потрібен зрозумілий вибір. Фахівець/-чиня пояснює медично можливі варіанти, наслідки й часові межі. Дає професійну рекомендацію. Перевіряє, що людина зрозуміла. І залишає місце для її цінностей. Навіть у дуже складній ситуації можна обрати, хто буде поруч, коли отримати наступну частину інформації, чи потрібна друга думка, які форми контакту з дитиною прийнятні, хто повідомить родичів.

Під час перинатальної втрати недостатньо один раз надати інформацію й отримати рішення. Стрес і горе можуть впливати на те, як людина сприймає та запам'ятовує сказане. Тому інформацію потрібно повторювати, перевіряти, чи

48 Jansens, J., Faes, K., De Coninck, M., Gilissen, J., & Van Kelst, L. (2024). A qualitative study of bereaved parents and healthcare professionals on perinatal loss. *European Journal of Midwifery*, 8, Article 76. URL: <https://doi.org/10.18332/ejm/194159>

49 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження». , с. 77–78.

зрозуміли її батьки, давати їм час і можливість повернутися до ухваленого рішення, якщо ситуація це ще дозволяє⁵⁰. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає шанобливу материнську та неонатальну допомогу як допомогу, яка зберігає гідність і забезпечує свободу інформованого вибору. Інформована згода передбачає активну участь жінки в рішеннях і отримання зрозумілої інформації про обстеження та процедури⁵¹.

Такий спосіб взаємодії відповідає принципам травмоінформованої допомоги: безпеці, прозорості, співпраці та поверненню людині посильного контролю.

4.6. Інформація як форма психологічної опори

У гострій кризі людина не втримує багато інформації, але її відсутність залишає хаос. Деякі учасниці дослідження після втрати самі шукали в інтернеті відповіді на медичні, правові запитання та інформацію щодо поховання.

Пояснення щодо тіла дитини отримали 22,7 % учасниць, часткове — 19,4 %, а 47,6 % — не отримали його. Під час виписки 52,2 % дізналися про відновлення, 39,9 % отримали загальні поради щодо втрати, 25,6 % — рекомендацію звернутися до лікаря/-ки. Контакти перинатального психолога/-ині мали 6,0 %, груп підтримки — 4,6 %, громадських організацій — 2,9 %. Без жодної з цих форм інформаційної підтримки залишилися 28,7 %⁵².

Інформацію потрібно давати поетапно. Після діагнозу — що сталося і що буде далі. Перед процедурою чи пологами — медичні варіанти, знеболення, присутність близької людини, контакт і створення спогадів. Перед випискою — відновлення, небезпечні симптоми, лактація, поведження з тілом, контакти допомоги й подальший зв'язок. Письмовий матеріал не замінює розмови, але повертає забуте. Тому особливо після виписки важливі листівки та буклети з потрібними телефонами та фаховою допомогою. В стресовому стані шукати потрібну інформацію важко, і вона має бути під рукою. Після виписки родина часто залишається наодинці зі своїм горем — і це може мати свої наслідки.

50 Centre of Research Excellence in Stillbirth, & Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2024). *Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline*. URL: [google.com/url?q=https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/&sa=D&source=docs&ust=1788650171129195&usg=AOvVaw0y81WGH2Sm8CpIT37N3rNA](https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/&sa=D&source=docs&ust=1788650171129195&usg=AOvVaw0y81WGH2Sm8CpIT37N3rNA)

рекомендація 2.5 - врахування впливу стресу й горя на сприйняття інформації, повторення інформації та перевірка розуміння;

рекомендація 3.8 - можливість неодноразово ставити запитання, обговорювати сумніви та повертатися до ухвалених рішень.

51 World Health Organization. (2025). *Compendium on respectful maternal and newborn care*. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939>

52 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 65–66.

5. Контакт із дитиною та прощання. Створення та збереження спогадів.

5.1. Чому питання контакту має таку психологічну вагу

Після перинатальної смерті побачити або потримати дитину можна лише протягом дуже короткого часу. Для багатьох батьків це буде перша й остання зустріч. Можливість роздивитися обличчя, помітити схожість, назвати дитину на ім'я, доторкнутися до неї, потримати на руках. Коли все спільне життя відбулося в утробі або в лікарні, ця зустріч іноді стає одним із небагатьох конкретних спогадів.

Навіщо батькам контакт із дитиною, яка померла? Частині людей він допомагає поєднати слова лікаря / лікарки з реальністю: дитина справді була і справді померла. У цей час батьки можуть зробити те, що відповідає їхній ролі: тримати, обіймати, одягати, говорити. З'являється спогад, до якого можна буде повертатися. Можливість попрощатися також має значення, хоча «прощання» не означає, що взаємини із дитиною повинні емоційно завершитися.

Контакт із дитиною мали 34,3 % учасниць дослідження, 65,7 % його не мали. Серед тих, хто контактував, 71,8 % бачили дитину, 38,5 % торкалися, 27,6 % тримали на руках. 36,9 % жінок без контакту сказали, що їм його не запропонували. 28,7 % розповіли, що персонал відмовляв їх або прямо відмовив. Майже дві третини хотіли б мати більше можливостей для контакту, а 42,8 % вважали, що його наявність або відсутність сильно вплинула на подальше переживання втрати⁵³.

Ці дані не означають, що побачити дитину завжди психологічно краще. Вони показують іншу проблему: багато жінок узагалі не мали вибору. Можливість, яка зникає назавжди, залежала від правил закладу або рішення окремого працівника/-ці.

5.2. Доказова база: від заборони — до індивідуалізованої пропозиції

Раніше в багатьох країнах батьків навмисно відокремлювали від мертвонародженої дитини. Вважалося, що так вони швидше забудуть. Традиційно після мертвонародження дитину часто одразу забирали, а батькам не пропонували побачити або потримати її. Згодом ця практика змінилася, і контакт із померлою дитиною почали розглядати як один із можливих елементів допомоги родині. У систематичному огляді Керол Кінгдон та співавторів 21 із 23 включених досліджень описувало позитивний досвід або результати, пов'язані з тим, що батьки бачили чи тримали свою дитину після мертвонародження. В огляді Джулі Геннеган та

⁵³ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 70–72.

співавторів 85–99 % матерів, які тримали дитину, були задоволені своїм рішенням^{54, 55}.

У систематичному огляді Керол Кінгдон та співавторів 21 із 23 включених досліджень описувало позитивний досвід або позитивні результати, пов'язані з тим, що батьки бачили чи тримали свою дитину після мертвонародження. Водночас наявні дані не дають однозначної відповіді щодо короткострокового або довгострокового впливу контакту на психічний стан батьків^{56, 57}.

Тому рекомендація не може звучати ні як «обов'язково побачити дитину», ні як «краще її не бачити». Батькам потрібно запропонувати можливість побачити й потримати дитину, пояснити, чого очікувати, дати час на рішення і поважати як згоду, так і відмову. Клінічні настанови Care Around Stillbirth and Neonatal Death радять до зустрічі з дитиною розповісти батькам про її зовнішність, розмір, тонус і температуру тіла. Якщо спочатку батьки відмовилися, вони можуть змінити рішення. До різних варіантів можна обережно повернутися пізніше, але без тиску й нав'язування. Якщо родина хоче побути з дитиною, їй потрібно забезпечити приватність і достатньо часу^{58, 59}.

Тут дуже легко перейти межу. Наполегливо переконувати батьків означає перетворити добру практику на примус. Але й нейтральне одноразове «хочете подивитися?» у момент шоку ще не створює справжнього вибору. У цей момент важливо пояснити, чому деякі батьки обирають контакт, що саме відбуватиметься, які є варіанти і скільки часу є, щоб змінити відповідь.

5.3. Чому матір може відмовитися — і чому згодом може шкодувати

Відмова в перші хвилини може відповідати бажанню і цінностям матері. А може бути психологічним захистом від образу, який зараз здається нестерпним. На рішення впливають страх зовнішнього вигляду дитини, культурні заборони, думка партнера, слова персоналу, фізичний стан, знеболення або седативні препарати.

54 Kingdon, C., Givens, J. L., O'Donnell, E., & Turner, M. (2015). Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth*, 42(3), 206–218. URL: <https://doi.org/10.1111/birt.12176>

55 Hennegan, J. M., Henderson, J., & Redshaw, M. (2015). Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well-being: A systematic review. *BMJ Open*, 5(11), e008616. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008616>

56 Kingdon, C., Givens, J. L., O'Donnell, E., & Turner, M. (2015). Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth*, 42(3), 206–218. URL: <https://doi.org/10.1111/birt.12176>

57 Hennegan, J. M., Henderson, J., & Redshaw, M. (2015). Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well-being: A systematic review. *BMJ Open*, 5(11), e008616. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008616>

58 National Bereavement Care Pathway. (2022). *Stillbirth: Full guidance document*. Sands. URL: <https://www.nbcpathway.org.uk/wp-content/uploads/2024/03/NBCP-Stillbirth-July-2022.pdf>

59 Centre of Research Excellence in Stillbirth, & Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2024). *Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline*. URL: [google.com/url?q=https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/&sa=D&source=docs&ust=1788650171129195&usg=AOvVaw0y81WGH2Sm8CpIT37N3rNA](https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/&sa=D&source=docs&ust=1788650171129195&usg=AOvVaw0y81WGH2Sm8CpIT37N3rNA)

Коли гострий шок слабшає, значення втраченої можливості іноді бачиться вже інакше.

Якщо згодом з'явився жаль, це не означає, що тоді матір ухвалила «неправильне рішення». Вона діяла з тими силами, інформацією і підтримкою, які мала в той момент. Одна з учасниць дослідження, яка спочатку не побачила сина й видала фотографії вагітності, сказала про це дуже точно: «Я вже давно не виню себе, бо я діяла, як уміла в страшних стресових обставинах»⁶⁰. Можна визнавати свій жаль і водночас не звинувачувати себе за рішення, ухвалене в шоковому стані.

Саме тому важливо, щоб відмова батьків не ставала автоматично остаточною після першого «ні». Батькам потрібна можливість ухвалити рішення без тиску, маючи достатньо інформації про те, як може відбуватися зустріч із дитиною і які варіанти контакту можливі. Водночас завдання медичного персоналу не переконати батьків побачити дитину, а створити умови, в яких вони зможуть зробити власний вибір. Якщо батьки після цього послідовно відмовляються від контакту, це рішення необхідно поважати.

5.4. Як створити справжній вибір

Поінформована пропозиція може звучати так: «Деякі батьки хочуть побачити або потримати дитину, інші — ні. Вам не потрібно вирішувати цієї хвилини. Я можу спочатку розповісти, як дитина виглядає, або показати фотографію. Ви можете просто побути поруч, торкнутися ручки чи потримати дитину через ковдру. Тільки те, що для вас прийнятно. Якщо зараз відповідь “ні”, я повернуся до цього питання пізніше, поки можливість ще є».

Практика має містити:

- пояснення різних форм контакту з дитиною, серед яких батьки можуть обрати те, що для них прийнятне;
- підготовку до того, як дитина може виглядати й відчуватися на дотик, без лякливих або оцінних формулювань;
- можливість обережно повернутися до різних варіантів пізніше, не перетворюючи повторну пропозицію на тиск;
- право батьків змінити рішення, поки можливість контакту з дитиною зберігається;
- отримання дозволу батьків перед тим, як персонал торкатиметься тіла дитини або створюватиме пам'ятні матеріали;
- урахування культурних, релігійних і духовних потреб родини, потреб старших дітей та особливостей втрати у разі багатоплідної вагітності;

⁶⁰ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 4.

- послідовність у комунікації між членами команди, щоб батькам не доводилося повторно відстоювати вже висловлені побажання або щоразу заново пояснювати свій вибір.

Підготовка не прибере біль, але зменшить страх перед невідомим. Можна сказати: «Дитина маленька. Її шкіра може мати інший колір, а тіло буде теплим. Я можу загорнути її і спочатку показати вам ручку». Такий опис допомагає людині зрозуміти, що саме вона побачить. Фрази «вам краще не бачити» або «там нічого страшного» цього не роблять. Вони забирають вибір і можуть ще більше налякати.

5.5. Фотографії, відбитки і речі як матеріальні свідчення

Після смерті дорослого або старшої дитини залишаються роки спільних фотографій, речей і спогадів. Після перинатальної втрати іноді не залишається майже нічого. Тому одна фотографія, бірочка, відбиток долоні, пасмо волосся, пелюшка або ім'я на картці можуть мати дуже велике значення. Це не «дивні сувеніри зі смерті». Для частини батьків — це єдині видимі свідчення життя дитини, власного батьківства та її місця в родині.

Одна з учасниць дослідження сказала: «Мій величезний жаль і біль, що я не маю ні фото, ні відео, нічого... Можливо, я не могла б відкрити ті файли... Але наразі не маю вибору»⁶¹. Можливо, вона справді довго не змогла б подивитися на ці фотографії. Але суть її слів в іншому. У неї забрали можливість самій вирішити пізніше.

У дослідженні Сібелі Блад і Джоанн Каччіаторе, у якому проаналізували відповіді 104 батьків, 92 із 93 учасників, які мали посмертні фотографії своєї дитини, позитивно їх оцінювали. Із 11 учасників, які таких фотографій не мали, дев'ятеро хотіли б їх мати⁶². Клінічні настанови *Care Around Stillbirth and Neonatal Death*, підготовлені Центром передових досліджень мертвонародження та Перинатальним товариством Австралії і Нової Зеландії, пояснюють, що пам'ятні речі можуть підтверджувати життя дитини та роль батьків. Фотографії й відео допомагають зберігати місце дитини в родині, розповідати про неї іншим, підтримувати родинну пам'ять і зв'язок з дитиною, а також зменшувати страх із часом забути її⁶³. Це достатня причина системно пропонувати такі можливості. Але не робити їх обов'язковими.

Батькам можна запропонувати різні варіанти: фотографію ручки чи ніжки, дитину в ковдрі, спільну фотографію з батьками, братами чи сестрами. Усе лише за їхньою згодою. Не варто віддавати зображення відкритими без попередження.

61 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 6.

62 Blood, C., & Cacciatore, J. (2014). Best practice in bereavement photography after perinatal death: Qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology*, 2, Article 15. URL: <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-15>

63 Centre of Research Excellence in Stillbirth, & Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2024). *Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline*. URL: <https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/>

Спочатку потрібно запитати, чи родина хоче переглянути їх зараз, отримати в закритому конверті або попросити заклад зберігати їх певний час.

5.6. Практики пам'ятування після ранньої втрати

Після ранньої втрати не завжди можна зробити відбитки або фотографії дитини. Але пам'ять може спиратися на інші сліди: тест, знімок ультразвукової діагностики, фотографію вагітності, лист до дитини, свічку, річ, яку встигли купити або зв'язати.

Річ стає важливою не через свою матеріальну «справжність», а через місце в історії родини. Фахівець/-чиня може запропонувати різні ідеї. Але не має права визначати, яке пам'ятування правильне або достатнє. Так само не потрібно вимагати створити пам'ятну коробку негайно. Хтось буде готовий до неї через місяці або навіть роки.

5.7. Якщо контакту не було

Неможливість побачити чи потримати дитину іноді стає втратою всередині втрати. Людина горює за дитиною і за тим батьківським досвідом, який уже ніколи не зможе реалізувати. Психотерапія не поверне цієї можливості. І не повинна переконувати, що «все сталося так, як мало бути». У роботі можна відокремити тодішні обставини від провини, зібрати відомі деталі, створити символічний простір для звернення до дитини та знайти форму зв'язку, яка не залежить від наявності фотографії.

Якщо контакту з дитиною не було, у психотерапії важливо не намагатися «компенсувати» те, що вже неможливо повернути, а допомогти людині знайти інші способи зберігати зв'язок і пам'ять про дитину. Це може бути відновлення того, що вона знає і пам'ятає про вагітність та дитину, розповідь партнера, який її бачив, робота з тілесними спогадами про вагітність. Для когось важливим стає лист до дитини, малюнок або власний ритуал пам'ятування.

Це не прибирає жалю через те, що зустрічі не відбулося, і не має на меті «закрити» втрату. Але поступово поруч із «я не побачила», «я не потримала», «я не попрощалася» можуть з'являтися й інші спогади та способи зберігати зв'язок із дитиною. Тоді те, чого батьки не змогли зробити, перестає бути єдиним способом пам'ятати про неї.

5.8. Що відбувається з тілом дитини: інформація, прощання і поховання

71 % учасниць дослідження не отримали пояснення своїх прав щодо контакту, прощання і практик пам'ятування. В окремих історіях жінки розповідали, що їм відмовилися передати тіло для поховання або не пояснили, що з ним відбуватиметься далі⁶⁴. Правові процедури залежать від терміну й обставин втрати.

64 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 66, 70.

Але психологічний принцип залишається незмінним: батьки повинні отримати зрозуміле пояснення до того, як можливість вибору зникне.

Якщо батьки називають тіло своєю дитиною, не можна в їхній присутності говорити про нього лише як про об'єкт утилізації. Неточні обіцянки також неприпустимі.

З психологічного погляду важливо не лише саме право батьків на вибір, а й можливість залишатися суб'єктами того, що відбувається з їхньою дитиною після смерті. Перинатальна втрата сама по собі супроводжується переживанням безсилля: батьки не могли зупинити смерть дитини, а часто не могли впливати й на події, що відбувалися навколо неї. Коли після цього вони не знають, де перебуває тіло дитини, що з ним буде далі, чи можуть вони його побачити, забрати або поховати відповідно до власних цінностей, переживання втрати контролю тільки посилюється. Зрозуміла інформація повертає хоча б частину можливості ухвалювати рішення там, де вони ще можливі.

Не менш важливо, що прощання і поховання можуть ставати частиною визнання реальності смерті та самого існування дитини. Для батьків — це можливість зробити щось для своєї дитини востаннє: обрати спосіб прощання, бути присутніми, поховати, зберегти пам'ять відповідно до власних переконань. Якщо ці можливості були втрачені не через власний вибір, а через відсутність інформації або рішення інших людей, згодом до горя можуть додаватися жаль, злість, провинна та постійне повернення до думки: «Якби я тоді знала, я б зробила інакше».

Батьки мають отримати зрозумілу інформацію про те, що відбуватиметься з тілом дитини далі, які можливості прощання та поховання доступні в їхній ситуації, у які строки необхідно ухвалити відповідні рішення і до кого можна звернутися з додатковими запитаннями. Цю інформацію мають надавати фахівці/-чині, відповідальні за певний етап медичного та організаційного супроводу.

6. Тілесний досвід жінки після перинатальної втрати: відновлення, лактація і простір

6.1. Фізичне відновлення після перинатальної втрати

Перинатальна втрата має не лише психологічний, а й фізичний вимір. Залежно від терміну та обставин втрати жінка може проходити через пологи, біль, кровотечу, післяпологові виділення, відновлення після оперативних втручань, гормональні зміни та лактацію. Частина цих процесів асоціюється з народженням дитини й підготовкою до материнства, але після втрати вони відбуваються за відсутності дитини. Може з'явитися молоко, але немає кого годувати; тіло ще має ознаки вагітності, хоча вагітність уже завершилася.

Особливо болісною може бути невідповідність між тим, що продовжує відбуватися з тілом після вагітності та пологів, і реальністю, у якій дитини поруч немає. Фізіологічні процеси, пов'язані з вагітністю, пологами та материнством, можуть знову й знову нагадувати жінці про втрату.

Це важливо враховувати в медичному супроводі в переживанні перинатальної втрати. Жінці потрібна зрозуміла інформація про те, які фізіологічні зміни на неї очікують, що відбуватиметься з її тілом найближчими днями, як діяти у випадку лактації та в яких ситуаціях необхідно звернутися по медичну допомогу. Важливим є не лише саме медичне спостереження, а й те, як ця інформація подається. Фізичне відновлення після перинатальної втрати відбувається одночасно з переживанням горя, тому ці два процеси не варто розглядати окремо один від одного.

6.2. Лактація — медичне питання і символічна подія

87,7 % опитаних лікарів/-ок повідомили, що пропонують медикаментозне припинення лактації після втрати. 11 % зазначили, що пропонують природне завершення лактації, а 3,9 % розглядали можливість донації молока⁶⁵.

Лактація після перинатальної втрати має не лише фізіологічний, а й психологічний вимір. Поява молока може особливо гостро зіштовхувати жінку з реальністю втрати: тіло фізіологічно готується годувати дитину, якої поруч немає. Водночас для іншої жінки лактація може переживатися як останній тілесний зв'язок із дитиною, який вона не готова припинити одразу. Саме тому одна й та сама медична дія може мати для різних жінок зовсім різне психологічне значення.

Важливим тут стає і повернення можливості ухвалювати рішення щодо власного тіла. Під час перинатальної втрати жінка стикається з великою кількістю подій, на які не може вплинути: вона не могла змінити факт смерті дитини, а перебіг пологів і подальші медичні процедури часто значною мірою визначаються клінічною ситуацією. **Можливість отримати інформацію про лактацію і, де це медично можливо, брати участь у виборі подальших дій повертає їй хоча б частину контролю над тим, що відбувається з її власним тілом.**

У розробленій Кетрін Керролл, Деббі Ноубл-Карр, Ларою Свіні та Кетрін Волдбі рамці Lactation After Infant Death (AID) Framework⁶⁶ зазначено, що універсального способу завершення лактації після смерті дитини немає. Жінці потрібно надати інформацію про доступні варіанти й підтримати її рішення. Якщо серед цих варіантів є донорство молока, воно також має залишатися вибором жінки. Для когось донорство може стати значущим і підтримувальним досвідом, але такого рішення не можна очікувати від кожної жінки, оскільки емоційне ставлення до лактації та молока після втрати може бути різним⁶⁷.

65 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 78.

66 Lactation After Infant Death (AID) Framework — доказова система рекомендацій щодо інформування батьків про лактацію та можливі способи її ведення після мертвонародження або смерті немовляти.

67 Carroll, K., Noble-Carr, D., Sweeney, L., & Waldby, C. (2020). The "Lactation After Infant Death (AID) Framework": A guide for online health information provision about lactation after stillbirth and infant death. *Journal of Human Lactation*, 36(3), 480–491. URL: <https://doi.org/10.1177/0890334420926946>

6.3. Організація простору після перинатальної втрати

Лише 20,4 % учасниць дослідження перебували в окремій палаті без контакту з іншими матерями та немовлятами. Ще 21,9 % мали окрему палату, але могли бачити або чути інших жінок із дітьми. 17,6 % перебували у спільних палатах з іншими пацієнтками, 15,2 % — в окремому відділенні. Серед тих, хто перебував поруч із породіллями чи новонародженими, 57,4 % назвали цей досвід психологічно складним, 52,6 % зазначили, що він посилював емоційний біль, а 45 % описали його як сильний тригер. Водночас 66,7 % опитаних лікарів/-ок повідомили, що після втрати жінку зазвичай переводять в окрему палату⁶⁸.

Ці дані свідчать, що важливий не лише сам факт перебування в окремій палаті, а й те, яким є простір навколо жінки після втрати. Формально окрема палата не розв'язує проблеми, якщо жінка продовжує чути плач новонароджених, бачити матерів із дітьми або змушена постійно перебувати в загальному післяпологовому середовищі. У перші години й дні після втрати, коли жінка одночасно перебуває в гострому стресі та фізично відновлюється, вона часто не може просто вийти із ситуації, яка стає для неї нестерпною. Тому можливість перебувати окремо в цей період це не про підтримку уникання, а про зменшення додаткового психологічного навантаження.

Водночас окрема палата не повинна означати ізоляцію. Жінка не має залишатися сама лише тому, що її намагаються відокремити від післяпологового середовища. Тому важливо поєднати можливість приватного простору з доступністю медичного персоналу, зрозумілим способом покликати допомогу та, якщо це можливо і відповідає бажанню самої жінки, присутністю партнера або іншої близької людини.

Організація простору після перинатальної втрати має виходити не з формального принципу «надати окрему палату», а з питання, які умови допоможуть жінці почуватися максимально захищеною та не залишеною наодинці зі своїм досвідом.

7. Підтримка після виписки: коли шок слабшає, а втрата стає реальнішою

7.1. Повернення додому

Для медичної команди в момент виписки найважливіша робота вже зроблена. Для родини ж найскладніша частина переживання втрати може тільки розпочинатися. У лікарні потрібно було діяти: проходити обстеження, народжувати, підписувати документи. Удома з'являється тиша. Речі, які нагадують про втрату. Повідомлення від людей, які ще не знають про втрату. Запитання сусідів і колег. І питання: «Що тепер?» Коли шок поступово слабшає, почуття можуть ставати

⁶⁸ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 79.

гострішими. Це не обов'язково означає погіршення стану. Поступово приходить більше усвідомлення того, що сталося, а разом із ним сильніше проявляються і почуття, пов'язані з втратою.

Після повернення додому найбільше учасниць отримували підтримку від партнера — 84,9 %. Батьків назвали 51,8 %, друзів — 45,1 %, інших членів родини — 33,3 %. Лише 10,4 % говорили про підтримку медичних працівників/-ць, 25,3 % зверталися до інших жінок із досвідом втрати, 19,8 % — до груп підтримки⁶⁹. Підтримка близьких людей справді має велике значення. Але ці цифри одночасно показують, наскільки слабким залишається зв'язок із професійною допомогою після виписки.

Під час виписки жінці потрібна коротка й зрозуміла інформація не тільки про фізичне відновлення. Які тілесні зміни очікувані? За яких симптомів потрібно негайно звертатися по допомогу? Що робити з лактацією? Коли будуть результати обстежень? Де можна отримати психологічну, психіатричну, духовну підтримку? Як вирішуються питання щодо поховання та правові? Окремо потрібна інформація для партнера і кризові контакти. Бажано, щоб через кілька днів із родиною зв'язався фахівець/-чиня. Коли родина перебуває в стані гострого горя, не варто покладати всю ініціативу щодо пошуку допомоги лише на неї. Батьки можуть потребувати підтримки й водночас не мати достатньо сил, щоб самостійно шукати фахівців/-чинь, з'ясовувати, куди звертатися, і організовувати цю допомогу.

7.2. Психологічна підтримка та профілактика ускладненого перебігу горювання

78,2 % учасниць не отримали пропозиції поговорити з психологом/-инею або психотерапевтом/-кою. Серед них 63,6 % вважали, що потребували такої допомоги саме тоді. У медичному закладі консультацією скористалися 11,8 %, а після виписки до фахівця/-чині звернулися вже 41,9 %⁷⁰. Модель «психолог є, якщо жінка сама попросить» не працює достатньо добре. У шоківому стані людина може не знати, що їй потрібно, не мати слів для прохання або вважати своє горе недостатньо «серйозним».

Запропонувати допомогу першими — не означає примусити жінку до терапії. Психолог/-иня може коротко представитися, пояснити, що після втрати можливі дуже різні реакції, оцінити безпеку й залишити свої контакти. На першій зустрічі не потрібно детально відтворювати подію або негайно опрацьовувати травму. У перші години та дні після втрати психологічна допомога насамперед має допомогти родині зорієнтуватися в тому, що відбувається, визначити її актуальні потреби, забезпечити доступ до підтримки та зрозумілої інформації. Важливо допомогти

69 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 87.

70 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 62–63.

батькам ухвалювати рішення без тиску, підтримувати їхній вибір і пояснювати, що відбуватиметься далі.

Робота з перинатальною втратою потребує від психолога/-ині розуміння специфіки горювання, можливих травматичних реакцій у переживанні такої втрати. Тому, скеровуючи, важливо враховувати не лише доступність психологічної допомоги, а й досвід та підготовку фахівця/-чині до роботи саме з перинатальною втратою.

Окремо має бути передбачена можливість консультації психіатра/-ині у випадках, коли стан жінки потребує додаткової оцінки та, за показаннями, медикаментозної підтримки. Звернення до психіатра/-ині важливо не подавати як ознаку того, що жінка «не справляється» з горем, а розглядати як один із можливих рівнів професійної допомоги.

7.3. Коли потрібна додаткова оцінка психічного стану

Горе після перинатальної втрати може бути дуже сильним. Жінка може багато плакати, погано спати, злитися, звинувачувати себе, постійно думати про дитину або знову й знову повертатися до того, що сталося. Самі по собі ці реакції ще не означають психічного розладу. Важливо не патологізувати не ускладнене природне горювання, але водночас і не пояснювати горем усе, що відбувається з родиною.

Існують стани які потребують окремої уваги. Якщо з'являються суїцидальні думки з наміром або планом, психотичні симптоми, жінка втрачає здатність подбати про власну безпеку, наявна дезорганізація або її психічний стан різко погіршується, потрібна додаткова професійна оцінка. І тут недостатньо просто порадити «звернутися до психіатра». Має бути зрозуміло, куди саме можна звернутися і як отримати допомогу.

Водночас не всі труднощі вимагають негайного втручання. Іноді вже з часом стає зрозуміло, що переживання не слабшають або настільки впливають на сон, роботу, стосунки й повсякденне життя, що жінці потрібна додаткова допомога. Так само важливо звернути увагу на симптоми, які можуть свідчити про депресивний, тривожний, посттравматичний розлад чи інший психологічний розлад. У такому випадку потрібна оцінка відповідного фахівця/-чині і подальша допомога залежно від стану жінки.

А от для звернення до психолога/-ині не потрібно чекати ні діагнозу, ні моменту, коли стане зовсім важко. Психологічна допомога після перинатальної втрати потрібна не тільки для лікування психічних порушень. Жінка може звернутися тому, що їй важко проживати те, що сталося, і вона хоче пройти цей період не наодинці.

7.4. Підтримка за принципом «рівний — рівному» та її місце в системі допомоги

Після перинатальної втрати особливо цінним може бути контакт із людьми, які пережили схожий досвід. Поруч із ними не потрібно пояснювати або

відстоювати нормальність своїх почуттів і реакцій, доводити, чому втрата досі болить або чому важливо говорити про дитину. Досвід людини вже зрозумілий і визнаний. Це може зменшувати відчуття самотності й давати важливе переживання: «я не одна з цим». Крім емоційної підтримки, такі спільноти можуть бути джерелом практичної інформації та можливістю побачити досвід інших людей, які поступово повертаються до життя після втрати. В Україні громадські організації та спільноти часто беруть на себе частину цієї підтримки.

Водночас підтримка за принципом «рівний — рівному» має свої межі. Волонтер/-ка, група чи спільнота не можуть замінити медичну допомогу, психотерапію або кризове втручання, коли вони потрібні. Тому важливо, щоб люди, які працюють у таких проєктах, мали відповідну підготовку, розуміли межі своєї ролі та знали, куди скерувати родину, якщо їй потрібна професійна допомога.

Не всім підходить і груповий формат. Комусь важливо бути серед людей, які пережили схоже, а для когось у певний період чужі історії можуть бути занадто важкими. Тому підтримка за принципом «рівний — рівному» також має залишати людині вибір: особиста розмова, група, онлайн-спільнота, інформаційні матеріали або можливість взагалі не користуватися цим форматом.

7.5. Практики пам'ятування про дитину і значущі дати

Після перинатальної втрати може залишитися дуже мало матеріальних свідчень життя дитини. Іноді це фотографія ультразвукової діагностики, кілька речей, які готували до народження, або спогади про вагітність. Але для батьків за цей час уже могли з'явитися зв'язок із дитиною, очікування її народження й уявлення про спільне майбутнє. Тому можливість зберігати пам'ять про дитину може бути важливою частиною переживання втрати.

Сучасне розуміння горювання не передбачає необхідності «відпустити» померлу людину або перестати підтримувати з нею внутрішній зв'язок. Із часом цей зв'язок може змінюватися і знаходити інші форми. Після перинатальної втрати такою формою для когось стають фотографії, листи, свічка, місце поховання, посаджене дерево, благодійна дія або власний сімейний ритуал. Їхнє завдання не в тому, щоб «закрити» втрату чи перестати сумувати, а в тому, щоб знайти для пам'яті про дитину місце у своєму подальшому житті.

Окремо можуть переживатися значущі дати: річниця смерті, передбачувана дата пологів, день народження дитини. Вони можуть повертати не тільки спогади про саму втрату, а й про те майбутнє, яке батьки пов'язували з дитиною. Тому наближення таких дат може знову посилювати почуття. До них можна підготуватися: подумати, з ким хочеться бути цього дня, чи хочеться працювати, говорити про дитину, зробити щось в пам'ять про неї або, навпаки, ніяк спеціально цей день не позначати.

І тут немає правильного способу пам'ятати. Комусь потрібні ритуали й можливість говорити про дитину, а комусь — ні. Суспільні дні пам'яті та меморіальні заходи важливі насамперед тим, що роблять перинатальну втрату видимою і визнають право батьків на горе та пам'ять про свою дитину. Але це

право не повинно перетворюватися на обов'язок. Пам'ять може залишатися приватною, якщо саме цього хоче родина.

7.6. Наступна вагітність не скасовує попередньої втрати

Нова вагітність не замінює дитини, яка померла, і не завершує автоматично горювання. Жінка може радіти новій вагітності й одночасно сумувати за попередньою дитиною. Поруч із надією можуть з'являтися страх повторення втрати, тривога, недовіра до власного тіла або страх прив'язуватися до дитини, щоб знову не пережити такий самий біль. Ці почуття не суперечать одне одному. Вони можуть співіснувати, тому що йдеться про двох різних дітей і два різні досвіди материнства.

Саме наступна вагітність добре показує, чому важливо продовжувати визнавати попередню втрату. Нова вагітність може приносити радість і надію, але вона не робить пережите менш значущим. Фрази «головне, що ви знову вагітні», «тепер усе буде добре» або «скоро в тебе буде інша дитина» можуть говоритися з бажання підтримати, але водночас знецінювати попередній досвід, ніби нова вагітність здатна компенсувати смерть дитини. У досвіді жінки одночасно може бути місце і для горя за дитиною, яку вона втратила, і для радості та надії, пов'язаних із новою вагітністю.

Попередня перинатальна втрата впливає і на те, як батьки переживають наступну вагітність та медичний супровід у цей період. В інтегративному огляді Джемми Донеган, Марії Нунан і Кармел Бредшоу, до якого увійшли сім досліджень, наступна вагітність описується як складний емоційний досвід, що може супроводжуватися тривогою, продовженням горювання та страхом повторної втрати. Авторки наголошують, що таким родинам може бути потрібен особливо чутливий супровід: емпатичне ставлення медичних працівників/-ць, додаткові консультації під час вагітності, до пологів (антенатальні консультації), спостереження за перебігом вагітності та психологічна підтримка⁷¹.

Тому важливо, щоб медичний персонал знав про попередню втрату і враховував її у спілкуванні з жінкою.

Психологічна допомога під час наступної вагітності також не повинна бути спрямована на те, щоб жінка «відпустила минуле» і нарешті дозволила собі радіти. Їй може бути потрібен простір, у якому можна одночасно говорити про дитину, яка померла, боятися за дитину, яку вона зараз виношує, і поступово будувати з нею зв'язок. У новій вагітності має залишатися місце і для пам'яті про дитину, яка померла, і для стосунку з дитиною, яку жінка зараз виношує. Одне не потребує відмови від іншого.

⁷¹ Donegan, G., Noonan, M., & Bradshaw, C. (2023). Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*, 121, Article 103673. URL: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673>

8. Медичні працівники/-ці професійна відповідальність, емоційне навантаження і потреба в підтримці

8.1. Психологічна готовність медичних працівників/-ць до роботи з перинатальною втратою

Медичні працівники/-ці самі говорять про труднощі, з якими стикаються в ситуації супроводу в переживанні перинатальної втрати. 62,5 % назвали бар'єром психоемоційну складність таких випадків, 25,2 % — власні емоційні реакції, 23,6 % — нерозуміння, як підтримати батьків, 17,5 % — відсутність психолога/-ині, 17,2 % — відсутність чітких алгоритмів⁷².

Ці дані важливі, тому що показують: якість допомоги залежить не тільки від особистого ставлення конкретного лікаря/-ки чи медсестри. Перинатальна смерть — емоційно складна ситуація і для самого фахівця/-чині. Потрібно одночасно виконувати свої професійні обов'язки, повідомляти важку інформацію, витримувати сильні емоції батьків і справлятися з власною реакцією на смерть дитини. Якщо фахівець/-чиня не знає, як говорити в такій ситуації і що саме він / вона може зробити для родини, природним способом впоратися з власним напруженням може ставати дистанціювання або уникання складного контакту. Коли фахівець чи фахівчиня розуміє, якої допомоги потребує родина, але через брак часу, ресурсів або чітких правил не може її надати, може виникати моральний дистрес.

Це не знімає професійної відповідальності за слова та дії медичного персоналу. Для батьків має значення не причина, через яку лікар/-ка уникає розмови або говорить холодно, а те, що вони переживають у цей момент. Але якщо ми хочемо змінити якість допомоги, не достатньо просто вимагати від медиків і медичкинь «бути більш емпатичними». Їм самим потрібні знання про психологію перинатальної втрати, конкретні навички комунікації, зрозумілі алгоритми дій і можливість отримати підтримку після особливо складних випадків.

Саме тому підготовка медичних працівників/-ць має охоплювати не тільки медичні алгоритми, а й навички комунікації та розуміння психологічних реакцій батьків після втрати. Показово, що 44,7 % опитаних медиків/-инь самі наголошують на необхідності вдосконалення практик повідомлення поганих новин, а 70,6 % вважають, що клінічні стандарти супроводу сімей у переживанні перинатальної втрати потребують додаткового врегулювання⁷³.

8.2. Психологічна підтримка медичних працівників/-ць

Дослідження досвіду медичних працівників/-ць, які надають допомогу у випадках перинатальної втрати або працюють у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, описують значне емоційне навантаження, симптоми

⁷² Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 66.

⁷³ Там само, с. 66

посттравматичного стресу та професійне вигорання. Систематичний огляд Габріелли Гандіно та співавторів також показує потребу фахівців/-чинь у спеціальній підготовці, супервізії та можливості обговорювати свій досвід із колегами. У дослідженні Клаудії Равальді та співавторів посттравматичні стресові симптоми і професійне вигорання оцінювали окремими методиками, але між ними був виявлений зв'язок. Це різні психологічні явища, хоча в однієї людини вони можуть поєднуватися^{74, 75}.

Підтримка потрібна і самим медичним працівникам/-цям. Можливість обговорити складний випадок, отримати професійну або психологічну підтримку та розібрати власні емоційні реакції важлива не лише для стану самого фахівця/-чині. Вона допомагає йому / їй залишатися в контакт з родиною, не уникаючи складних розмов лише тому, що вони важкі і для нього самого / неї самої. Тому турбота про психологічний стан медичного персоналу має бути частиною системи супроводу в переживанні перинатальної втрати.

8.3. Страх правових наслідків і гнів родини

Правових наслідків побоюються 54,4 % опитаних медичних працівників/-ць, 41,1 % назвали бар'єром суспільну стигму⁷⁶. Після раптової смерті батьки можуть шукати винних, багато разів ставити ті самі запитання, вимагати документи й говорити різко. За гнівом можуть стояти безсилля та відчуття несправедливості. Але це не робить будь-яку агресію прийнятною.

Для персоналу важливо мати зрозумілий командний алгоритм дій у складних і конфліктних ситуаціях. Передбачуваність дій, прозора комунікація та можливість своєчасно залучити додаткову професійну підтримку можуть зменшувати напруження як для родини, так і для самих медичних працівників/-ць. Натомість уникнення комунікації або «захисне мовчання» можуть посилювати недовіру. Визнати гнів людини не означає визнати неперевірену провину: «Я чую, наскільки ви злі й потребуєте відповідей. Зараз ми маємо такі факти... Решту перевіряємо. Я скажу, коли і від кого ви отримаєте подальші пояснення».

Якщо з'являються погрози або насильство, межі повинні бути чіткими. Підтримка родини не вимагає, щоб працівник / працівниця залишалися сам на сам із небезпекою. Потрібні присутність команди, охорона за показаннями і подальша підтримка персоналу.

74 Gandino, G., Bernaudo, A., Di Fini, G., Vanni, I., & Veglia, F. (2019). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 65–78. URL: <https://doi.org/10.1177/1359105317705981>

75 Ravaldi, C., Mosconi, L., Mannetti, L., Checconi, M., Bonaiuti, R., Ricca, V., Mosca, F., Dani, C., & Vannacci, A. (2023). Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1050236. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1050236>

76 Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 94–95.

8.4. Психологічне значення підготовки та передбачуваності дій персоналу

Результати дослідження свідчать, що самі медичні працівники/-ці бачать потребу в більш чіткій організації супроводу в переживанні перинатальної втрати. 80,6 % підтримують запровадження національних стандартів, 76,7 % називають їх відсутність однією з ключових проблем, 66,3 % говорять про потребу в чеклістах та алгоритмах, 56,6 % — про нестачу навчання. 70,6 % вважають, що додаткового врегулювання потребують клінічні стандарти супроводу сімей, 52,1 % — психологічна підтримка батьків, 44,7 % — практики повідомлення поганих новин⁷⁷.

Окремим бар'єром медичні працівники/-ці називають юридичні ризики — про них говорили 54,4 % опитаних. В інтерв'ю лікарі/-ки описували необхідність одночасно враховувати потреби родини й захищати себе від можливих претензій та звинувачень. Це підкреслює психологічну важливість зрозумілих командних алгоритмів, які зменшують невизначеність для фахівця/-чині та допомагають забезпечити послідовну комунікацію з родиною. Наявність таких орієнтирів може бути опорою для медичного персоналу у складній ситуації, не підміняючи клінічного судження та індивідуального підходу до конкретної родини⁷⁸.

З психологічного погляду уніфіковані базові підходи до супроводу важливі передусім тому, що зменшують залежність якості допомоги від конкретного закладу, зміни або особистого досвіду окремого фахівця/-чині. Для родини це створює більше передбачуваності в ситуації, яка сама по собі супроводжується високою невизначеністю та втратою контролю. Психологічно значущими є зрозуміла комунікація, своєчасне інформування, повага до меж і вибору людини, приватність, доступ до підтримки, можливостей контакту й прощання з дитиною та зрозумілого подальшого маршруту після виписки. Конкретна нормативна форма закріплення цих складових не є предметом цього психологічного аналізу.

Але стандарти самі по собі не розв'язують проблеми. Медичний працівник/-ця має розуміти не тільки, що потрібно зробити, а й чому це важливо для батьків і як про це говорити. Саме тому поряд з алгоритмами потрібне навчання: як повідомляти погані новини, які особливості психологічних реакцій після втрати, як комунікувати з батьками та які існують варіанти підтримки. Завчений перелік «правильних фраз» не замінює розуміння того, що відбувається з родиною в цей момент.

Водночас система допомоги не має визначати, як саме родина повинна проживати втрату. Її завдання — забезпечити доступ до зрозумілої інформації, підтримки та можливості зробити власний поінформований вибір там, де такий вибір можливий. Одні батьки захочуть побачити й потримати дитину, інші — ні; для когось буде важливо створити спогади, а хтось не матиме такої потреби; хтось буде готовий говорити одразу, а комусь знадобиться час. Завдання медичної

⁷⁷ Там само, с. 93–95.

⁷⁸ Заремба-Косович, Г., & Лучка, В. (2026). Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу під час перинатальної втрати: аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження (Д. Коцюба, рец.). ГО «Безпечне народження», с. 94–95.

системи — створити умови, у яких ці рішення можуть бути вільними та поінформованими, а доступ до можливостей не залежить від особистих поглядів конкретного працівника/-ці.

Системні алгоритми в такому разі не замінюють індивідуального підходу, а створюють для нього опору: визначають базові умови якісної допомоги, залишаючи простір для різних рішень і потреб родини.

9. Підсумок психологічного аналізу

Психологічне значення перинатальної втрати не визначається лише терміном вагітності чи медичними обставинами. Воно пов'язане зі сформованою прив'язаністю, батьківською ідентичністю, значенням вагітності для людини та майбутнім, яке вже було пов'язане з дитиною. Горювання після смерті дитини є природною реакцією на втрату й потребує розрізнення з травматичними реакціями та психічними розладами, які можуть виникати паралельно, але не є неминучим наслідком втрати.

Психологічний досвід родини формується не лише фактом смерті дитини, а й умовами, у яких відбувається втрата та надається допомога. Відчуття безпорадності, втрата контролю, нечутлива комунікація, недостатня інформація або відсутність можливості зробити поінформований вибір можуть ставати додатковими джерелами травматичних переживань. Водночас не існує універсального способу «правильно» проживати втрату: контакт із дитиною, прощання, створення спогадів, психологічна чи інша підтримка мають пропонуватися без тиску і з повагою до індивідуальних потреб родини.

Отже, психологічно чутливий супровід не зводиться до консультації психолога/-ині. Він формується всією системою взаємодії з родиною — через спосіб комунікації, повагу до меж і вибору, передбачуваність допомоги, доступність підтримки, а також спеціалізовану підготовку та професійну й психологічну підтримку медичних працівників/-ць. Саме ці принципи є основою для наведених нижче рекомендацій.

10. Психологічні рекомендації для системи супроводу у переживанні перинатальної втрати

Наведені рекомендації ґрунтуються на психологічному аналізі результатів основного дослідження та наукових джерел, розглянутих у цьому звіті. Вони сформульовані в межах предмета психологічного аналізу та стосуються психологічних аспектів переживання перинатальної втрати, супроводу родини й підтримки фахівців/-чинь.

Психологічні аспекти мають бути інтегровані в усі етапи супроводу, а не зводиться лише до консультації психолога/-ині. Вони мають враховувати особливості гострої стресової реакції, індивідуальність горювання, можливий травматичний вплив обставин надання допомоги, потребу людини в інформації, виборі, збереженні контролю та визнанні значущості втрати.

1. Враховувати психологічне значення втрати незалежно від гестаційного терміну

Потреба у підтримці, визнанні втрати та можливостях прощання не повинна визначатися лише терміном вагітності або медичною класифікацією втрати. Психологічне значення пережитого пов'язане зі сформованою прив'язаністю до дитини, батьківською ідентичністю, попереднім репродуктивним досвідом, очікуваннями та майбутнім, яке родина вже пов'язувала з дитиною. У спілкуванні важливо орієнтуватися також на те, як самі батьки називають дитину та описують свій досвід, не знецінюючи його через ранній термін вагітності чи відсутність зовнішніх ознак батьківства.

Підхід до супроводу має виходити з потреб конкретної родини, а не з припущень про те, наскільки сильно або тривало вона «має» переживати втрату. Медичні обставини важливо враховувати для розуміння контексту, але не використовувати як мірило психологічної значущості втрати.

2. Забезпечувати делікатну комунікацію з урахуванням гострої стресової реакції

У стані гострого стресу здатність сприймати, запам'ятовувати й опрацьовувати інформацію може бути зниженою. Тому інформацію важливо надавати поетапно й зрозуміло, за потреби повторювати, залишати можливість ставити запитання та перевіряти, чи правильно людина зрозуміла сказане. Коли немає медичної невідкладності, батькам варто давати час на рішення та можливість повернутися до них пізніше, якщо ситуація це дозволяє.

Підтримка вибору не означає перекладати на людину всю відповідальність у момент шоку. Завдання фахівця/-чині — чітко пояснити доступні варіанти, їх наслідки й часові межі, надати професійну рекомендацію та водночас залишити простір для цінностей і рішення самої людини. Такий підхід допомагає зменшувати додаткове відчуття безпорадності й підтримувати посильний контроль у ситуації, де значна його частина вже втрачена.

3. Забезпечувати поінформований вибір щодо контакту з дитиною та прощання, створення та збереження спогадів

Батькам важливо своєчасно й делікатно пропонувати можливості контакту з дитиною, прощання, проведення ритуалів та створення і збереження спогадів, пояснюючи, які форми такого контакту можливі та яке психологічне значення вони можуть мати. Для частини батьків зустріч із дитиною, фотографії, пам'ятні речі чи інші матеріальні свідчення можуть стати важливим підтвердженням існування

дитини, досвіду батьківства та способом зберегти пам'ять і зв'язок із нею. Водночас рішення має залишатися за батьками й ухвалюватися без тиску або переконування.

З огляду на гострий стрес перша відмова не завжди має розглядатися як остаточне рішення. Якщо можливість контакту або створення спогадів ще зберігається, до пропозиції доцільно делікатно повернутися пізніше, повторно пояснити доступні варіанти та дати можливість змінити рішення. Повторна пропозиція має залишатися недирективною: її мета — забезпечити реальний поінформований вибір, а не схилити батьків до певного рішення. Якщо після отримання достатньої інформації батьки послідовно відмовляються від контакту або окремих практик прощання й пам'ятування, це рішення необхідно поважати.

4. Не патологізувати природне горювання та гострі стресові реакції й своєчасно виявляти потребу у фаховій допомозі

У перші години й дні після перинатальної втрати сильний плач, заціпеніння, гнів, тривога, повторювані запитання, відчуття нереальності або нав'язливі спогади можуть бути проявами гострої стресової реакції та природного горювання і самі по собі не свідчать про психічний розлад. Завдання медичних працівників/-ць — не оцінювати інтенсивність таких реакцій як патологію, а забезпечити спокійну присутність, зрозумілу інформацію та доступ до підтримки.

Водночас за наявності суїцидальних думок із наміром або планом, психотичних симптомів, небезпечної поведінки, вираженої дезорганізації чи втрати здатності подбати про власну безпеку потрібне невідкладне скерування до відповідного фахівця/-чині та подальший маршрут допомоги.

5. Проактивно пропонувати психологічну підтримку, зберігаючи добровільність звернення

Психологічна допомога має бути запропонована родині, а не залежати лише від її власної ініціативи. Перший контакт не передбачає обов'язкового опрацювання травми: на цьому етапі важливі орієнтація в ситуації, визначення актуальних потреб, підтримка під час ухвалення рішень і надання інформації про можливість звернутися по допомогу пізніше. Якщо людина не готова до контакту одразу, така можливість має залишатися доступною надалі. Скерування доцільно здійснювати до фахівців/-чинь, які мають підготовку до роботи саме з перинатальною втратою.

6. Забезпечити спеціалізовану підготовку медичних працівників/-ць до супроводу у переживанні перинатальної втрати

Підготовка має виходити за межі набору рекомендованих фраз і включати розуміння гострих стресових і травматичних реакцій, особливостей горювання, принципів травмоінформованої допомоги, повідомлення несприятливих новин, реагування на сильні емоції та підтримки поінформованого вибору в умовах гострого стресу. Важливо, щоб медичний працівник/-ця розумів/-ла не лише **що**

сказати або зробити, а й **чому** певний спосіб взаємодії може зменшувати або, навпаки, посилювати психологічне навантаження родини.

7. Передбачити професійну психологічну підтримку медичних працівників/-ць

Регулярний контакт із перинатальною смертю та сильними переживаннями родини може супроводжуватися значним емоційним навантаженням, вторинним травматичним стресом, моральним дистресом і професійним вигоранням. Тому для фахівців/-чинь, які працюють із такими випадками, доцільно передбачити можливість професійного обговорення складних ситуацій, супервізійної та психологічної підтримки, зокрема після особливо важких випадків. Це важливо не лише для добробуту персоналу, а й для збереження здатності залишатися в контакті з родиною та надавати чутливу допомогу.