

Care for pregnant and postpartum woman with intrauterine fetal death in a full-term pregnancy

Opieka nad ciężarną i położnicą z wewnątrzmacicznym obumarciem płodu w ciąży donoszonej

Anna Kullas^{A-E,K} , Anna Weronika Szablewska^{G,K-L} 

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Kullas

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210, Gdańsk, Polska
e-mail: akullas@gumed.edu.pl

A – Development of the concept and methodology of the study/Opracowanie koncepcji i metodologii badań; B – Query - a review and analysis of the literature/Kwerenda – przegląd i analiza literatury przedmiotu; C – Submission of the application to the appropriate Bioethics Committee/Złożenie wniosku do właściwej Komisji Biotycznej; D – Collection of research material/Gromadzenie materiału badawczego; E – Analysis of the research material/Analiza materiału badawczego; F – Preparation of draft version of manuscript/Przygotowanie roboczej wersji artykułu; G – Critical analysis of manuscript draft version/Analiza krytyczna roboczej wersji artykułu; H – Statistical analysis of the research material/Analiza statystyczna materiału badawczego; I – Interpretation of the performed statistical analysis/Interpretacja dokonanej analizy statystycznej; K – Technical preparation of manuscript in accordance with the journal regulations/Opracowanie techniczne artykułu zgodne z regulaminem czasopisma; L – Supervision of the research and preparation of the manuscript/Nadzór nad przebiegiem badań i przygotowaniem artykułu

STRESZCZENIE

OPIEKA NAD CIĘŻARNĄ I POŁOŻNICĄ Z WEWNĄTRZMACICZNYM OBUMARCIEM PŁODU W CIĄŻY DONOSZONEJ

Cel pracy. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie planu opieki nad kobietą w ciąży i po porodzie, która doświadczyła wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, w oparciu o indywidualne studium przypadku.

Materiał i metody. W badaniu zastosowano metodę studium przypadku. Raport opisuje pacjentkę z obumarłą ciążą donoszoną. Plan opieki obejmował techniki wywiadu, analizę dokumentacji medycznej, obserwację, kliniczne wskaźniki pielęgniarstwa C-HOBIC oraz Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS). Opis przypadku został przygotowany zgodnie z wytycznymi CARE. W planie opieki wykorzystano terminologię ICNP®, zintegrowaną z WHO-FIC.

Wyniki. Główne problemy, które pojawiły się u pacjentki doświadczającej straty, dotyczyły przede wszystkim emocjonalnych skutków straty, takich jak stres, rozpacz i poczucie bezradności. Powodowało to szczególną potrzebę wsparcia, spokojnego przekazywania informacji oraz odpowiedniego kierowania dalszym postępowaniem. Dodatkowo zmagiała się z fizycznym bólem porodowym, problemami ze snem oraz obniżonym nastrojem, co utrudniło samoopiekę. Podjęte interwencje skutkowały złagodzeniem dolegliwości.

Wnioski. Przedstawiony plan opieki pozwolił na wdrożenieindywidualizowanych interwencji, istotnie wspierając adaptację pacjentki do nowej rzeczywistości i proces żałoby. Współpraca położnej z zespołem interdyscyplinarnym przyczyniła się do poprawy jakości życia pacjentki i jej rodziny. Wyniki badań podkreślają konieczność zapewnienia współczującej opieki, opartej na dowodach naukowych, która odpowiada na złożone potrzeby kobiet doświadczających straty.

Słowa kluczowe: obumarcie płodu, żałoba, martwy poród, położna

ABSTRACT

CARE FOR PREGNANT AND POSTPARTUM WOMAN WITH INTRAUTERINE FETAL DEATH IN A FULL-TERM PREGNANCY

Aim. The aim of the article is to present a care plan for a pregnant and postpartum woman who has experienced intrauterine fetal death, based on an individual case study.

Material and methods. The paper uses a case study method to describe a patient with intrauterine fetal death in a full-term pregnancy. The care plan includes interview techniques, medical documentation analysis, observation, clinical nursing indicators (C-HOBIC), and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The case follows CARE guidelines and utilizes ICNP® terminology, integrated with WHO-FIC.

Results. The main problems the patient experienced due to intrauterine fetal death were emotional consequences of the loss, such as stress, despair, and helplessness. This created a need for support, calm communication and appropriate management of further treatment. Additionally, the woman struggled with physical labor pain, sleep problems and lowered mood, which made self-care difficult. The interventions provided alleviated these complaints.

Conclusions. The presented plan of care allows for the implementation of individualized interventions, significantly supporting the patient's adaptation to her new reality and the grieving process. Collaboration between the midwife and the multidisciplinary team improved the patient's and her family's quality of life. The findings emphasize the need for compassionate, evidence-based care that addresses the complex needs of women experiencing loss.

Key words: fetal death, midwife, grief, stillbirth

INTRODUCTION

The death of a baby in the womb inverts the natural order of life, in which people are born, grow older, and eventually pass away [1]. A woman who had been imagining herself in the role of a future mother is forced to confront the profound loss [2]. According to the latest UNICEF data, 1,884,935 cases of stillbirth were recorded worldwide in 2021 [3], although the actual number may be higher due to the lack of systematic data collection [4]. However, according to 2023 data from the Central Statistical Office, 918 women in Poland experienced the loss of an unborn child [5]. These statistics illustrate the scale of the problem, indicating the need for a deeper understanding of the issue resulting from such loss.

Intrauterine fetal death is defined as an obstetric event in which fetal death occurs before birth, regardless of the duration of pregnancy. After delivery, no signs of life are observed in the newborn, such as breathing, heartbeat, umbilical cord pulsation, or distinct voluntary movements [6, 7].

The etiology of this phenomenon is complex and can be divided into three main groups of factors: maternal, fetal, and placental. Among the maternal factors, are chronic diseases such as hypertension and diabetes, as well as uterine abnormalities, coagulation disorders, obesity, infections, and advanced maternal age [6, 8]. Dominant among fetal factors are genetic and developmental abnormalities, such as Down syndrome (31%), Turner syndrome (22%), Edwards syndrome (22%), and Patau syndrome (8%) [8]. Additional risks include fetal growth restriction and intrauterine infections. Placental factors encompass premature placental abruption, improper implantation, placental insufficiency, and umbilical abnormalities. Umbilical cord complications are relatively common and generally do not negatively impact fetal well-being; however, in the presence of structural anomalies such as true knots, the risk of hypoxia increases significantly [6, 8]. According to available research, umbilical and placental anomalies are among the leading causes of fetal death in advanced pregnancy. However, this represents only part of the issue, as many cases of stillbirth remain unexplained despite detailed diagnostic efforts [9]. The lack of standardized assessment protocols and the declining number of autopsies significantly hinder the identification of causes, posing a challenge to the development of effective preventive measures [8, 9].

In the context of these challenges, it is important to properly confirm fetal death, which should include attempting to detect fetal heart function by cardiotocography or a fetal heart rate detector and performing an ultrasound examination. At the same time, the subjective experiences of the pregnant woman, such as the absence of fetal movements, should be acknowledged [7]. However, it is important to note that passive movements may still occur despite fetal demise [10]. In such situations, particular attention should be paid to prevent complications, including coagulopathy, which may lead to disseminated intravascular coagulation (DIC) [7]. To ensure the woman's safety, vaginal delivery, preceded by labor induction, is recommended to minimize the risks associated

with expectant management. In selected cases where vaginal delivery is not feasible, cesarean section may be considered [7, 10].

Regardless of the method used to end the pregnancy, the loss of a child deeply affects parents on emotional, physical, and social levels [10]. Each family's experience of loss is unique, requiring individualized care to address their emotional needs and support their journey through mourning. The accompanying emotions can affect family relationships by leading to overprotectiveness or emotional withdrawal from older children as well as affecting the outlook on future motherhood [11, 12]. The outcomes include an increased risk of affective disorders such as postpartum depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, as well as challenges with body image, sleep disturbances, and reduced appetite [2, 13]. Excessive self-blame, a sense of failure and an unrealistic belief that the tragedy could have been prevented are also frequently observed [14, 15].

In this context, a study published in 2023 highlights the importance of providing psychological support to both women and midwives, as well as the need for training programs aimed at developing communication skills and stress management abilities [16]. Including such topics in educational programs could greatly improve the standard of individualized care in difficult situations. Further research should focus on enhancing communication tools to support compassionate interactions between medical staff and patients [17]. Issues related to fetal death remain a marginalized topic in public health policy, underscoring the need for urgent action. Advancing research and implementing comprehensive care plans can help ensure that women and families receive the compassionate support they need to navigate this painful experience [1].

AIM

The aim of the article is to document and present a care plan for a pregnant and postpartum woman who has experienced intrauterine fetal death, based on an individual case study, in view of the fact that such care is not currently included in the ICNP catalog of obstetric nursing diagnoses.

MATERIALS AND METHODS

This paper employs the qualitative 'case study' research methodology, involving a detailed analysis and assessment of the patient's obstetric and clinical condition [18]. The study was conducted in September 2024. Before commencing the study, informed consent for participation and access to the patient's medical records was obtained. All procedures were conducted in accordance with the principles outlined in the Declaration of Helsinki of the World Medical Association (WMA) and approved by the Bioethics Commission of Gdańsk Medical University (no. NKBBN/409/2024) for studies involving human participants. The case report was prepared based on CARE guidelines, ensuring accuracy and adherence to current reporting standards [19]. The study used qualitative

methods, including a semi-structured interview, an in-depth interview, observation, and analysis of medical records. The semi-structured interview allowed for the collection of clinical data relevant to the treatment process, including obstetric history, past medical history, surgery, pharmacotherapy, chronic diseases, allergies, and the patient's lifestyle. The mental state was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to identify the risk of postnatal depression. An in-depth interview provided a better understanding of the patient's experiences, emotions, subjective feelings and needs. The study was complemented by observation, which provided an additional assessment of the patient's biopsychosocial status. Analysis of the medical records included information on the course of the pregnancy, medications used, past infections and procedures performed, as well as verification of the data obtained during the interview. The current study's use of C-HOBIC clinical nursing outcome indicators allowed for a comprehensive and standardized understanding of the health needs of the woman who experiences a stillbirth. This approach provided an objective assessment of her psychophysical condition, particularly in terms of coping with the situation and regaining independence [20]. Care plans were developed using reference terminology provided by the International Council of Nurses' online tool, ICNP® [21]. This is a standardized system used for coding nursing diagnoses, interventions, and outcomes. It is based on a seven-axis model, which includes the subject of care, judgment, means, action, location, the patient, and time. This structure allows for the systematic classification of nursing care elements, ensuring consistency in documentation and clinical practice. The use of ICNP® stems from its versatility and ability to standardize the care process, which is particularly important in the context of medical documentation and the implementation of individualized approaches to patient care. In addition, ICNP® has been integrated into the WHO Family of International Classifications (WHO-FIC), which supports data exchange, communication, and comparisons within healthcare systems at the local, national, and international levels. Its alignment with international standards and integration with nursing systems promote interdisciplinary collaboration and a better understanding of patients' needs. Currently, the ICNP® catalog does not include specific obstetric nursing diagnoses related to the care of women experiencing intrauterine fetal death. As a result we propose an adaptation of the classification system by identifying key nursing diagnoses, interventions, and expected outcomes relevant to this type of care. Developing a dedicated catalog of descriptions for these cases could enhance the recognition and standardization of perinatal loss care in nursing practice."

Case Study

The patient is a 32-year-old woman, pregnancy – 2, childbirth – 2, week of pregnancy 38, living in a small village with her husband and 7-year-old son. The patient presented to the emergency department, concerned about the absence of fetal movements. The midwife, who used a fetal doppler (UDT), could not hear the FHR tones. As a result,

she immediately informed the on-duty doctor, who performed an ultrasound examination (USG). Following the assessment, a second doctor was called in, and together they confirmed fetal death. The diagnosis triggered strong emotions in the patient, including despair, helplessness, and disbelief. The patient was provided with empathetic emotional support, which gave her time to come to terms with the diagnosis before receiving detailed explanations.

After the diagnosis was confirmed, the patient was admitted to the Obstetrics and Gynecology Department. The admission was carried out in accordance with the isolation principle, as outlined in Poland's Regulation of the Minister of Health dated on 16 of August, 2018, on the organizational standard for perinatal care (Journal of Laws 2018, item 1756), which states that „women in the situation referred to in paragraph 1, whenever possible, should not be placed in the same room with women in the pregnancy or puerperium period whose pregnancy resulted in the birth of a healthy child” [22].

The woman was interviewed, and it was revealed that the patient's obstetric history included one previous pregnancy which ended in a natural birth without complications. The infant was born at full -term with a birth weight of 4090 g and was assessed as being in a good condition according to the Apgar scale.

During the second pregnancy, the patient received care at the obstetrics and gynecology since the 8th week of gestation. At that time, vaginal bleeding was noted and treated with dydrogesterone at a dose of 10 mg (2x1 per day) and drotaverine at a dose of 40 mg (3x1 per day). At 36 weeks of gestation, the patient reported lower abdominal pain, for which progesterone at a dose of 100 mg (2x1 per day) was prescribed and continued drotaverine at a dose of 40 mg (2x1 per day). Due to persistently low hemoglobin level, iron supplementation at a dose of 80 mg (2x1 per day) was introduced. The pregnant woman reported no comorbidities or genetic burdens in her family.

After the interview, information was provided regarding further medical procedures, supporting the patient in making informed decisions concerning about labor and the postpartum period. Laboratory tests were ordered, including a complete blood count and coagulation markers, that confirmed the stability of the patient's overall condition. The general condition parameters were regularly monitored (Tab. 1). Pharmacological pre-induction of labor was initiated with the vaginal administration of misoprostol at a dose of 25 µg, followed a few hours later by an intravenous infusion of oxytocin at a dose of 10 IU/500 ml NaCl.

Labor began with regular uterine contractions leading to progressive cervical dilation. The patient was supported with non-pharmacological pain relief methods, such as vertical positions, warm compresses, physical activity, and water immersion. During labor, the patient reported increasing pain, therefore nitrous oxide was administered by inhaler to alleviate discomfort. The presence of her husband in the delivery room provided her with significant emotional support. Three hours after the onset of regular uterine contractions, with perineal protection,

Care for pregnant and postpartum woman with intrauterine fetal death in a full-term pregnancy

a female neonate weighing 2900 g and measuring 54 cm was delivered in the presence of blood-tinged amniotic fluid. The umbilical cord was wrapped three times around the left thigh. The newborn showed no signs of life, and the body exhibited signs of maceration. In accordance with medical procedures, identification bands were applied, the umbilical cord was clamped and cut, and the baby was gently dried, dressed, and covered with a blanket.

Ten minutes after delivery, an incomplete placenta was delivered, requiring curettage of the uterine cavity. Intravenous administration of 5 IU of oxytocin and 0.2 mg of methylergometrine intramuscularly were administered as part of hemorrhage prophylaxis. In order to identify the potential causes of the intrauterine fetal demise, samples of the umbilical cord, amniotic membranes and placenta were taken for histopathological examination. A first-degree perineal tear was identified and repaired with sutures. Blood loss was estimated at 250 ml. The patient expressed a desire to see and hold her daughter. The parents were provided with private time to say goodbye to their child, with the possibility to take commemorative photographs and hand and footprints. These actions were carried out to reduce separation anxiety and assist in the acceptance of the loss.

After two hours of observation, the patient was transferred to the ward, where she was provided with a private room and isolated from other mothers and their children to minimize stress. Postpartum, the patient showed signs of significant mood depression and difficulty in dealing with emotions. A conversation with a psychologist was offered. An emotional state assessment was conducted using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), which resulted in score of 15 points, indicating an increased risk of postpartum depression. In accordance with current guidelines, the patient was informed of the results and referred for psychological and psychiatric consultations after being discharged from hospital for further diagnosis and potential treatment initiation.

The patient's general condition remained stable, the uterus was contracting appropriately, and vaginal bleeding was within normal limits. Pharmacological inhibition of lactation with bromocriptine at a dose of 2.5 mg (2x1 per day) was also recommended to prevent physical difficulties and emotional discomfort. To reduce the risk of infection, 2 g of cefazolin was administered intravenously. As a result of emotional exhaustion, physical weakness, and reduced motivation after childbirth, the patient experienced difficulties in self-care, including bathing and personal hygiene. In response to her needs, support was provided for basic hygiene activities, adjusted to her condition and capabilities, in order to increase comfort and facilitate the recovery process. Due to weakness and pain, 1 g of paracetamol was given intravenously. Because of Rh incompatibility, 300 µg of anti-Rh(D) immunoglobulin was administered. The patient reported difficulties sleeping and increasing emotional tension. To alleviate these symptoms and improve sleep quality, 5 mg of diazepam was administered orally. Supportive care was offered to the family, providing access to information about local organizations assisting parents after a loss and available

options for further psychological support. The patient was also given detailed information about her rights.

The patient was discharged on the second day postpartum with recommendations for continued pharmacotherapy, including bromocriptine 2.5 mg (2x1 per day for four days), hydroxyzine 10 mg (2x1 per day), and diazepam 2 mg (before sleep) and further psychological care. After returning home, the patient decided to visit a psychiatrist and begin psychotherapy.

■ Tab. 1. Blood pressure measurements of the patient during hospitalization

Time	Blood Pressure (BP)	Heart Rate (HR)	Body Temperature (°C)
Admission to the ward	135/70 mmHg	100/min	36.7°C
First stage of labor	130/80 mmHg	90/min	36.7°C
Second stage of labor	120/80 mmHg	85/min	36.6°C
After delivery	110/70 mmHg	80/min	36.8°C
First day postpartum	120/75 mmHg	85/min	36.8°C
Second day postpartum	120/80 mmHg	85/min	36.7°C

Care plan

The patient's condition was assessed using the functional status assessment scale (ADL) defined by C-HOBIC terminology (Tab. 2) and the basic activities of daily living assessment scale (IADL) (Tab. 3). Through the analysis of medical records and consultations with the patient, an individualized care plan was developed according to the ICNP® classification, focused on supporting her psychological and physical well-being (Tab. 4).

■ Tab. 2. Functional status assessment (ADL)

C - HOBIC	HOBIC code	Diagnosis according to ICNP
Bathing	1	Impaired ability to bath [10000956]
Personal hygiene	1	Impaired ability to perform hygiene [10000987]
Walk in the room	0	Able to walk [10028333]
Transfer toilet	0	Able to transfer [10028322]
Toilet use	0	Able to toilet self [10028314]
Bed mobility	0	Able to move in bed [10029240]
Eating	0	Able to feed self [10028253]

■ Tab. 3. Evaluation of the basic activities of daily living (IADL)

C - HOBIC	HOBIC code	Diagnosis according to ICNP
Meal preparation	0	Ability to prepare food [10030137]
Ordinary housework	1	Impaired homemaking [10000925]
Managing finances	0	Able to manage finances [10034547]
Managing medications	0	Able to manage medication regime [10029272]
Phone use	0	Able to communicate by telephone [10025025]
Shopping	0	Able to shop [10034575]
Transportation	0	Access to transportation [10041310]

■ Tab. 4. Care plan

Diagnosis 1 – Despair [10047056]	
Interventions (IC)	Means (M)
Assessing needs [10033368]	Nurse [10013333]
Accompanying patient [10042613]	Calming technique [10003839]
Reassuring [10016480]	Health education service [10039459]
Maintaining dignity and privacy [10011527]	
Hand holding [10008642]	
Facilitating ability to communicate about dying process [10026265]	
Talking [10019436]	
Outcome: Decreased despair [10047444]	
Diagnosis 2 – Lack of knowledge of treatment regime [10021925]	
Interventions (IC)	Means (M)
Teaching about hospitalisation [10042480]	Nurse [10013333]
Teaching about procedure [10044651]	Health education service [10039459]
Teaching about childbirth [10045407]	
Explaining patient right [10007391]	Reading material [10016433]
Assessing attitude toward treatment regime [10024205]	
Outcome: Knowledge of treatment regime [10025733]	
Diagnosis 3 – Labour pain [10011088]	
Interventions (IC)	Means (M)
Assessing control of pain [10002710]	Nurse [10013333]
Teaching relaxation technique [10038699]	Hot pack [10009167]
Teaching breathing technique [10039213]	Shower [10018084]
Applying hot pack [10039617]	Medication [10011866]
Administering pain medication [10023084]	
Monitoring pain [10038929]	
Outcome: Reduced pain [10027917]	
Diagnosis 4 – Separation anxiety [10017880]	
Interventions (IC)	Means (M)
Promoting caregiver child attachment [10035342]	Nurse [10013333]
Supporting decision making process [10024589]	Health education service [10039459]
Promoting family support [10036078]	
Maintaining dignity and privacy [10011527]	Family member [10007596]
Providing emotional support [10027051]	
Facilitating ability to communicate feelings [10026616]	
Outcome: Reduced fear [10027889]	
Diagnosis 5 - Risk for complications postpartum [10023256]	
Interventions (IC)	Means (M)
Identifying risk for haemorrhaging [10009696]	Nurse [10013333]
Managing vaginal bleeding [10045430]	Medication [10011866]
Administering medication [10025444]	Pulse oximeter [10032551]
Monitoring blood pressure [10032052]	Monitoring device [10012177]
Monitoring blood oxygen saturation using pulse oximeter [10032047]	
Monitoring signs and symptoms of infection [10012203]	
Outcome: No postpartum complication [10042467]	
Diagnosis 6 - Risk for infection [10015133]	
Interventions (IC)	Means (M)
Monitoring signs and symptoms of infection [10012203]	Nurse [10013333]
Collecting venous blood specimen [10044633]	Venous blood specimen [10044596]
Monitoring vital signs [10032113]	Antibiotic [10002383]
Use aseptic technique [10041784]	Monitoring device [10012177]
Administering antibiotic [10030383]	
Teaching about postpartum care regime [10045385]	
Outcome: No infection [10028945]	

■ cont. Tab. 4. Care plan

Diagnosis 7 - Self care deficit [10023410]	
Interventions (IC)	Means (M)
Implementing postpartum care [10045371]	Nurse [10013333]
Assisting with hygiene [10030821]	Assessment tool [10002832]
Assisting with self care [10035763]	Shower [10018084]
Implementing comfort care [10039705]	
Perineal care [10045154]	
Promoting ability to mobilise [10037379]	
Promoting self esteem [10024455]	
Outcome: Able to perform hygiene [10028708]	
Diagnosis 8 – Breast engorgement [10029728]	
Interventions (IC)	Means (M)
Teaching about breast care during postpartum period [10032885]	Nurse [10013333]
Administering medication [10025444]	Medication [10011866]
Teaching about medication side effects [10044614]	
Providing emotional support [10027051]	
Outcome: Effective response to medication [10028670]	
Diagnosis 9 - Impaired sleep [10027226]	
Interventions (IC)	Means (M)
Assessing sleep [10036764]	Nurse [10013333]
Assessing anxiety [10041745]	Medication [10011866]
Use relaxation technique [10044992]	
Encouraging rest [10041415]	
Administering medication [10025444]	
Outcome: Adequate sleep [10024930]	
Diagnosis 10 – Depressed mood during post partum period [10029771]	
Interventions (IC)	Means (M)
Assessing depressed mood [10026055]	Nurse [10013333]
Providing emotional support [10027051]	Assessment tool [10002832]
Facilitating ability to communicate feelings [10026616]	Interprofessional team [10039400]
Screening for depressed mood [10045022]	Health aide service [10046166]
Collaborating with interprofessional team [10039416]	Questionnaire [10016229]
Counselling patient [10031062]	
Outcome: Decreased depressed mood [10027901]	
Diagnosis 11 - Risk for impaired family coping [10032364]	
Interventions (IC)	Means (M)
Assessing needs [10033368]	Nurse [10013333]
Monitoring for impaired family coping [10032068]	Assessment tool [10002832]
Providing family anticipatory guidance [10026375]	Health education service [10039459]
Supporting family mourning process [10026470]	Health aide service [10046166]
Referring to family therapy [10024536]	Family therapy [10007667]
Scheduling follow up appointment [10038741]	
Outcome: Effective family coping [10034770]	

DISCUSSION

The care of a woman who has experienced the child's intrauterine death requires a sensitive and special approach. This care should focus on individual needs and expectations of the woman, as outlined in the Regulation of the Minister of Health of 16 August 2018, which defines the organizational standard of perinatal care. The document emphasizes the significant role of medical staff, whose approach should be characterized by respect, empathy, and a commitment to informed communication [22].

In the face of such a painful experience, providing individualized care focused on holistic support is essential, as this poses a significant challenge for medical personnel. Medical care should offer comprehensive support, beginning immediately after the confirmation of the diagnosis and continuing through hospitalization and into the home environment [15]. The midwife, who is often the first to meet the woman who has just experienced a loss, plays a crucial role in gently initiating the grieving process [1, 16, 17]. Studies have shown that the midwife's attentiveness to the emotional needs of the patient enhances the mother's perception of the care received, despite the pain and fear associated with both welcoming and saying goodbye to the newborn [16].

According to the guidelines, women should be offered the opportunity to bid farewell to their child, if such a need is expressed. In the presented care plan, it was attempted to provide space for building a bond with the newborn, which proved crucial in initiating the grieving process. The opportunity to hold her daughter and to call her by name helped the patient to accept her loss, alleviate anxiety, and say goodbye in a peaceful manner. The Polish survey supports this observation, finding that contact with the newborn after giving birth positively impacted the grieving process for half of the respondents [23]. Similar conclusions are reported by other authors, emphasizing that time spent with the baby can positively influence the emotional functioning of parents in the long term [24]. At the same time, some researchers note that the evidence regarding the benefits or potential negative effects of seeing the child remains inconclusive. For this reason, it is recommended that parents be provided with the opportunity to make an informed choice in this matter [17].

Personalized care should be based on clear and compassionate communication, considering the appropriate tone, behavior, and choice of words. Shared decision-making and recognition of both parenthood and grief, for the woman and her family members, are essential [7]. Intrapartum analgesia should be offered to women experiencing stillbirth, recognizing the immense physical and emotional strain of childbirth. The high demand for analgesia in this group emphasizes the need to prioritize their pain treatment needs [25]. Patients should be provided with access to psychological support and the ability to consult with a member of their faith. They should also receive all necessary medical and legal rights information. It is important to ensure privacy and separation for women from other pregnant or postpartum patients to

minimize stress and discomfort [7]. Both parents should also be gently guided through options for commemorating their child, such as photography, hand and footprint impressions, or choosing a name to honor their baby's memory [10]. The literature also suggests that the farewell process, supported by such actions, helps parents create lasting memories [26]. The analyzed case confirms that the received memorabilia, such as hand and footprint impressions, a photograph, and items of clothing, played a significant role in helping the woman avoid the mechanisms of repression in supporting her conscious adaptation to a new reality.

It is worth noting, however, that no screening for PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) was conducted during the hospitalization, despite indications for it. A brief and easy-to-use tool, such as the PTSD-8 questionnaire for post-traumatic stress disorders, could have been utilized [27]. Although the applied scales are universal and widely used, they do not fully reflect all the problems and limitations that patients may experience. Future research on a larger cohort is necessary to validate and adapt these findings for more diverse contexts.

One of the limitations of this study is the absence of systematic, quantifiable outcome measures to estimate the effectiveness of the proposed care plan. In Poland, according to the organizational standard of perinatal care, a primary healthcare (PHC) midwife provides care for a woman during the postpartum period, which lasts until the 42nd day after childbirth, and for the newborn until the completion of the second month of life. During this period, the PHC midwife conducts between four and six postnatal home visits, which are financed by the National Health Fund (NFZ). The first visit should take place within 48 hours of receiving information about the mother's return home with the child. It is important to emphasize, however, that under the current system of financing states that postnatal visits are financed by the NFZ only in relation to the newborn, whereas care for the mother is covered within the capitation fee. This means that there is no separate funding for visits specifically focused on the needs of postpartum women, including those who have experienced perinatal loss. These financial constraints hinder the provision of long-term medical and psychological support.

It is advisable to highlight that the emotional state of women after loss is further burdened by physical discomfort associated with lactation, such as breast engorgement and tenderness. This underlines the need for comprehensive postpartum support, including community midwifery care and medical consultation, to effectively address both the psychological and physiological aspects of the patient's health. Current regulations require midwives to assess the psychological state of postpartum women; however, this obligation is only applicable until the 42nd day after childbirth. For women who have experienced stillbirth, this period may be insufficient, often leaving them without further psychological or medical care. The existing system does not take into account the specific needs of this group of patients. Extending the support of community midwifery care to six months postpartum could

significantly improve psychological support and facilitate the adaptation process. Such a solution would also allow for more systematic monitoring of the patients' mental health and the implementation of more effective preventive and therapeutic interventions. The care plan presented in this study is tailored to the unique circumstances of the single case and may not be universally applicable to all settings or populations. Future research could consider incorporating additional tools, such as the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), which is also part of the WHO-FIC framework. This could provide a more comprehensive view of the patient's needs, particularly in areas like functioning and social participation, complementing existing scales for a more holistic approach to care.

The presented case provides valuable information on the interdisciplinary support that each patient requires in such a specific and difficult situation. Further studies should aim to systematically evaluate the proposed interventions using quantifiable outcome measures and follow-up assessments to determine their effectiveness in diverse settings and populations.

CONCLUSIONS

The results of the research underscore the need for compassionate, evidence-based care that addresses the multifaceted needs of women experiencing this profound loss. Interdisciplinary collaboration is essential to provide comprehensive psychological support, both during hospitalisation and after discharge. To improve the quality of care, healthcare institutions should prioritise the development of communication skills among medical staff, organize specialized training in managing exceptional and sensitive situations, and increase the availability of psychological support services for grieving families. Future research should build on the presented findings by conducting larger-scale studies to verify and expand upon the case study, including well-defined outcome measures to assess the efficacy of the provided care.

Opieka nad ciężarną i położnicą z wewnątrzmacicznym obumarciem płodu w ciąży donoszonej

WPROWADZENIE

Śmierć dziecka w łonie matki odwraca naturalny porządek życia, zgodnie z którym ludzie rodzą się, starzeją i umierają [1]. Kobieta, która wyobrażała sobie siebie w roli przyszłej matki, zmuszona jest skonfrontować się z głęboką stratą [2]. Zgodnie z najnowszymi danymi UNICEF, w 2021 roku na całym świecie odnotowano 1 884 935 przypadków martwego urodzenia, chociaż rzeczywista liczba może być wyższa z powodu braku systematycznego gromadzenia danych [3,4]. Jednak według danych z 2023 roku opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, w Polsce 918 kobiet doświadczyło straty nienarodzonego dziecka [5]. Statystyki te ilustrują skalę problemu, podkreślając potrzebę głębszego zrozumienia kwestii związanych ze stratą.

Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu jest definiowane jako zdarzenie położnicze, w którym śmierć płodu następuje przed narodzinami, niezależnie od czasu trwania ciąży. Po porodzie nie obserwuje się żadnych oznak życia u noworodka, takich jak oddychanie, bicie serca, tętnienie pępowiny czy wyraźne dobrowolne ruchy [6,7].

Etiologia tego zjawiska jest złożona i można ją podzielić na trzy główne grupy czynników: matczyne, płodowe i łożyskowe. Wśród czynników matczynych wyróżnia się choroby przewlekłe, takie jak nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, a także wady macicy, zaburzenia krzepnięcia, otyłość, infekcje oraz zaawansowany wiek matki [6,8]. Dominujące wśród czynników płodowych są wady genetyczne i rozwojowe, takie jak zespół Downa (31%), zespół Turnera (22%), zespół Edwardsa (22%) oraz zespół Patau

(8%) [8]. Dodatkowe ryzyko stanowią zahamowanie wzrostu płodu oraz infekcje wewnątrzmaciczne. Czynniki łożyskowymi są przedwczesne odklejenie łożyska, nieprawidłowe zagnieżdżenie, niewydolność łożyska i wady pępowiny. Komplikacje związane z pępowiną są stosunkowo powszechne i zazwyczaj nie mają negatywnego wpływu na dobrostan płodu; jednak w obecności wad strukturalnych, takich jak węzły prawdziwe, ryzyko hipoksji znacznie wzrasta [6,8]. Zgodnie z dostępnymi badaniami, anomalie pępowiny i łożyska należą do głównych przyczyn śmierci płodu w zaawansowanej ciąży. Jest to jednak tylko część problemu, ponieważ wiele przypadków martwego urodzenia pozostaje niewyjaśnionych pomimo szczegółowych starań diagnostycznych [9]. Brak standaryzowanych protokołów oceny i malejąca liczba sekcji zwłok znacznie utrudniają identyfikację przyczyn, stanowiąc wyzwanie dla opracowania skutecznych środków zapobiegawczych [8,9].

W kontekście tych wyzwań ważne jest prawidłowe potwierdzenie śmierci płodu, które powinno obejmować próbę wykrycia czynności serca płodu za pomocą kardiotokografii lub detektora tętna płodu oraz wykonanie badania ultrasonograficznego. Jednocześnie należy uwzględnić subiektywne odczucia ciężarnej, takie jak brak ruchów płodu [7]. Warto jednak zauważyć, że ruchy bierne nadal mogą występować pomimo obumarcia płodu [10]. W takich sytuacjach należy zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie powikłaniom, w tym koagulopatii, która może prowadzić do rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) [7]. Aby zapewnić kobiecie

bezpieczeństwo, zaleca się poród drogą pochwową, poprzedzony indukcją porodu, w celu zminimalizowania ryzyka związanego z postępowaniem wyczekującym. W wybranych przypadkach, gdy poród pochwowy nie jest możliwy, można rozważyć wykonanie cięcia cesarskiego [7, 10].

Niezależnie od metody zastosowanej do zakończenia ciąży, utrata dziecka głęboko wpływa na rodziców na poziomie emocjonalnym, fizycznym i społecznym [10]. Doświadczenie straty w każdej rodzinie jest wyjątkowe i wymaga zindywidualizowanej opieki, aby zaspokoić potrzeby emocjonalne i wspierać ich w procesie żałoby. Towarzyszące temu emocje mogą wpływać na relacje rodzinne, prowadząc do nadopiekuńczości lub emocjonalnego wycofania wobec starszych dzieci, a także na perspektywę przyszłego macierzyństwa [11, 12]. Skutki obejmują zwiększone ryzyko zaburzeń afektywnych, takich jak depresja poporodowa, zaburzenia lękowe i zespół stresu pourazowego, a także wyzwania związane z postrzeganiem ciała, zaburzeniami snu i zmniejszonym apetytem [2, 13]. Często obserwuje się również nadmierne obwinianie się, poczucie porażki i nierealistyczne przekonanie, że tragedii można było zapobiec [14, 15].

W tym kontekście badanie opublikowane w 2023 r. podkreśla znaczenie zapewnienia wsparcia psychologicznego zarówno kobietom, jak i położnym, a także potrzebę programów szkoleniowych mających na celu rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i umiejętności radzenia sobie ze stresem [16]. Uwzględnienie takich tematów w programach edukacyjnych mogłoby znacznie poprawić standard zindywidualizowanej opieki w trudnych sytuacjach. Dalsze badania powinny koncentrować się na ulepszaniu narzędzi komunikacyjnych w celu wspierania współczujących interakcji między personelem medycznym a pacjentami [17]. Zagadnienia związane ze śmiercią płodu pozostają tematem marginalizowanym w polityce zdrowia publicznego, co podkreśla potrzebę podjęcia pilnych działań. Rozwój badań oraz wdrażanie kompleksowych planów opieki mogą pomóc zapewnić kobietom i rodzinom pełne, współczujące wsparcie, którego potrzebują, aby poradzić sobie z tym bolesnym doświadczeniem [1].

CEL PRACY

Celem niniejszego artykułu jest udokumentowanie i przedstawienie planu opieki nad kobietą w ciąży i po porodzie, która doświadczyła wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, w oparciu o indywidualne studium przypadku, przy uwzględnieniu faktu, że taka opieka nie jest obecnie ujęta w katalogu położniczych diagnoz pielęgnarskich ICNP.

MATERIAŁ I METODY

W niniejszym artykule zastosowano jakościową metodologię badawczą „studium przypadku”, obejmującą szczegółową analizę i ocenę stanu położniczego i klinicznego pacjentki [18]. Badanie przeprowadzono we wrześniu 2024 roku. Przed jego rozpoczęciem uzyskano świadomą zgodę na udział i dostęp do dokumentacji medycznej pacjentki. Wszystkie procedury zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w Deklaracji

Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) i zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (nr NKBBN/409/2024) dla badań z udziałem ludzi. Opis przypadku został przygotowany w oparciu o wytyczne CARE, zapewniając dokładność i zgodność z obowiązującymi standardami raportowania [19]. W badaniu zastosowano metody jakościowe, obejmujące wywiad częściowo ustrukturyzowany, wywiad pogłębiony, obserwację oraz analizę dokumentacji medycznej. Wywiad częściowo ustrukturyzowany pozwolił na zebranie danych klinicznych istotnych dla procesu leczenia, w tym historii położniczej, przebytych chorób, operacji, farmakoterapii, chorób przewlekłych, alergii oraz stylu życia pacjentki. Stan psychiczny oceniono przy użyciu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) w celu identyfikacji ryzyka depresji poporodowej. Wywiad pogłębiony umożliwił lepsze zrozumienie doświadczeń, emocji, subiektywnych odczuć oraz potrzeb pacjentki. Uzupełnieniem badania była obserwacja, która stanowiła dodatkową ocenę stanu biopsychospołecznego pacjentki. Analiza dokumentacji medycznej obejmowała informacje dotyczące przebiegu ciąży, stosowanych leków, przebytych infekcji i wykonanych procedur, a także weryfikację danych uzyskanych podczas wywiadu. Zastosowanie klinicznych wskaźników pielęgnarskich C-HOBIC umożliwiło kompleksowe i standaryzowane zrozumienie potrzeb zdrowotnych kobiety doświadczającej martwego porodu. Podejście to zapewniło obiektywną ocenę jej stanu psychofizycznego, zwłaszcza w zakresie radzenia sobie z sytuacją i odzyskiwania niezależności [20]. Plany opieki zostały opracowane przy użyciu terminologii referencyjnej dostarczonej przez internetowe narzędzie ICNP® Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [21]. To ustandaryzowany system służący do kodowania diagnoz, interwencji i wyników opieki pielęgnarskiej. Opiera się na modelu siedmiu osi, obejmującym: przedmiot opieki, ocenę, środki, działanie, lokalizację, pacjenta oraz czas. Struktura ta umożliwia systematyczną klasyfikację elementów opieki pielęgnarskiej, zapewniając spójność w dokumentacji i praktyce klinicznej. Wybór ICNP® wynika z jego wszechstronności i zdolności do standaryzacji procesu opieki, co jest szczególnie ważne w kontekście dokumentacji medycznej i wdrażania zindywidualizowanego podejścia do opieki nad pacjentem. Ponadto ICNP® została zintegrowana z rodziną międzynarodowych klasyfikacji WHO (WHO-FIC), która wspiera wymianę danych, komunikację i porównania w ramach systemów opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym. Jego dostosowanie do międzynarodowych standardów i integracja z systemami pielęgnarskimi promują interdyscyplinarną współpracę i lepsze zrozumienie potrzeb pacjentów. Obecnie katalog ICNP® nie zawiera specyficznych położniczych diagnoz pielęgnarskich związanych z opieką nad kobietami doświadczającymi wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. W związku z tym proponujemy adaptację systemu klasyfikacji poprzez identyfikację kluczowych diagnoz pielęgnarskich, interwencji oraz oczekiwanych wyników adekwatnych do tego obszaru opieki. Opracowanie dedykowanego katalogu opisów mogłoby przyczynić się do większego uznania i standaryzacji opieki nad kobietami po stracie dziecka w praktyce pielęgnarskiej.

Opis przypadku

Pacjentka to 32-letnia kobieta, ciąża – 2, poród – 2, tydzień ciąży 38, mieszkająca w niewielkiej miejscowości z mężem i 7-letnim synem. Pacjentka zgłosiła się na oddział ratunkowy zaniepokojona brakiem ruchów płodu. Położna, używając ultradetektora tętna (UDT), nie mogła usłyszeć akcji serca płodu. W rezultacie natychmiast poinformowała lekarza dyżurnego, który wykonał badanie ultrasonograficzne (USG). Po dokonaniu oceny, wezwano drugiego lekarza i wspólnie potwierdzili obumarcie płodu. Diagnoza wywołała u pacjentki silne emocje, w tym rozpacz, bezradność i niedowierzanie. Zapewniono jej empatyczne wsparcie emocjonalne, dając jej czas na pogodzenie się z diagnozą przed otrzymaniem szczegółowych wyjaśnień.

Po potwierdzeniu diagnozy pacjentka została przyjęta na Oddział Położniczo-Ginekologiczny. Przyjęcie odbyło się zgodnie z zasadą izolacji, określoną w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756), który stanowi, że „kobiety w sytuacji, o której mowa w ust. 1, w miarę możliwości, nie powinny być umieszczane w tej samej sali z kobietami w okresie ciąży lub porodu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka” [22].

Przeprowadzono wywiad z pacjentką, który wykazał, że jej historia położnicza obejmowała jedną wcześniejszą ciążę zakończoną porodem naturalnym bez powikłań, a noworodek, urodzony o czasie z masą urodzeniową 4090 g, został oceniony w stanie dobrym według skali Apgar. Podczas drugiej ciąży pacjentka była objęta opieką w poradni położniczo-ginekologicznej od 8. tygodnia ciąży. W tym czasie odnotowano krwawienie z pochwy, które leczono dydrogesteronem w dawce 10 mg (2x1 dziennie) oraz drotaweryną w dawce 40 mg (3x1 dziennie). W 36 tygodniu ciąży pacjentka zgłosiła ból podbrzusza, w związku z którym przepisano progesteron w dawce 100 mg (2x1 dziennie) i kontynuowano podawanie drotaweryny w dawce 40 mg (2x1 dziennie). Ze względu na utrzymujący się niski poziom hemoglobiny wprowadzono suplementację żelaza w dawce 80 mg (2x1 dziennie). Ciężarna nie zgłaszała żadnych chorób współistniejących ani obciążeń genetycznych w rodzinie.

Po rozmowie udzielono informacji dotyczących dalszego postępowania, wspierając pacjentkę w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących porodu i okresu poporodowego. Zlecono badania laboratoryjne, w tym morfologię krwi i markery krzepnięcia, które potwierdziły stabilność stanu ogólnego pacjentki. Parametry stanu ogólnego były regularnie monitorowane (Tab. 1). Farmakologiczną preindukcję porodu rozpoczęto od dopochwowego podania mizoprostolu w dawce 25 µg, a kilka godzin później dożylnego wlewu oksytocyny w dawce 10 j.m./500 ml NaCl.

Poród rozpoczął się regularnymi skurczami macicy prowadzącymi do stopniowego rozwierania szyjki macicy. Pacjentkę wspierano niefarmakologicznymi metodami łagodzenia bólu, takimi jak pozycje wertykalne, ciepłe okłady, aktywność fizyczna i immersja wodna. Podczas porodu pacjentka zgłaszała nasilający się ból. W celu złagodzenia dyskomfortu, podano wziewnie podtlenek azotu. Obecność męża na sali porodowej zapewniła jej znaczące

wsparcie emocjonalne. Trzy godziny po rozpoczęciu regularnych skurczów macicy, przy zachowaniu ochrony krocza, urodził się noworodek płci żeńskiej, ważący 2900 g i mierzący 54 cm, w obecności zabarwionego krwią płynu owodniowego. Pępowina było trzykrotnie owinięta wokół lewego uda. Noworodek nie wykazywał oznak życia, a jego ciało posiadało cechy maceracji. Zgodnie z procedurami medycznymi założono opaski identyfikacyjne, zaciśnięto i przecięto pępowinę, a dziecko delikatnie osuszono, ubrano i przykryto kocykiem.

Dziesięć minut po porodzie doszło do urodzenia niekompletnego łożyska, co wymagało wyłuszczenia jamy macicy. W ramach profilaktyki krwotoku podano dożylnie 5 j.m. oksytocyny i 0,2 mg metylergometryny domięśniowo. W celu zidentyfikowania potencjalnych przyczyn wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, pobrano próbki pępowiny, błon owodniowych i łożyska do badania histopatologicznego. Zidentyfikowano pęknięcie krocza pierwszego stopnia i zaopatrzone je za pomocą szwów. Utratę krwi oszacowano na 250 ml. Pacjentka wyraziła chęć zobaczenia i przytulenia swojej córki. Rodzicom zapewniono prywatny czas na pożegnanie się z dzieckiem, z możliwością wykonania pamiątkowych zdjęć oraz odcisków dłoni i stóp. Działania te miały na celu zmniejszenie lęku separacyjnego i pomoc w zaakceptowaniu straty.

Po dwóch godzinach obserwacji pacjentka została przeniesiona na oddział, gdzie zapewniono jej prywatny pokój, odizolowany od innych matek i ich dzieci, aby zminimalizować stres. Po porodzie pacjentka wykazywała objawy znacznego obniżenia nastroju i trudności w radzeniu sobie z emocjami. Zaproponowano rozmowę z psychologiem. Przeprowadzono ocenę stanu emocjonalnego przy użyciu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS), uzyskując wynik 15 punktów, wskazujący na zwiększone ryzyko depresji poporodowej. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, pacjentka została poinformowana o wynikach i skierowana na konsultację psychologiczną oraz psychiatryczną po wypisaniu ze szpitala, w celu dalszej diagnostyki i ewentualnego rozpoczęcia leczenia.

Stan ogólny pacjentki pozostawał stabilny, macica obkurczała się prawidłowo, a krwawienie z pochwy mieściło się w granicach normy. Zalecono również farmakologiczne zahamowanie laktacji za pomocą bromokryptyny w dawce 2,5 mg (2x1 dziennie), aby zapobiec trudnościom fizycznym i dyskomfortowi emocjonalnemu. W celu zmniejszenia ryzyka infekcji podano dożylnie 2 g cefazoliny. W wyniku wyczerpania emocjonalnego, osłabienia fizycznego oraz obniżonej motywacji po porodzie, pacjentka wykazywała trudności w samoopiece, w tym problemy z kąpielą oraz higieną osobistą. W odpowiedzi na jej potrzeby zapewniono wsparcie w wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych, dostosowane do jej stanu oraz możliwości, aby zwiększyć komfort oraz ułatwić proces rekonwalescencji. Ze względu na osłabienie i ból podano dożylnie 1 g paracetamolu. Z uwagi na niezgodność w układzie Rh podano 300 µg immunoglobuliny anty-Rh(D). Pacjentka zgłaszała trudności ze snem i narastające napięcie emocjonalne. W celu złagodzenia tych objawów i poprawy jakości snu podano doustnie 5 mg diazepamu. Podjęto działania wspierające rodzinę, zapewniając

Opieka nad ciężarną i położnicą z wewnątrzmacicznym obumarciem płodu w ciąży donoszonej

dostęp do informacji o lokalnych organizacjach pomagających rodzicom po stracie oraz dostępnych opcjach dalszego wsparcia psychologicznego. Pacjentka otrzymała również szczegółowe informacje na temat przysługujących jej praw.

Pacjentka została wypisana do domu w drugiej dobie po porodzie z zaleceniami kontynuacji farmakoterapii, w tym bromokryptyną w dawce 2,5 mg (2x1 przez 4 dni), hydroksyzyną w dawce 10 mg (2x1 dziennie) i diazepamem w dawce 2 mg (przed snem) oraz dalszej opieki psychologicznej. Po powrocie do domu, zdecydowała się na wizytę u psychiatry i rozpoczęcie psychoterapii.

■ Tab. 1. Pomiary ciśnienia tętniczego pacjentki w trakcie hospitalizacji

Czas	Ciepłota krwi (BP)	Tętno (HR)	Temperatura ciała (°C)
Przyjęcie na oddział	135/70 mmHg	100/min	36,7°C
I okres porodu	130/80 mmHg	90/min	36,7°C
II okres porodu	120/80mmHg	85/min	36,6°C
Po porodzie	110/70mmHg	80/min	36,8°C
Pierwsza doba po porodzie	120/75mmHg	85/min	36,8°C
Droga doba po porodzie	120/80mmHg	85/min	36,7°C

Plan opieki

Stan pacjentki oceniono za pomocą skali oceny stanu funkcjonalnego (ADL) według terminologii C-HOBIC (Tab. 2) oraz skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (IADL) (Tab. 3). Analiza dokumentacji medycznej i rozmowy z pacjentką umożliwiły opracowanie zindywidualizowanego planu opieki zgodnego z klasyfikacją ICNP®, skoncentrowanego na wspieraniu jej dobrostanu psychicznego i fizycznego (Tab. 4).

■ Tab. 2. Ocena statusu funkcjonalnego (skala ADL)

Zmienna C- HOBIC	Liczba punktów	Diagnoza według ICNP
Kąpanie	1	zaburzona zdolność kąpania się [1000956]
Higiena osobista	1	zaburzona zdolność wykonania higieny osobistej [1000987]
Chodzenie	0	zdolny/a do chodzenia [10028333]
Przemieszczanie się do toalety	0	zdolny/a do przemieszczania się [10028322]
Korzystanie z toalety	0	zdolny/a do samodzielnego korzystania z toalety [10028314]
Mobilność w łóżku	0	zdolny/a do mobilności w łóżku [10029240]
Jedzenie	0	zdolny/a do samodzielnego jedzenia [10028253]

■ Tab. 3. Ocena podstawowych aktywności dnia codziennego (skala IADL)

Zmienna C- HOBIC	Liczba punktów	Diagnoza według ICNP
Przygotowanie posiłku	0	Zdolna do przygotowania posiłku - 1003013
Prace domowe	1	Zaburzone prowadzenie domu - 10000925
Zarządzanie finansami	0	Zdolna do zarządzania finansami - 10034547
Zarządzanie lekiem	0	Zdolność zarządzania reżimem leku - 10029272
Używanie telefonu	0	Zdolność komunikowania - 10025025
Zakupy	0	Zdolny/a do robienia zakupów - 10034575
Środki transportu	0	Dostęp do środków transportu - 10041310

■ Tab. 4. Plan opieki

Diagnoza 1 – Rozpacz [10047056]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Ocena potrzeb [10033368]	Pielęgniarka [10013333]
Towarzyszenie pacjentowi [10042613]	Technika uspokajania [10003839]
Dodawanie otuchy [10016480]	Usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Utrzymywanie godności i prywatności [10011527]	
Trzymanie za rękę [10008642]	
Ułatwianie korzystania ze zdolności do rozmowy o procesie umierania [10026265]	
Rozmowa [10019436]	
Wynik: Zmniejszona rozpacz [10047444]	
Diagnoza 2 – Brak wiedzy o reżimie leczenia [10021925]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Informowanie o hospitalizacji [10042480]	Pielęgniarka [10013333]
Nauczanie o procedurze [10044651]	Usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Nauczanie o porodzie [10045407]	Materiał do czytania [10016433]
Wyjaśnianie praw pacjenta [10007391]	
Ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205]	
Wynik: Wiedza o reżimie leczenia [10025733]	
Diagnoza 3 – Ból porodowy [10011088]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Ocenianie kontroli bólu [10002710]	Pielęgniarka [10013333]
Nauczanie techniki relaksacyjnej [10038699]	Okład rozgrzewający [10009167]
Nauczanie technik oddechowych [10039213]	Prysznic [10018084]
Zastosowanie okładu rozgrzewającego [10039617]	Lek [10011866]
Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]	
Monitorowanie bólu [10038929]	
Wynik: Zredukowany ból [10027917]	
Diagnoza 4 – Niepokój przed rozstaniem [10017880]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Promowanie więzi opiekuna z dzieckiem [10035342]	Pielęgniarka [10013333]
Wspieranie w procesie podejmowania decyzji [10024589]	Usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Promowanie wsparcia rodziny [10036078]	Członek rodziny [10007596]
Utrzymywanie godności i prywatności [10011527]	
Ułatwianie komunikowania uczuć [10026616]	
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	
Wynik: Zredukowany strach [10027889]	
Diagnoza 5 - Ryzyko komplikacji poporodowych [10023256]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Identyfikowanie ryzyka krwotoku [10009696]	Pielęgniarka [10013333]
Zarządzanie krwawieniem z pochwy [10045430]	Lek [10011866]
Administrowanie lekiem [10025444]	Pulsoksymetr [10032551]
Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052]	Urządzenie monitorujące [10012177]
Monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10032047]	
Wynik: Zarządzanie krwawieniem z pochwy [10045430]	
Diagnoza 6 - Risk For Infection [10015133]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203]	Pielęgniarka [10013333]
Pobieranie próbki krwi żyłnej [10044633]	Próbka krwi żyłnej [10044596]
Monitorowanie oznak życiowych [10032113]	Antybiotyk [10002383]
Używanie techniki aseptycznej [10041784]	Urządzenie monitorujące [10012177]
Administrowanie antybiotykiem [10030383]	
Nauczanie o pielęgnacji poporodowej [10045385]	
Wynik: Bez infekcji [10028945]	

■ cont. Tab. 4. Plan opieki

Diagnoza 7 - Deficyt samoopieki [10023410]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Implementacja pielęgnacji poporodowej [10045371]	Pielęgniarka [10013333]
Asystowanie w higienie [10030821]	Narzędzie do oceny [10002832]
Asystowanie w samoopiece [10035763]	Prysznic [10018084]
Implementacja pielęgnacji zapewniającej komfort [10039705]	
Pielęgnacja krocza [10045154]	
Promowanie mobilności fizycznej [10037379]	
Promowanie poczucia własnej wartości [10024455]	
Wynik: Zdolna do wykonywania higieny [10028708]	
Diagnoza 8 – Obrzmienie piersi [10029728]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Nauczanie o pielęgnacji piersi w okresie poporodowym [10032885]	Pielęgniarka [10013333]
Administrowanie lekiem [10025444]	Lek [10011866]
Nauczanie o efektach ubocznych leku [10044614]	
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	
Wynik: Efektywna odpowiedź na lek [10028670]	
Diagnoza 9 - Zaburzony sen [10027226]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Ocenianie snu [10036764]	Pielęgniarka [10013333]
Ocenianie niepokoju [10041745]	Lek [10011866]
Wykorzystywanie techniki relaksacyjnej [10044992]	
Zachęcanie do odpoczynku [10041415]	
Administrowanie lekiem [10025444]	
Wynik: Adekwatny sen [10024930]	
Diagnoza 10 – Nastroj depresyjny po porodzie [10029771]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Ocenianie nastroju depresyjnego [10026055]	Pielęgniarka [10013333]
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	Narzędzie do oceny [10002832]
Ułatwianie komunikowania uczuć [10026616]	Zespół wielospecjalistyczny [10039400]
Skrining depresji [10045022]	Usługa pomocy zdrowotnej [10046166]
Współdziałanie z zespołem wielospecjalistycznym interdyscyplinarnym [10039416]	Kwestionariusz [10016229]
Poradnictwo dla pacjenta [10031062]	
Wynik: Zmniejszony nastrój depresyjny [10027901]	
Diagnoza 11 - Risk For Impaired Family Coping [10032364]	
Interwencje (IC)	Narzędzia (M)
Ocenianie potrzeb [10033368]	Pielęgniarka [10013333]
Monitorowanie w kierunku zaburzonego radzenia sobie rodziny [10032068]	Narzędzie do oceny [10002832]
Zapewnienie rodzinie wytycznych dotyczących przyszłości [10026375]	Usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Wspieranie rodziny w procesie żałoby [10026470]	Usługa pomocy zdrowotnej [10046166]
Kierowanie na terapię rodzinną [10024536]	Terapia rodzinna [10007667]
Planowanie terminu wizyty kontrolnej [10038741]	
Wynik: Efektywne radzenie sobie rodziny [10034770]	

DYSKUSJA

Opieka nad kobietą, która doświadczyła wewnątrzmacicznej śmierci dziecka, wymaga wrażliwego i szczególnego podejścia. Opieka ta powinna uwzględniać indywidualne potrzeby i oczekiwania kobiety, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. określającym standard organizacyjny opieki okołoporodowej. Dokument podkreśla istotną rolę personelu medycznego, którego podejście powinno cechować się szacunkiem, empatią i zaangażowaniem w świadomą komunikację [22].

W obliczu tak bolesnego doświadczenia niezbędne jest zapewnienie zindywidualizowanej opieki skoncentrowanej na holistycznym wsparciu, co stanowi poważne wyzwanie dla personelu medycznego. Opieka medyczna powinna oferować kompleksowe wsparcie, rozpoczynające się natychmiast po potwierdzeniu diagnozy i kontynuowane przez całą hospitalizację oraz w środowisku domowym [15]. Położna, która często jako pierwsza spotyka się z kobietą po otrzymaniu wiadomości o stracie, odgrywa kluczową rolę w łagodnym inicjowaniu procesu żałoby [1, 16, 17]. Badania wykazały, że uważność położnej na potrzeby emocjonalne rodzącej, wzmacnia u matki poczucie otrzymanej opieki, pomimo bólu i lęku związanego zarówno z powitaniem, jak i pożegnaniem noworodka [16].

Zgodnie z wytycznymi, kobiety powinny mieć możliwość pożegnania się z dzieckiem, jeśli wyrażą taką potrzebę. W przedstawionym planie opieki starano się zapewnić przestrzeń do budowania więzi z noworodkiem, co okazało się znaczące w rozpoczęciu procesu żałoby. Możliwość przytulenia córki i zwracania się do niej po imieniu pomogła pacjentce uznać stratę, złagodzić niepokój i spokojnie pożegnać się z dzieckiem. Polskie badanie potwierdza tę obserwację, wskazując, że kontakt z noworodkiem po porodzie pozytywnie wpłynął na proces żałoby u połowy respondentów [23]. Podobne wnioski przedstawiają inni autorzy, podkreślając, że czas spędzony z dzieckiem może pozytywnie wpływać na funkcjonowanie emocjonalne rodziców w dłuższej perspektywie [24]. Jednocześnie niektórzy badacze zauważają, że dowody dotyczące korzyści lub potencjalnych negatywnych skutków oglądania dziecka pozostają niejednoznaczne. Z tego powodu zaleca się zapewnienie rodzicom możliwości dokonania świadomego wyboru w tej kwestii [17].

Spersonalizowana opieka powinna opierać się na jasnej i wspólnie rozumianej komunikacji, z uwzględnieniem odpowiedniego tonu, zachowania i doboru słów. Wspólne podejmowanie decyzji i uznanie zarówno rodzicielstwa, jak i żałoby, dla kobiety i członków jej rodziny, są niezbędne [7]. Analgezja śródporodowa powinna być oferowana wszystkim kobietom doświadczającym martwego urodzenia, uznając ogromne obciążenie fizyczne i emocjonalne związane z porodem. Wysokie zapotrzebowanie na analgezję w tej grupie podkreśla potrzebę priorytetowego traktowania ich potrzeb w zakresie leczenia bólu [25]. Pacjentki powinny mieć zapewniony dostęp do wsparcia psychologicznego oraz możliwość konsultacji z przedstawicielem swojego wyznania, a także otrzymać wszystkie niezbędne informacje dotyczące swoich praw. Istotne jest

dbanie o intymność i odseparowanie od pacjentek ciężarnych lub w położu, aby zminimalizować stres i dyskomfort [7]. Rodzice powinni być również delikatnie prowadzeni przez opcje upamiętnienia ich dziecka, takie jak fotografia, odciski dłoni i stóp lub wybór imienia, aby uczcić pamięć o dziecku [10]. W literaturze sugeruje się, że proces pożegnania, wsparty takimi działaniami, pomaga rodzicom tworzyć trwałe wspomnienia [26]. Analizowany przypadek potwierdza, że otrzymane pamiątki, takie jak odciski dłoni i stóp, fotografia czy ubranka, odegrały istotną rolę zapobiegając mechanizmom wyparcia i wspierając pacjentkę w świadomej adaptacji do nowej rzeczywistości.

Warto jednak zauważyć, że podczas hospitalizacji nie przeprowadzono badań przesiewowych w kierunku PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), mimo że istniały ku temu wskazania. Można było użyć krótkiego i łatwego w użyciu narzędzia, takiego jak kwestionariusz PTSD-8 dla zaburzeń stresowych pourazowych [27]. Mimo że zastosowane skale są uniwersalne i powszechnie stosowane, nie odzwierciedlają w pełni wszystkich problemów i ograniczeń, z jakimi mogą spotkać się pacjenci. Przyszłe badania na szerszej kohorcie są niezbędne do walidacji i dostosowania tych wyników do bardziej zróżnicowanych kontekstów.

Jednym z ograniczeń tego badania jest brak systematycznych, wymiernych miar wyników w celu oceny skuteczności proponowanego planu opieki. W Polsce, zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) sprawuje opiekę nad kobietą w okresie położu, który trwa do 42. dnia po porodzie, oraz nad noworodkiem do ukończenia przez niego 2. miesiąca życia. W tym okresie położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) realizuje od 4 do 6 wizyt patronażowych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Pierwsza wizyta powinna odbyć się w ciągu 48 godzin od uzyskania informacji o powrocie matki z dzieckiem do domu. Warto jednak podkreślić, że obecny system finansowania zakłada, że wizyty patronażowe są rozliczane przez NFZ wyłącznie w odniesieniu do noworodka, natomiast opieka nad matką jest finansowana w ramach stawki kapitałowej. Oznacza to brak odrębnego finansowania dla wizyt ukierunkowanych wyłącznie na potrzeby kobiety po porodzie, w tym kobiet po stracie dziecka. Ograniczenia te utrudniają zapewnienie długofalowego wsparcia zarówno medycznego, jak i psychologicznego.

Wskazane jest zwrócenie uwagi na to, że stan emocjonalny kobiet po stracie jest dodatkowo obciążony dyskomfortem fizycznym związanym z laktacją, takim jak obrzmienie i tkliwość piersi. Podkreśla to konieczność zapewnienia kompleksowego wsparcia poporodowego, obejmującego opiekę środowiskową położnej oraz konsultację lekarską, aby skutecznie zadbać zarówno o aspekty psychiczne, jak i fizyczne zdrowia pacjentki. Obecne regulacje nakładają na położne obowiązek oceny stanu psychicznego kobiety, jednak jest on realizowany jedynie do 42. dnia po porodzie. W przypadku kobiet po porodzie martwym ten okres może być niewystarczający, co sprawia, że często pozostają one bez dalszej opieki psychologicznej i medycznej. Obowiązujący system nie uwzględnia

specyficznych potrzeb tej grupy pacjentek, dlatego wydłużenie opieki położnych środowiskowych do 6 miesięcy po porodzie mogłoby znacząco poprawić wsparcie psychologiczne i ułatwić proces adaptacji. Takie rozwiązanie pozwoliłoby także na systematyczną ocenę stanu psychicznego pacjentek oraz wdrożenie skuteczniejszych działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Plan opieki przedstawiony w tym badaniu jest dostosowany do wyjątkowych okoliczności pojedynczego przypadku i może nie mieć uniwersalnego zastosowania we wszystkich środowiskach lub populacjach. Przyszłe badania mogłyby rozważyć włączenie dodatkowych narzędzi, takich jak Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która jest również częścią ram WHO-FIC. Mogłoby to zapewnić bardziej kompleksowy obraz potrzeb pacjenta, szczególnie w obszarach takich jak funkcjonowanie i udział w życiu społecznym, uzupełniając istniejące skale w celu uzyskania bardziej holistycznego podejścia do opieki.

Przedstawiony przypadek dostarcza cennych informacji na temat interdyscyplinarnego wsparcia, jakiego wymaga pacjent w tak specyficznej i trudnej sytuacji. Dalsze badania powinny mieć na celu systematyczną ocenę proponowanych interwencji przy użyciu wymierzonych miar wyników i ocen następczych w celu określenia ich skuteczności w różnych środowiskach i populacjach.

WNIOSKI

Wyniki badań podkreślają potrzebę współczującej, opartej na dowodach opieki, która zaspokaja wieloaspektowe potrzeby kobiet doświadczających tej głębokiej straty. Interdyscyplinarna współpraca jest niezbędna do zapewnienia kompleksowego wsparcia psychologicznego, zarówno podczas hospitalizacji, jak i po wypisie. Aby poprawić jakość opieki, instytucje opieki zdrowotnej powinny priorytetowo traktować rozwój umiejętności komunikacyjnych wśród personelu medycznego, organizować specjalistyczne szkolenia w zakresie zarządzania wyjątkowymi i wrażliwymi sytuacjami oraz zwiększać dostępność usług wsparcia psychologicznego dla rodzin pogrążonych w żałobie. Przyszłe badania powinny opierać się na tych ustaleniach, przeprowadzając badania na większą skalę w celu zweryfikowania i rozszerzenia wyników studium przypadku, w tym dobrze zdefiniowanych miar wyników w celu oceny skuteczności świadczonej opieki.

ORCID

Anna Kullas  <https://orcid.org/0009-0008-4575-3969>

Anna Weronika Szablewska  <https://orcid.org/0000-0001-8565-027X>

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

- Schmalfluss JM, Matsue RY, Ferraz L. Women with fetal death: nurses' care limitations. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(3):365-368. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
- Rymaszewska J, Szcześniak D, Cubala WJ, et al. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część III: Podejście do utraty ciąży i nieskutecznego leczenia niepłodności metodą in vitro. *Psychiatria Polska.* 2019; 53(2):277-292. <https://doi.org/10.12740/PP/104440>

3. CME Info – Child Mortality Estimates. <https://childmortality.org/profiles> [Accessed: 10.11.2024].
4. Gardosi J. Preventing stillbirth: risk factors, case reviews, care pathways. *Journal of perinatal medicine*. 2022; 50(6):639-641. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0272>
5. Główny Urząd Statystyczny. Baza danych. <https://dbw.stat.gov.pl/baza-danych> [Accessed: 10.11.2024].
6. Dera-Szymanowska A, Bręborowicz GH. Obumarcie płodu. [w:] Bręborowicz GH. Położnictwo i ginekologia. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020, s. 164-170.
7. Tabor E, Bień A. Poród martwego płodu i strata dziecka. [w:] Iwanowicz-Palus G, Bień A. Techniki położnicze i prowadzenie porodu. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2022, s. 586-599.
8. Management of stillbirth. ACOG Obstetric Care Consensus No. 10. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2020; 135:e110-e132. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003719>
9. Bonasoni MP, Muciaccia B, Pelligra CB, et al. Third trimester intrauterine fetal death: proposal for the assessment of the chronology of umbilical cord and placental thrombosis. *Int. J. Legal Med*. 2022; 136(3):705-711. <https://doi.org/10.1007/s00414-022-02784-3>
10. Burden C, Merriel A, Bakhbakhi D, et al. Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: An international consensus guideline. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2024; 50:1-41. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17844>
11. Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, et al. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(10):3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>
12. Donegan G, Noonan M, Bradshaw C. Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*. 2023;121:103673. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673>
13. Atkins B, Kindinger L, Mahindra MP, et al. Stillbirth: prevention and supportive bereavement care. *BMJ Med*. 2023; 2(1):e000262. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000262>
14. Gindrich P. A child's grief after the death of a sibling – a review of selected theoretical and empirical aspects. *POW*. 2020; 59(10):41-53. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.5972>
15. Bakhbakhi D, Burden C, Storey C, et al. Care following stillbirth in high-resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. *Semin. Fetal. Neonatal. Med*. 2017; 22(3):161-166. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.008>
16. Tataj-Puzyna U, Heland-Kurzak K, Sys D, et al. The Experiences of Midwives Who Attend Births by Women with Life-Limiting Fetal Conditions (LLFC): A Phenomenological Research Study. *Healthcare*. 2023; 11(11):1540. <https://doi.org/10.3390/healthcare11111540>
17. Peracchini M, Agostini A, D'Angelo A, et al. The psychological support for women who underwent a stillbirth during their pregnancy: the quality of midwifery care. *Riv. Psichiatr*. 2023;58(4):143-153. <https://doi.org/10.1708/4064.40476>
18. Lesińska-Sawicka M. Metoda case study w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis; 2009, s. 143.
19. CARE Checklist. The CARE Guidelines: Explanation and Elaboration Checklist. <https://www.care-statement.org/checklist>. [Accessed: 20.11.2024].
20. Kilańska D. Wskaźniki jakości opieki i ich wykorzystanie w praktyce. Zasady korzystania z narzędzi, ewaluacja i walidacja skal oceny statusu zdrowotnego. Łódź: Akredytowane Cent. Rozw. ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi; 2015, s. 1-10.
21. ICNP Browser. ICN – International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser> [Accessed: 20.11.2024].
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dz. U.* 2018 poz. 1756.
23. Mess E, Bartoszczyk I, Jerczak B, et al. Poród martwego dziecka. Sytuacja kobiety rodzącej w Polsce w świetle badania ankietowego. *Medycyna Paliatywna*. 2016; 8(4):182-185. <https://www.termedia.pl/Porod-martwego-dziecka-Sytuacja-kobiety-rodzacej-w-Polsce-w-swietle-badania-ankietowego,59,29610,1,0.html>
24. Kingdon C, Givens JL, O'Donnell E, et al. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth*. 2015; 42(3):206-218. <https://doi.org/10.1111/birt.12176>
25. Tsakiridis I, Giouleka S, Mamopoulos A, et al. Investigation and management of stillbirth: a descriptive review of major guidelines. *J. Perinat. Med*. 2022;50(6):796-813. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0403>
26. Persson M, Hildingsson I, Hultcrantz M, et al. Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. *PLoS One*. 2023; 18(8):e0289617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289617>
27. Mazur J, Kozakiewicz A, Porwit K, et al. Polska wersja kwestionariusza PTSD-8 w badaniach czterech grup zawodów medycznych. *Med. Pr.* 2024;75(1):45-56. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01465>

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
22.01.2025

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
23.03.2025

Translation/Tłumaczenie: Rob Garret, Anna Kullas