

Karolina Kwiatkowska

## POMOC PSYCHOLOGICZNA PRZEZ INTERNET I TELEFON. DOŚWIADCZENIA MAŁOPOLSKIEGO HOSPICJUM DLA DZIECI W KRAKOWIE

### TELEPHONE AND ONLINE COUNSELLING IN THE PRACTICE OF KRAKÓW CHILDREN'S HOSPICE

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

**online counseling  
psychological support after  
loss of a child  
psychotherapy online**

*Artykuł Karoliny Kwiatkowskiej pokazuje efekty działania internetowego programu pomocy psychologicznej dla rodziców po śmierci dziecka uruchomionego przez Małopolskie Hospicjum dla Dzieci. Przeprowadzona analiza jakościowa pozwoliła ustalić wagę pomocy internetowej szczególnie dla osób, dla których dostęp do pomocy specjalistycznej jest ograniczony ze względu na miejsce zamieszkania czy inne czynniki natury społecznej. Na szczególną wagę zasługuje klasyfikacja momentów, kiedy rodzice zgłaszają się po pomoc, zarówno jeżeli chodzi o czas: pół roku po śmierci dziecka, jak również inne okoliczności życiowe, które ożywiają ból utraty. Prezentowana praca pokazuje również, w jaki sposób przestrzeń internetowa staje się coraz bardziej naturalnym forum wzajemnego wsparcia i poradnictwa psychologicznego.*

#### Summary

**Objectives:** The article is an analysis of the support program for parents who have lost a child, ran by Krakow Children's Hospice. The goal of the study was to determine the reasons why parents after the loss of the child reach for online psychological help, to determine what kind of support they seek and to name the benefits and risks of applying the online communication in providing psychological care.

**Methods:** The research material consisted of the texts of emails, the texts of forum posts and the telephone help cards, collected during the operation of the program. The author performed a qualitative analysis accordingly to the thematic analysis rules proposed by Braun and Clarke.

**Results:** Four main themes were identified: Reasons for using the program; Circumstances of the first and the further contacts; Needed help: social and specialist support; Needed help: emotional and informational support.

**Conclusions:** Among the main reasons of using an online psychological support the following were identified easy access to help, possibility to contact a specialist quickly, possibility to contact others in the similar situation and anonymity. Parents are admitted to the program usually up to 6 months after the child's death and further contacts are often linked to the critical events such as anniversary of the child's death, birthdays, holidays. Parents

benefit from both, social support and help offered by the specialists. They are looking for an emotional support, but also for the information. The results confirm that online tools are useful in providing psychological support, but also point out how different they are from a classic psychotherapy.

## Wstęp

Coraz częściej aktywność ludzi — w wyniku postępującej cyfryzacji — przenosi się do internetu. Komunikacja e-mailowa i telefoniczna w dużej mierze zastępuje tradycyjne kontakty twarzą w twarz. Ta prawidłowość dotyczy również szeroko pojętego wsparcia psychologicznego. Niebezpośrednie formy pomocy często są wybierane jako mniej kłopotliwe, bardziej anonimowe i łatwiej dostępne. Internet jest coraz bardziej naturalnym środowiskiem dla nas wszystkich, a więc również dla osób poszukujących pomocy psychologicznej. Odpowiadając na te potrzeby Małopolskie Hospicjum dla Dzieci (MHD) w Krakowie uruchomiło program wsparcia dla rodzin po stracie dziecka, w ramach którego, poza tradycyjną psychoterapią i spotkaniami grupy wsparcia, oferowane są również różne formy pomocy niebezpośredniej — przez internet i telefon. W artykule podjęto próbę podsumowania 2 lat działania programu, szczególną uwagę kierując właśnie na niebezpośrednie formy pomocy psychologicznej.

## Pomoc psychologiczna przez internet i telefon

Analizę wykorzystania technologii na potrzeby pomocy psychologicznej należy rozpocząć od podkreślenia wielkiej zmiany technologicznej i kulturowej, która dokonała się w Polsce i na świecie w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Codzienny kontakt z zaawansowaną technologią zmienił zachowanie i myślenie ludzi, wpłynął na sposób porozumiewania się i zdobywania informacji. Komputer z dostępem do internetu, smartfon, tablet to dla coraz większej liczby ludzi narzędzia niezwykle użyteczne w rozwiązywaniu problemów czy poszukiwaniu pomocy, także psychologicznej. W ostatnim czasie pojawia się coraz więcej doniesień potwierdzających skuteczność pomocy online czy telefonicznej na poziomie porównywalnym ze skutecznością tradycyjnych form kontaktu [1–3]. Wydaje się, że psychologowie nie są jeszcze pewni, jakie skutki może za sobą nieść komputeryzacja psychoterapii czy — mówiąc ogólnie — wsparcia psychologicznego [4]. Niemniej jednak, niezależnie od tych rozterek, współczesne technologie (internet i telefonia komórkowa) są szeroko dostępne i wykorzystywane jako narzędzia wsparcia psychologicznego.

Z opracowania Głównego Urzędu Statystycznego [5] wynika, że w 2015 r. 77,9% gospodarstw domowych w Polsce miało w domu przynajmniej jeden komputer, a dostęp do internetu miało 75,8% gospodarstw, w tym 71,0% — szerokopasmowy. Na koniec pierwszego kwartału 2015 roku w Polsce aktywnych było 58 050 000 kart SIM, co oznacza, że na każdego mieszkańca Polski przypada 1,5 takiej. Rola internetu, ale też komunikacji e-mailowej czy telefonicznej w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, również z zakresu zdrowia psychicznego, jest znacząca i wydaje się, że stale rośnie. Wyniki analizy PBI (Polskich Badań Internetu), wskazują, że 88% badanych, szukając informacji o zdrowiu, chorobach czy leczeniu w pierwszej kolejności zagląda do internetu [6], przy czym aż 14% zapytań z obszaru zdrowia dotyczy zdrowia psychicznego. Przeprowadzona w 2010 r.

w Stanach Zjednoczonych analiza codziennej aktywności nastolatków i młodych dorosłych w internecie wskazuje, że 7% z nich prawie codziennie udziela się w grupach dyskusyjnych, których celem jest pomoc w problemach osobistych lub zdrowotnych, 10% szuka w sieci informacji medycznych, a 5% wskazówek duchowo-religijnych [7]. Badania potwierdzają skuteczność pomocy psychologicznej, szczególnie technik poznawczo-behawioralnych, świadczonej przez internet w leczeniu chorych na depresję i zaburzenia lękowe [8–11], chorych z zaburzeniami odżywiania [12–16], a także pacjentów onkologicznych [17–20]. Chorzy poszukują w internecie także wsparcia emocjonalnego i innych form pomocy niebędących psychoterapią. Lagan, Sinclair i Kernohan [21], w swoich analizach dotyczących zachowań w sieci kobiet w ciąży, potwierdziły, że użytkowniczki powszechnie uczestniczą w społecznościach internetowych skupiających kobiety i otrzymują tam pożądane wsparcie emocjonalne. Również prace polskie [22, 23] potwierdzają, że kobiety planujące ciążę i będące w niej korzystają powszechnie z internetu jako ze źródła informacji, porad i miejsca, w którym dzielą się swoimi emocjami. Natomiast Jagód i wsp. [24] analizowali terapeutyczną funkcję blogów internetowych i dowiedli, że wśród ludzi chorych na cukrzycę funkcjonują one jako miejsca zrzeszające pacjentów, a finalnie są źródłem wsparcia informacyjnego i emocjonalnego. Inni autorzy podkreślają rolę internetu w pozyskiwaniu wsparcia przez osoby zmagające się z nadmiernym stresem [25, 26, 27, 28]. Dodatkowo w Polsce działa kilkaset telefonów zaufania, od ogólnych po specjalistyczne, skierowanych do konkretnych grup, np. chorych na ADIS, osób opiekujących się chorymi na Alzheimera, potencjalnych samobójców, ofiar przemocy.

W przestrzeni internetowej istnieje także kilka grup wsparcia, punktów konsultacyjnych i telefonów zaufania skierowanych do osób w żałobie, w tym rodziców po stracie dziecka. W literaturze brakuje jednak prac odnoszących się do pomocy online świadczonej na rzecz tej grupy. Temat pomocy psychologicznej udzielanej rodzinom po stracie dziecka jest podejmowany w badaniach naukowych rzadko, przez co brakuje systematycznych opracowań tego tematu. Prezentowany artykuł zawiera analizę pomocy psychologicznej dla rodzin w żałobie po śmierci dziecka i szczegółowy opis programu wsparcia prowadzonego przez Małopolskie Hospicjum dla Dzieci. Wydaje się, że to opracowanie może stać się wartościowym rozwinięciem aktualnej wiedzy.

### **Program wsparcia Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie dla rodzin po stracie dziecka**

Opieka nad rodziną po śmierci dziecka w sposób naturalny wpisuje się w zakres działania każdego hospicjum. Również Małopolskie Hospicjum dla Dzieci w Krakowie od początku swego istnienia świadczyło pomoc psychologiczną dla rodziców i rodzeństwa chorych dzieci, także po ich śmierci. W listopadzie 2014 roku hospicjum rozpoczęło otwarty, bezpłatny program wsparcia skierowany nie tylko do rodzin podopiecznych MHD, ale także do innych, niezwiązanych nigdy z hospicjum osób. W ramach programu dostępna jest pomoc psychologiczna, prawna i duchowa. Filarem projektu jest opieka psychologiczna. Trafiający do programu mogą skorzystać z indywidualnej i rodzinnej psychoterapii oraz spotkań grupy wsparcia, a także z pomocy psychologicznej online, tj. forum internetowego, telefonu zaufania i konsultacji e-mailowych psychologa. W doświadczeniu MHD

pomoc psychologiczna przez internet lub telefon ma raczej formę interwencji kryzysowej niż psychoterapii.

### **Cel badania**

Celem badania było ustalenie powodów, dla których rodzice po stracie dziecka sięgają po pomoc psychologiczną online, a także, jakiego rodzaju wsparcia poszukują najczęściej. Dalszym celem analizy było określenie zalet i zagrożeń związanych z wykorzystaniem internetu i telefonu do świadczenia opieki psychologicznej dla takiej grupy pacjentów, a także wysnucie wniosków do dalszej pracy zarówno naukowej, jak i klinicznej.

### **Grupa badawcza**

Grupę badawczą stanowili rodzice, którzy korzystali z pomocy psychologicznej przez telefon lub internet w ramach programu wsparcia dla rodzin po stracie dziecka prowadzonego przez MHD. Ze względu na charakter programu (anonimowość konsultacji), nie zbierano danych metrykalnych. W analizie wzięto pod uwagę kontakty ze 127 osobami, w tym 125 kobietami i 2 mężczyznami. Brak danych o dokładnym wieku czy miejscu zamieszkania wszystkich osób. Z analizy danych wynika, że większość osób jest w wieku 20–50 lat i mieszka w województwie małopolskim. Co najmniej 6 osób mieszka za granicą (2 w Wielkiej Brytanii, 1 w Irlandii, 2 w Norwegii, 1 w USA). Analiza pokazała, że ponad 90% osób zgłaszających się do programu osobiście doświadczyło straty dziecka; pozostałe 10% osób to bliska rodzina lub przyjaciele. Ponad połowa osób korzystających z pomocy to kobiety, które doświadczyły poronienia lub śmierci okołoporodowej dziecka. Pozostałe rodziny straciły dzieci w wyniku choroby przewlekłej lub nagłego zdarzenia.

### **Metoda**

Analizie poddano formy pomocy online oferowane w ramach programu MHD. Forum internetowe, czyli platformę, której istotą jest poszukiwanie i udzielanie sobie wzajemnie wsparcia przez osoby przeżywające śmierć dziecka, prowadzony przez psychologa telefon zaufania, a także poradnictwo e-mailowe. Dane gromadzono od listopada 2014 do grudnia 2016. Proces ich pozyskiwania obejmował przede wszystkim rejestrację zgłoszeń do programu (zakładanie indywidualnych kart pomocy psychologicznej) i prowadzenie szczegółowego rejestru uczestnictwa każdego klienta w programie. Ostateczna forma zgromadzonych danych to teksty e-maili i wpisów na forum, karty rozmów telefonicznych oraz indywidualne karty klienta pomocy psychologicznej online. Zgromadzone dane zostały poddane analizie tematycznej zgodnie z regułami proponowanymi przez Braun i Clarke [29]. Pierwszym krokiem była wstępna analiza zebranych danych i ich weryfikacja. Następnie zgromadzone dane zostały zakodowane i rozdzielone na wstępne wątki. Finalnie wyłoniono 4 główne wątki i składające się na nie kategorie cząstkowe. Prezentuje je tabela 1.

### **Wyniki**

W wyniku analizy zgromadzonych danych wyłoniono 4 wątki główne i 46 wątków cząstkowych.

Tabela 1. Wątki główne i cząstkowe

|    | Kategorie główne  | Kategorie cząstkowe i ich częstotliwość   |
|----|---|---|
| 1. | Powody korzystania z programu (pomocy niebezpośredniej) | <p>A. łatwy dostęp do pomocy, brak kolejek, łatwość w nawiązaniu kontaktu (43)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– trudności w uzyskaniu klasycznego wsparcia psychologicznego (17)</li> <li>– brak możliwości skorzystania z pomocy poza domem (5)</li> <li>– inne (kontakt o każdej porze, brak barier geograficznych, brak kolejek) (11)</li> </ul> <p>B. możliwość kontaktu z osobami w podobnej sytuacji (21)</p> <p>C. anonimowość (16)</p> <p>D. poczucie, że pomoc jest skierowana do konkretnej grupy potrzebujących (7)</p> <p>E. pomoc darmowa (4)</p> <p>F. nieznamość języka kraju zamieszkania (1)</p>   |
| 2. | Okoliczności zgłoszeń/kontaktu                          | <p>A. niedawna (do pół roku) śmierć dziecka (115)</p> <p>B. rocznica śmierci dziecka (107)</p> <p>C. urodziny zmarłego dziecka (75)</p> <p>D. planowana data porodu (53)</p> <p>E. Boże Narodzenie (47)</p> <p>F. poczucie samotności i rozpacz niezwiązane bezpośrednio ze znaczącą datą (38)</p> <p>G. Wszystkich Świętych (28)</p> <p>H. Wielkanoc (17)</p> <p>I. Dzień Dziecka (13)</p> <p>J. gorszy dzień rodzica niezwiązany bezpośrednio ze znaczącą datą (9)</p> <p>K. Dzień Matki (5)</p> <p>L. urodziny żyjącego dziecka (1)</p>  |
| 3. | Poszukiwana pomoc: wsparcie społeczne i specjalistyczne | <p>A. Wsparcie społeczne (455):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– opowiadanie innym rodzicom o przeżywanych emocjach (217)</li> <li>– opowiadanie innym rodzicom o zmarłym dziecku (116)</li> <li>– podkreślanie współdzielenia losu (57)</li> <li>– pytanie o radę innych rodziców (37)</li> <li>– porównywanie doświadczeń z innymi rodzicami (28)</li> </ul> <p>B. Wsparcie specjalistyczne (293):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– opowiadanie psychologowi o przeżywanych emocjach (138)</li> <li>– opowiadanie psychologowi o zmarłym dziecku (96)</li> <li>– prośenie psychologa o radę (42)</li> <li>– podkreślanie chęci korzystania z pomocy profesjonalisty (17)</li> </ul> |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

|    |  |  |
|----|--|--|
| 4. | Poszukiwana pomoc: wsparcie emocjonalne i informacyjne | <p>3. Wsparcie emocjonalne (828):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– opowiadanie o zmarłym dziecku (248)</li> <li>– mówienie o rozpacz, smutku, poczuciu pustki (212)</li> <li>– poszukiwanie pocieszenia (154)</li> <li>– mówienie o poczuciu winy z powodu śmierci dziecka (93)</li> <li>– próby udzielania wsparcia innym (87)</li> <li>– dzielenie się cytatami, wierszami (34)</li> </ul> <p>4. Wsparcie informacyjne — poszukiwanie informacji o (135):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– aspektach formalnych śmierci dziecka (38)</li> <li>– pomocy psychologicznej i leczeniu psychiatrycznym (34)</li> <li>– lekarzach, badaniach (szczególnie w przypadku poronień) (31)</li> <li>– informacji o tym, jak inni radzą sobie ze stratą (19)</li> <li>– mszach, obchodach dnia dziecka utraconego (13)</li> </ul> |
|----|--|--|

Pierwszy wyodrębniony wątek to powody korzystania z programu. Odnosi się on do takich aspektów wsparcia online, jak dostępność, anonimowość czy skupianie osób w tej samej sytuacji. Sprawily one, że rodzice po stracie dziecka zdecydowali się korzystać z tej formy pomocy. Kategoria cząstkowa o największej częstotliwości to łatwy dostęp do pomocy, rozumiany jako brak kolejek, brak barier geograficznych i czasowych, możliwość kontaktu bez wychodzenia z domu. W ramach tej kategorii można wyłonić dwie podkategorie: trudności w uzyskaniu klasycznego wsparcia psychologicznego — brak psychologów w szpitalach, długie kolejki do poradni zdrowia psychicznego („Chciałam się spotkać z psychologiem, ale dostałam termin prawie za rok, więc pomyślałam, że napiszę do Pani”) oraz brak możliwości skorzystania z pomocy poza domem, np. z powodu dużej odległości do gabinetu, albo opieki nad dzieckiem („Nie dam rady dojeżdżać do Krakowa. Nawet nie mam prawa jazdy”). Kolejną ważną kategorią tego wątku jest możliwość kontaktu z osobami w podobnej sytuacji. Cenią to przede wszystkim osoby korzystające z forum („Nikt, kto nie przeżył śmierci własnego dziecka, nie zrozumie”). Podkreślano także znaczenie anonimowości rozumianej jako brak konieczności podawania danych, brak spotkań twarzą w twarz, kontakt uniemożliwiający identyfikację. Dla niektórych rodziców ważne jest poczucie, że oferowana w programie pomoc jest skierowana do konkretnej grupy potrzebujących, a więc osoby, które jej udzielają, są specjalistami w tym zakresie. Część osób korzysta z programu, bo jest bezpłatny.

Drugi wyłoniony wątek to okoliczności zgłoszenia i kolejnych kontaktów. Zdecydowana większość osób trafia do programu do pół roku po śmierci dziecka. Duża część kontaktów jest bezpośrednio związana z ważnymi datami, takimi jak rocznica śmierci dziecka, jego urodziny, a w przypadku poronień planowana data porodu („Dziś są 6. urodziny Jaśka, pierwsze bez niego”, „Dziś miało się urodzić moje dziecko”). Liczba zgłoszeń zarówno na forum, jak i do psychologa wyraźnie wzrasta w okresie świąt Bożego Narodzenia, Wielkanocy, Wszystkich Świętych, a także Dnia Matki i Dnia Dziecka. Wiele kontaktów nie jest jednak związanych bezpośrednio ze znaczącą datą i wiąże się z poczuciem osamotnienia i rozpacz, które towarzyszą matkom („Są takie dni, że ból odbiera mi rozum”. „Od rana myślę o tym, jak bardzo tęsknię za moją małą córeczką”).

Kolejny wyodrębniony wątek to poszukiwana pomoc: wsparcie społeczne i specjalistyczne. Wyraża on podział na poszukiwane przez rodziców odmienne formy pomocy. Wsparcie specjalistyczne, udzielane przez psychologa, i wsparcie społeczne, którego dostarczyć mogą inne osoby w podobnej sytuacji. Niektórzy rodzice potrzebują przede wszystkim kontaktu z innymi rodzinami („Dziewczyny, dziękuję za wsparcie. Rozumiecie jak nikt inny”, „Powiedzcie, jak wy sobie radzicie?”). Chcą opowiadać o swoich przeżyciach, mówić o zmarłym dziecku, poszukują pocieszenia, rad i informacji, cenią sobie możliwość współodczuwania i dzielenia wspólnego losu. Inni korzystają także z opieki specjalistycznej, konsultacji e-mailowych i telefonicznych z psychologiem. Cenią sobie możliwość konsultacji ze specjalistą („Czuję, że muszę porozmawiać ze specjalistą, bo sama sobie nie poradzę”). Obie formy wsparcia uzupełniają się wzajemnie. Mają nieco różne zadania i współistnieją w procesie wspierania przeżywania żałoby.

Ostatni wyłoniony wątek to poszukiwana pomoc: wsparcie emocjonalne i informacyjne. Koncentruje się on wokół odmiennych rodzajów poszukiwanej przez rodziców pomocy. Z jednej strony wsparcia emocjonalnego, rozumianego za Sęk [30] jako przekazywanie w relacji troski, akceptacji, solidarności i pozytywnych emocji; z drugiej wsparcia informacyjnego, którego podstawą jest wymiana informacji mająca pomóc w lepszym rozumieniu sytuacji i jej efektywnym rozwiązaniu.

Wsparcie emocjonalne jest kategorią o wyższej częstotliwości. Została ona podzielona na 6 podkategorii. W analizowanych wypowiedziach dominowała chęć mówienia o zmarłym dziecku i o własnych emocjach towarzyszących jego śmierci („Mój synek umarł”. „Miało być lepiej, a potem nagle umarła”. „Ciągle myślę, czy mogłam coś zrobić inaczej”). Rodzice poszukiwali pocieszenia, ale także próbowali udzielać wsparcia innym („Uwierzy mi, w końcu będzie lepiej”). Część z nich dzieliła się cytatami, wierszami.

Kategorię wsparcia informacyjne podzielono na 5 podkategorii. Rodzice poszukiwali przede wszystkim informacji o formalnych aspektach śmierci dziecka, tj. prawie do pochówku, zasiłków („Gdzie to się załatwia?”, „Jak to jest z macierzyńskim po poronieniu?”). Dzielili się wiedzą na temat pomocy psychologicznej i leczenia psychiatrycznego, polecali sobie konkretnych specjalistów („Polecam dr X, bardzo mi pomogła”, „Ja brałam tritico, ale i tak nie spałam zbyt dobrze”). Równie często pytali o sposoby radzenia sobie z żałobą, organizację życia rodzinnego, szczególnie relacje z żyjącymi dziećmi. Często poszukiwane były informacje o mszach i obchodach dnia dziecka utraconego.

## Wnioski

Wśród powodów korzystania z niebezpośredniej pomocy psychologicznej należy wymienić przede wszystkim duży zasięg, łatwy dostęp do pomocy; możliwość relatywnie szybkiego kontaktu ze specjalistą, brak ograniczeń czasowych i geograficznych, a także możliwość kontaktu z osobami w podobnej sytuacji, ewentualnie ze specjalistami z dużym doświadczeniem w zakresie konkretnych problemów oraz anonimowość. Podobne motywy sięgania po pomoc online podają w swojej pracy King, Bambling, Lloyd, Gomurra, Smith, Reid i wsp. [31].

W doświadczeniu Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci pomoc online ma raczej charakter interwencji kryzysowej niż długoterminowej psychoterapii. Częściej zgłaszają się

osoby w ostrym kryzysie, które oczekują szybkiej, krótkiej interwencji. Kontakty z osobami potrzebującymi są raczej krótkotrwałe i nieciągłe. Rozpoczynają się zwykle do 6 miesięcy od śmierci dziecka, w późniejszym czasie są wyraźnie związane z krytycznymi wydarzeniami, takimi jak rocznica śmierci dziecka, urodziny, święta, a w przypadku poronień, planowana data porodu.

Wyraźny jest podział na poszukiwane wsparcie specjalistyczne, udzielane przez psychologa, i wsparcie społeczne, udzielane przez osoby, które znalazły się w podobnej sytuacji. Obie te formy uzupełniają się wzajemnie. Nasuwa się wniosek, że połączenie dwóch narzędzi — forum internetowego, na którym większą rolę odgrywa wsparcie społeczne, i kontaktów e-mailowych i telefonicznych z psychologiem, które mają charakter wsparcia specjalistycznego — stanowi uzupełniającą się wzajemnie całość.

Rodzice korzystający z programu poszukują przede wszystkim wsparcia emocjonalnego, rzadziej informacyjnego. Jedno i drugie odnajdują nie tylko w kontaktach ze specjalistą, ale także w kontaktach społecznych na forum.

### Podsumowanie

Grupa rodziców po stracie dziecka jest z pewnością specyficzną grupą badawczą, której nie poświęcono zbyt wiele miejsca w dotychczasowych badaniach nad wsparciem psychologicznym. Zebrane wyniki podkreślają pewne prawidłowości, specyficzne dla tej grupy i odróżniające ją od innych grup klientów. Przede wszystkim, rodzice po stracie dziecka są w głębokim kryzysie emocjonalnym. Warunkuje to bardzo emocjonalny język i zróżnicowane, bardzo silne emocje widoczne na wszystkich etapach kontaktu. Wnoszone przez nich treści dotyczą niemal wyłącznie tematu śmierci dziecka, przeżywania żałoby i radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. W analizowanym materiale brakuje innych pobocznych wątków. Rodzice przeżywający żałobę poszukują wszechstronnego wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i informacyjnego, specjalistycznego i społecznego. Wsparcie społeczne uzyskiwane od innych, którzy są w podobnej sytuacji, jest dla tej grupy szczególnie ważne.

Dodatkowo, zebrane wyniki wskazują na zbieżność poszukiwania pomocy z ważnymi datami, takimi jak rocznica śmierci czy urodziny dziecka, a cała aktywność rodziców w programie jest ściśle uzależniona od etapów przeżywanej żałoby.

Zebrane wyniki wskazują na użyteczność pomocy psychologicznej przez internet i telefon w opiece nad rodzinami po stracie dziecka. Jednocześnie niebezpośrednie formy wsparcia znacznie różnią się od klasycznych, opierających się na kontakcie bezpośrednim i nie zawsze są wystarczające. Doświadczenie MHD w zakresie pracy z rodzinami po stracie dziecka wskazuje na trudność prowadzenia w takiej formie psychoterapii czy innej długoterminowej formy opieki psychologicznej. Ze względu na ograniczenia diagnostyczne, odmienność sposobu budowania relacji, ograniczenia w odbiorze bodźców niewerbalnych czy ryzyko pracy z osobami z tendencjami samobójczymi, w ramach programu nie jest prowadzona klasyczna psychoterapia online. Rodzice po stracie dziecka często potrzebują jednak także spotkań w tradycyjnej formie, mającej funkcję nie tylko wspierającą, ale też leczącą. Wydaje się, że w przypadku pacjentów potrzebujących leczenia, a nie jedynie krótkotrwałego wsparcia, formy online sprawdzają się najlepiej jako dopełnienie klasycznych form kontaktu. Podobne wnioski przyniosły analizy innych autorów [32, 33, 34].



Przeprowadzona analiza skłoniła także do postawienia kilku pytań. Szczególnej refleksji wymaga rola pomocy psychologicznej online dla rodzin, które doświadczyły poronienia, śmierci okołoporodowej dziecka lub zdecydowały się na terminację ciąży. Wśród osób korzystających z programu ta grupa stanowi ponad połowę wszystkich pacjentów. Pokazuje to wagę problemu i może świadczyć o trudnościach w dostępie do stacjonarnej pomocy psychologicznej dla tej grupy lub o istnieniu innych względów, dla których kobiety po poronieniu chętnie korzystają z pomocy psychologicznej online. Warto zbadania są również wszelkie nieformalne kontakty między rodzinami zmarłych dzieci, nawiązywane na forum lub za pośrednictwem psychologa. Wiadomo, że są one ważnym źródłem wsparcia, jednak do tej pory nie podjęto systematycznej analizy, która być może przyniosłaby kolejne ciekawe wnioski na temat udzielania i pozyskiwania wsparcia społecznego.

### **Piśmiennictwo**

1. Barak A, Boniel-Nissim HL, Shapira MN. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J. Technol. Hum. Serv.* 2008; 26(2/4): 109–160.
2. Taylor CB, Luce KH. Computer — and Internet-based psychotherapy interventions. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2016; 12 (1): 18–22.
3. Baily R, Yager J, Jensen J. The psychiatrist as clinical computerologist in the treatment of adolescents: Old barks in new bytes. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1298–1304.
4. Leśnicka A. Polskojęzyczna e-terapia — ankieta dla specjalistów prowadzących psychoterapię przez Internet. *Psychiatria* 2009; 2: 43–50.
5. Główny Urząd Statystyczny. Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2015 r., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/>, [dostęp: 15.02.2017]
6. Polskie Badania Internetu, Raport o zdrowiu. <http://pbi.org.pl/raporty/zdrowieserwisy.pdf>, [dostęp: 20.09.2016]
7. Lenhart A, Purcell K, Smith A, Zickuhr K. Social media and mobile internet use among teens and young adults, <http://www.pewinternet.org/reports/2010/social-media-and-young-adults.aspx>, [dostęp: 20.09.2016]
8. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trial. *BMJ*, <http://www.bmj.com/content/328/7434/265>, [dostęp: 12.06.2017]
9. Newby J, Robins L, Wilhelm K, Smith J, Fletcher T, Gillis i wsp. Web-based cognitive behavior therapy for depression in people with diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 2017; 19(5): e157.
10. Smith J, Newby JM, Burston N, Murphy MJ, Michael S, Mackenzie A i wsp. Help from home for depression: A randomized controlled trial comparing internet-delivered cognitive behaviour therapy with bibliotherapy for depression. *Internet Interv.* 2017; 9: 25–37.
11. Newby JM, Mahoney AE J, Mason EC, Smith J, Uppal S, Andrews G. Pilot trial of a therapist-supported internet-delivered cognitive behavioral therapy program for health anxiety. *Internet Interv.* 2016: 71–79.
12. Starzomska M. Perspektywy wykorzystania komunikacji elektronicznej w psychoterapii zaburzeń jedzenia. *Psychoter.* 2007; 1 (140): 59–73.

13. Bruning Brown J, Winzelberg AJ, Abascal LB, Taylor CB. An evaluation of an Internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *J. Adolesc. Health* 2004; 35: 290–296.
14. Gollings EK, Paxton SJ. Comparison of Internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: A pilot study. *Eat. Disord. J. Treat. Prev.* 2006; 14: 1–15.
15. Grunwald M, Busse JC. Online consulting service for eating disorders — analysis and perspectives. *Comput. Human Behav.* 2003; 19: 469 – 477.
16. Harvey-Berino J, Pintauro S, Buzzell P, Gold EC. Effect of Internet support on the long-term maintenance of weight loss. *Obes. Res.* 2004; 12: 320–329.
17. Leykin Y, Thekdi SM, Shumay DM, Muñoz RF, Riba M, Dunn LB. Internet interventions for improving psychological well-being in psycho-oncology: review and recommendations. *Psychooncology* 2012; 21:1016–1025.
18. Murphy MJ, Newby JM, Butow P, Kirsten L, Allison K, Loughnan S i wsp. iCanADAPT Early protocol: randomized controlled trial (RCT) of clinician supervised transdiagnostic internet-delivered cognitive behavior therapy (iCBT) for depression and/or anxiety in early stage cancer survivors – vs – treatment as usual. *BMC Cancer.* 2017, <https://bmccancer.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12885-017-3182-z?site=bmccancer.biomedcentral.com>. [dostęp: 15.05.2017].
19. Wakefield CE, Sansom-Daly UM, McGill BC, Ellis SJ, Doolan EL, Robertson EG i wsp. Acceptability and feasibility of an e-mental health intervention for parents of childhood cancer survivors: „Cascade”. *Support Care Cancer* 2016; 24(6): 2685–2694.
20. Wootten AC, Meyer D, Abbott JM, Chisholm K, Austin DW, Klein B i wsp. An online psychological intervention can improve the sexual satisfaction of men following treatment for localized prostate cancer: outcomes of a randomized controlled trial evaluating My Road Ahead. *Psychooncology* 2016; 26(7): 975–981.
21. Lagan MB, Sinclair M, Kernohan WG. What is the impact of the internet on decision-making in pregnancy? A Global Study. *Birth* 2011; 38: 336–345.
22. Knol-Michałowska K, Goszczyńska E, Petrykowska A. Fora internetowe jako źródło wsparcia społecznego dla kobiet ciężarnych uzależnionych od nikotyny. *Studia Edukacyjne* 2012; 23: 141–162.
23. Talarczyk J, Hauke JJ, Serdyńska-Szuster M, Pawelczyk L, Jędrzejczak P. Internet jako źródło informacji o niepłodności wśród niepłodnych pacjentek. *Ginekol. Pol.* 2012; 83: 250–254.
24. Jagód Ł, Jurkowska B, Nowicki G, Dąbrowska A., Prystupa A. „Słodkie życie”, czyli blogujący cukrzycy. *Curr. Probl. Psychiat.* 2012; 13(2): 134–137.
25. Hasson D, Anderberg UM, Theorell T, Arnetz BB. Psychophysiological effects of a web-based stress management system: A prospective, randomized controlled intervention study of IT and media workers. *BMC Public Health.* 2005; 5: 78.
26. Zetterqvist K, Maanmies J, Ström L, Andersson G. Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cogn. Beh. Ther.* 2003; 32: 151–160.
27. Barak A. Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Comput. Human Behav.* 2007; 23: 971–984.
28. Hopps SL, Pépin M, Boisvert JM. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2003; 40: 136–147.
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 2006; 3 (2): 77–101.
30. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: PWN; 2011.

31. King R, Bambling M, Lloyd C, Gomurra R, Smith S, Reid W i wsp. Online counselling: The motives and experiences of young people who choose the Internet instead of face to face or telephone counseling. *J. Psychol. Psychother. Res*2006; 6(3): 169–174.
32. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *Br. J. Clin. Psychol.* 2010; 49: 455–471.
33. Carlbringa P, Andersson G. Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Comput. Human Behav.* 2006; 22(3): 545–553.
34. Castelnuovo G, Gaggioli A, Mantovani F, Riva G. New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2003; 40: 33–44.

Adres: kara.kwiatkowska@gmail.com