DOI: 10.12923/pielxxiw-2026-0043
© 2026 Author(s). This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution CC-BY 4.0 licence (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

A proposed obstetric care model for a patient experiencing recurrent miscarriages – a case report

Propozycja modelu opieki położniczej nad pacjentką z poronieniami nawracającymi – studium przypadku

Julia Bożena Wiczkowska[1,A-F,K], **Anna Weronika Szablewska**[1,A,F-G,J,L]

[1]Department of Obstetrics and Gynecological Nursing, Institute of Nursing and Midwifery, Medical University of Gdańsk, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Julia Bożena Wiczkowska
Department of Obstetrics and Gynecological Nursing, Institute of Nursing and Midwifery, Medical University of Gdańsk
Sklodowskiej-Curie 3 A, 80-210, Gdańsk, Polska
e-mail: j.wiczkowska@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

PROPOZYCJA MODELU OPIEKI POŁOŻNICZEJ NAD PACJENTKĄ Z PORONIENIAMI NAWRACAJĄCYMI – STUDIUM PRZYPADKU

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie modelu opieki położniczej nad pacjentką doświadczającą poronienia nawracającego, opartego na analizie przypadku, identyfikacji problemów pielęgnacyjnych oraz wdrożeniu interwencji zgodnych z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi.

Materiał i metody. Zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku. Dane uzyskano poprzez wywiad, obserwację pacjentki w warunkach oddziału oraz analizę dokumentacji medycznej. Do planowania opieki wykorzystano terminologię ICNP (*ang. International Classification for Nursing Practice*) oraz wskaźniki C-HOBIC. Model opieki opracowano na podstawie integracji wytycznych ESHRE (*ang. European Society of Human Reproduction and Embryology*), teorii adaptacyjnej Callisty Roy oraz klasyfikacji ICF (*ang. International Classification of Functioning, Disability and Health*), co umożliwiło wielowymiarową ocenę funkcjonowania pacjentki. Opis przypadku przygotowano zgodnie z wytycznymi CARE.

Wyniki. Zidentyfikowano istotne problemy pielęgnacyjne: ryzyko infekcji wewnątrzmacicznej, umiarkowane dolegliwości bólowe, obniżony nastrój oraz poczucie bezsilności. Pacjentka wymagała wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Realizacja planu opieki przyczyniła się do zmniejszenia dolegliwości, poprawy komfortu oraz zwiększenia poczucia bezpieczeństwa i zdolności do samoopieki.

Wnioski. Holistyczna opieka położnej, oparta na modelach adaptacyjnych i aktualnych wytycznych klinicznych, stanowi istotny element postępowania w poronieniach nawracających. Integracja ICNP, ICF i teorii Roy może wspierać standaryzację praktyki oraz stanowić podstawę do rozwoju zintegrowanej opieki około poronnej.

Słowa kluczowe: poronienie nawracające, opis przypadku, położna, modele pielęgniarstwa

ABSTRACT

A PROPOSED OBSTETRIC CARE MODEL FOR A PATIENT EXPERIENCING RECURRENT MISCARRIAGES – A CASE REPORT

Aim. The aim of the study was to present a model of obstetric care for patients experiencing recurrent miscarriage based on case analysis, the identification of nursing problems and the implementation of interventions aligned with current recommendations.

Material and methods. An individual case study was conducted. Data were obtained through interviews, patient observation and medical record analysis. ICNP (International Classification for Nursing Practice) terminology and C-HOBIC indicators supported care planning. The model was developed by integrating ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) guidelines, Callista Roy's adaptation theory and the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) classification, enabling multidimensional assessment. The case report followed CARE (for CAse REports) guidelines.

Results. Key nursing problems were identified: risk of intrauterine infection, moderate pain, depressive mood and feelings of helplessness. The patient required emotional and informational support. The implementation of the care plan reduced discomfort, improved comfort and increased sense of security as well as self-care ability.

Conclusions. Holistic midwifery care based on adaptive models and current guidelines is essential in managing recurrent miscarriages. Integration of the ICNP, ICF and Roy's theory may support practice standardisation and the development of integrated perinatal care. This approach strengthens coordinated patient-centred management in clinical practice.

Key words: recurrent miscarriage, case study, midwife, nursing model

INTRODUCTION

Recurrent pregnancy loss (RPL) is not defined uniformly and the criteria concerning the number and duration of losses vary between organisations and countries [1]. Clinical management of patients with RPL is focused on identifying potential causes of subsequent losses and assessing their risk in future pregnancies. Current guidelines from the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) recommend a targeted diagnostic evaluation, with treatment implemented only when there is reliable evidence of its effectiveness [1]. At the same time, it is emphasized that many commonly used interventions have limited scientific support, and the lack of consistent data makes it difficult to establish a uniform management algorithm, indicating the need for further research and standardisation of clinical practice.

Due to varying definitions in some cultures along with limited social acceptance, women often do not report miscarriages, and recurrent miscarriage is recognised and documented as a separate disease entity in only a few countries [2]. For this reason, the exact incidence of this phenomenon is unknown, but it is estimated to affect approximately 1-2% of women [3]. The risk of losing another pregnancy increases with the number of previous miscarriages by about 11% in nulliparous women and up to 40% after three or more losses [4]. The etiology of recurrent miscarriages is still not fully understood, but potential factors include genetic conditions, anatomical abnormalities, metabolic and endocrine disorders, antiphospholipid antibody syndrome, as well as environmental and immunological factors [5]. Despite the wide range of possible causes, in approximately 50% of cases, it is not possible to determine the exact underlying reason [6].

In addition to clinical aspects, the quality of perinatal care is of particular significance. The role of the midwife is crucial and requires not only competence but also a high level of empathy and emotional support skills. In an audit by the Supreme Audit Office (NIK) conducted in 2020, it was shown that the facilities included in the audit did not provide adequate care for patients who had miscarried [7]. Care for these women was often limited to necessary medical assistance and did not include psychological or educational support. These findings indicate a gap in practice and the need to develop consistent models of obstetric care.

The aim of this paper is to present a proposed model of obstetric care for patients with recurrent miscarriages based on a case study, to identify nursing problems and to propose interventions consistent with current clinical recommendations as well as patient needs.

MATERIAL AND METHODS

A qualitative case study research method was employed in the present study, involving an analysis of the patient's obstetric and clinical condition for the purpose of assessment and in-depth interpretation. The case report was prepared in accordance with CARE guidelines [8]. Data were obtained from three sources: an interview with the patient, observation of her functioning during hospitalisation, and analysis of her medical records. All research activities were conducted in accordance with the principles of the World Medical Association (WMA) – Declaration of Helsinki of 1964. Informed consent for participation in the study and access to medical documentation was obtained from the patient, as well as approval from the Bioethics Committee for Scientific Research at the Medical University of Gdańsk (Resolution No. KB/521/2025). In the section on the assessment of health needs and care planning, the terminology proposed by the International Classification for Nursing Practice (ICNP) of the International Council of Nurses was used [9]. The C-HOBIC indicators were applied to assess the outcomes and quality of care, enabling objective evaluation of changes in the patient's condition.

This article proposes a care model that is based on the integration of the ESHRE guidelines for the management of recurrent miscarriages with Callista Roy's Adaptation Model. This model was further expanded to incorporate the principles of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which provides a standardised, multidimensional framework for describing human functioning (Table 1). According to Roy's concept, the midwife's task is to support the patient's positive adaptation in four domains: physiological, emotional, social and spiritual [10]. Similarly, the ICF allows for structured assessment of the patient across four dimensions: body functions and structures, activities and participation, environmental factors, as well as personal factors (the latter of which, according to the classification, are not coded) [11]. The inclusion of the ICF in the proposed model enables a more comprehensive, comparable and objective description of the patient's functioning, thereby additionally facilitating precise care planning in other clinical cases. It can

Tab. 1. Care model created for purpose of study

Adaptation dimensions according to C. Roy [10]	Explanation of concepts referring to the patient	ESHRE Guidelines [1]	Components of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [11]
Physiological	Reactions to the pregnancy loss and treatment	Comprehensive diagnostics regarding cause of RPL, tailored to individual case; implementation of appropriate treatment	**Body functions (b)** and **body structures (s)**
Self-concept	The way in which, the patient perceives her physical and psychological self after loss	Individualised approach to patient and her health condition; clear and empathetic communication; access to educational materials; respect for patient and her family	**Personal factors**, but also mental functions (b1)
Role function	Functioning in family and social roles	Involving patient's family in treatment process (partner/ relatives); ensuring sense of support	**Activities and participation (d)**, but also environmental factors (e)
Interdependence	Maintaining relationships with other people	Providing psychological support, access to support groups and educational	**Environmental factors (e)**, but also activities and participation (d)

also be used to complement diagnoses based on the implemented ICNP classification to develop a care plan. The integration of the ICF, Roy's theory and ESHRE guidelines support the development of a model consistent with the principles of evidence-based medicine (EBM), promoting a holistic and multidimensional approach to patient care.

Case study

A 34-year-old female patient living in a rural area, in her fifth pregnancy and with no previous deliveries, presented to the hospital emergency department at 20 weeks' gestation due to suspected premature membrane rupture and lower abdominal pain. On admission, her vital signs were as follows: heart rate 99 beats/min, blood pressure 90/60 mmHg, oxygen saturation 100%, respiratory rate 16 breaths/min, and temperature 36.5°C. The patient weighed 65 kg and followed a normal diet. She denied alcohol use, smoking or intake of other stimulants. Her obstetric history was incomplete, as there was no information regarding the nature or duration of previous pregnancy losses, which prevented reliable assessment of her current reproductive prognosis.

The medical history revealed epilepsy, chronically treated with carbamazepine. The patient also reported taking Neoparin, Luteina, Magne B6 Forte, folic acid and the Femibion 2 vitamin supplement. She denied allergies or any family history of chronic diseases. No information was available regarding the course of the first pregnancy trimester. Two weeks prior to the described hospitalisation (at 18 weeks' gestation), she had undergone an emergency cervical cerclage. However, the indications for this procedure were not clearly described in the available documentation.

During the current hospitalisation, an ultrasound examination showed a single foetus in breech presentation, with a heart rate of approximately 170/min, premature rupture of membranes and oligohydramnios (AFI = 0). Laboratory tests revealed elevated CRP (29.80 mg/L), leucocytosis (16.68 × 10^3/μL), an increased absolute neutrophil count (14.35 ×10^3/μL) and elevated fibrinogen (5.54 g/L). A decreased percentage of lymphocytes (8.4%) was noted. The remaining laboratory values did not show any clinically significant abnormalities. No culture results were available, limiting the assessment of the inflammatory process.

Due to suspected intrauterine infection, the decision was made to remove the cerclage suture and induce abortion. The patient received two doses of 200 μg vaginal misoprostol (at 12:00 p.m. and 6:00 p.m.) and 2 g intravenous ampicillin. On account of the high risk of infection, an additional single oral dose of 1 g azithromycin was administered, followed by intravenous doxycycline at 100 mg given at 10:00 p.m. and 10:00 a.m. the next day. At 6:40 p.m., an intravenous infusion of oxytocin (5 units in 500 ml NaCl) was initiated. The patient's partner was present during her hospitalisation. As a result of the severe anxiety and difficulty in regulating emotions, 5 mg intravenous diazepam was administered. However, no psychological or psychiatric consultation was documented, although such support would have been warranted according to pregnancy loss management guidelines.

The gynaecological examination carried a t 7:15 p.m., revealed the presence of foetal parts (buttocks and feet) in the vagina. The patient was qualified for curettage of the uterine cavity and removal of the foetus. Following a short intravenous general anaesthetic, the foetus and afterbirth were removed and sent for histopathological examination. The examination results confirmed that it was a female foetus measuring 22 cm and weighing 240 g. No congenital anomalies were identified externally. Macroscopically, there was marked oedema of the intestinal villi with significant thickening of the vessel walls. The placenta was oval, 13 cm in diameter. The three-vessel umbilical cord measured 21 cm in length and up to 0.6 cm in diameter, with a pathological marginal insertion. Several old blood clots up to 7 cm in size, with granulocytic infiltrates, were adhered to the maternal surface. Focal villous agglutination and small calcifications were present within the placental plate. Early diffuse granulocytic infiltrates were observed in the maternal part of the placenta. Massive purulent and focal gangrenous inflammation of the foetal membranes was confirmed.

Following the procedure, the patient remained in good general state and was transferred to an observation room. She was mobilised at 10:00 p.m. and at midnight she received another 2 g of intravenous ampicillin. The next day, at 10:30 a.m., she was discharged in good general condition. She was prescribed amoxicillin with clavulanic acid

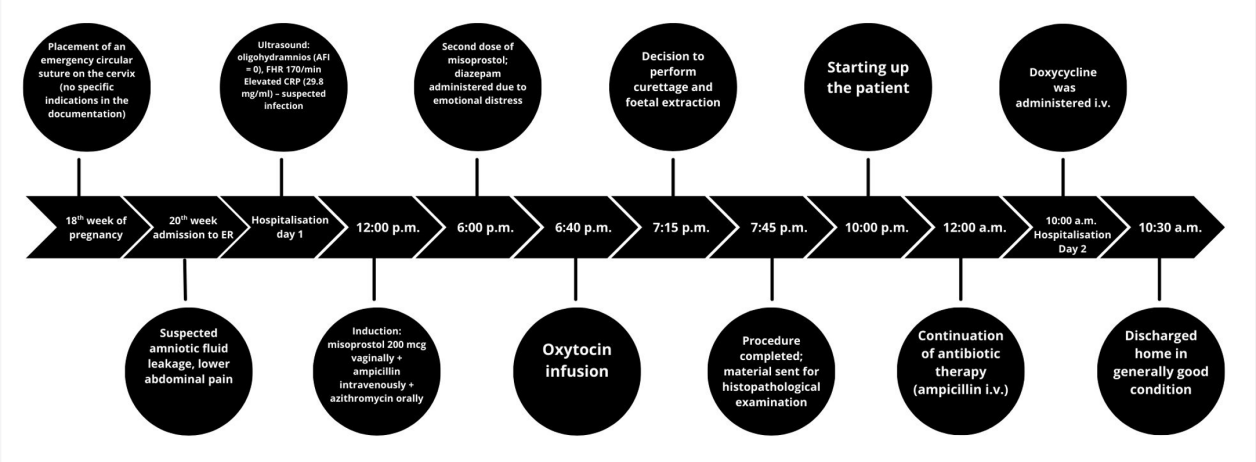


Fig. 1. Case timeline

(875 mg + 125 mg) twice daily for seven days and cabergoline (500 µg) half a tablet twice daily for two days. Recommendations included rest, maintaining proper personal hygiene preferably showering and monitoring body temperature as well as genital bleeding. The patient was referred for gynaecological consultation after the onset of menstruation. The documentation did not include a neurological consultation regarding management of epilepsy, nor information on access to psychological support. There was also no data on follow-up treatment, postpartum course or the patient's reproductive plans.

The patient consented to hospital burial of the foetal remains.

Care plan

The patient's condition was assessed using the Functional Status Assessment Scale (ADL) (Table 2) and the Pain Assessment Scale (Table 3), employing C-HOBIC terminology. Based on observations and interviews, an individualised nursing process was developed according to the ICNP classification (Table 4).

Tab. 2. Assessment of functional status (ADL scale) terminology for acute care

C-HOBIC variable	C-HOBIC code	Diagnosis according to ICNP
Bathing	0	Capable of bathing [10028224]
Personal Hygiene	1	Impaired ability to perform personal hygiene [10000987]
Walking	0	Ability to walk [10028333]
Transfer to toilet	0	Ability to transfer [10028322]
Toilet use	0	Ability to toilet self [10028314]
Bed mobility	0	Able to move in bed [10029240]
Eating	0	Ability to feed self [10028253]

Tab. 3. Pain assessment – pain terminology for acute care area

C HOBIC	Code C-HOBIC	Diagnosis according to ICNP
First identified pain symptom	2	Pain [10023130] + 2
If there is pain (1 or 2), then rate the degree of pain intensity	3	

Tab. 4. Individualised nursing process

Diagnosis 1 – Risk For Infection [10015133] (+ term from axis L: Intrauterine Route [10010779])	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Administering Antibiotic [10030383]	Nurse [10013333] Antibiotic [10002383] Assessment Tool [10002832] Aseptic Technique [10002639]
Monitoring Signs And Symptoms Of Infection [10012203]	
Use Aseptic Technique [10041784]	
Outcome – No Infection [10028945]	
Diagnosis 2 – Pain [10023130] (+ term from axis F: Cervical Dilation Pain [10004136])	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Monitoring Pain [10038929]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832] Positioning Technique [10014774] Bed Linen [10003175] Pillow [10014607] Health Education Service [10039459]
Implementing Comfort Care [10039705]	
Identifying Attitude Toward Pain [10009654]	
Teaching About Managing Pain [10019489]	
Outcome – Reduced Pain [10027917]	

cont. Tab. 4. Individualised nursing process

Diagnosis 3 – Powerlessness [10001578]	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Providing Emotional Support [10027051]	Nurse [10013333] Family Member [10007596] Community Service [10027359] Educational Service [10039459] Learning Material [10011251] Funeral Service [10008281]
Explaining Patient Right [10007391]	
Supporting Family Decision Making Process [10026462]	
Supporting Family Mourning Process [10026470]	
Outcome – Decreased Powerlessness [10027120]	
Diagnosis 4 – Depressed Mood [10022402]	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Assessing Depressed Mood [10026055]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832] Family Member [10007596] Community Service [10027359] Interprofessional Team [10039400] Health Aide Service [10046166] Learning Material [10011251]
Providing Emotional Support [10027051]	
Collaborating With Interprofessional Team [10039416]	
Counselling Patient [10031062]	
Accompanying Patient [10042613]	
Outcome – Depressed Mood [10022402]	
Diagnosis 5 – Vaginal Bleeding [10043930]	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Managing Vaginal Bleeding [10045430]	Draw Sheet [10006248] Nurse [10013333]
Teaching About Vaginal Hygiene [10043438]	
Promoting Hygiene [10032477]	
Outcome – Vaginal Bleeding [10043930]	
Diagnosis 6 – Risk For Impaired Family Coping [10032364]	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Supporting Family Coping Process [10032859]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832] Health Education Service [10039459] Health Aid Service [10046166]
Assessing Needs [10033368]	
Providing Family Anticipatory Guidance [10026375]	
Outcome – Effective Family Coping [10034770]	
Diagnosis 7 – Lack Of Knowledge [10000837]	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Assessing Knowledge [10033882]	Learning Material [10011251] Nurse [10013333] Health Education Service [10039459]
Teaching About Procedure [10044651]	
Teaching About Disease [10024116]	
Teaching About Symptom Control [10038080]	
Outcome – Adequate Knowledge [10027112]	
Diagnosis 8 – Seizure [10045668] (+ term from axis J: Potential for Risk [10017252])	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Administering Medication [10025444]	Nurse [10013333] Medication [10011866] Relaxation Technique [10016700]
Implementing Seizure Management Regime [1003727]	
Assessing Family Knowledge Of Disease [10030591]	
Use Relaxation Technique [10044992]	
Outcome – Seizure [10045668] (+ term from axis J: Potential for Risk [10017252])	

DISCUSSION

The described case allows to confirm that, despite the repetitive nature of RPL, clinical care remains inconsistent and is mainly focused on medical interventions, often neglecting the patient's informational and emotional needs [12]. The proposed model of care addresses this gap by integrating a biopsychosocial perspective and emphasizing the need to include elements of education, emotional support and continuity of care in a structured, rather than incidental manner.

The presented case of a patient with recurrent miscarriage illustrates the typical challenges of RPL described in the literature. It is estimated that in up to 50% of cases, the cause of pregnancy loss remains unexplained, which significantly limits treatment options and emphasizes the role of supportive and interdisciplinary care. This phenomenon has been widely described by Ford and Schust, who highlight the etiological complexity and lack of clear algorithms for the management of RPL [13].

In this case, medical treatment involving removal of the circular suture, pharmacological intervention and curettage of the uterine cavity was consistent with standard care for intrauterine infection. However, the lack of documented emotional support, patient education and a plan for further care after hospital discharge is noteworthy, aligning with findings from the Supreme Audit Office, which indicate systemic negligence in the care of women after pregnancy loss in Polish medical facilities [7]. Similar observations have been reported internationally. Farren et al. showed that pregnancy loss is associated with a high risk of depressive, anxiety and PTSD symptoms, which may persist for many months, while psychological support is often insufficient [14].

In more recent reviews, it is emphasized that women following RPL often feel abandoned by the healthcare system once medical interventions are ended, and that standards of care vary across centres and clinical organisations. In the analysis by Tureshev et al. (2023), the authors highlight the lack of consistent recommendations for long-term and psychosocial care [15].

According to the nursing perspective, this case reveals a significant gap in holistic care, which includes not only clinical interventions, but also patient education, family support and opportunities to build patient agency. In qualitative studies, it is indicated that midwives and nurses often do not feel prepared to work with couples post pregnancy loss, which may reduce the quality of support provided [16].

In this context, the care model proposed in this paper combining the C. Roy's Adaptation Model, the ESHRE guidelines and the ICF classification responds to the documented needs of patients with RPL. The model allows to take into account physiological (pain, risk of infection), psychological (loss of control, anxiety) and social (partner and family relationships) dimensions. In addition, research on the long-term consequences of pregnancy loss, it is indicated that emotional and educational support can reduce the risk of depressive disorders and improve the adaptation process [17].

This case has clear limitations, which are incomplete obstetric history and lack of follow-up nonetheless, it represents a typical example of the gap between medical and holistic care standards. The analysed documents contained inconsistencies, making it difficult to compile an accurate and linear account of events and care. This underscores the importance of effective communication among members of the therapeutic team, as well as the accuracy and commitment of each specialist. Properly maintained medical records are crucial in the context of clinically significant issues, such as recurrent miscarriage, which requires integrated and multidisciplinary management. Accurate documentation can facilitate diagnosis, support the treatment of underlying causes and contribute to a deeper understanding of the condition. The limitations of paper-based records, which rely on careful handwriting and restrict the number or length of observations, have also been noted. The implementation of a computerised system accessible to all team members could address these issues [18]. The study results highlight the need to implement integrated care models in which the midwife serves as a coordinator, ensuring continuity of clinical, psychological and educational support.

CONCLUSIONS

In the present case study, it has been indicated that care for patients with recurrent miscarriages should be based on a holistic approach, encompassing both clinical and psychosocial aspects. A lack of standardisation in procedures for informational and psychological support has been identified, emphasizing the need to develop consistent organisational solutions. The case study allows to demonstrated that medical intervention alone does not fully address the needs of patients with RPL. There is no clear plan of care before, during or after the loss. The proposed model organises these stages and emphasizes that care for patients with RPL should be a continuous process rather than a one-time procedure. This care model can serve as a framework for structuring activities in this area, but its effectiveness requires further evaluation in practice and research using objective outcome monitoring tools.

Propozycja modelu opieki położniczej nad pacjentką z poronieniami nawracającymi – studium przypadku

WPROWADZENIE

Poronienie nawracające lub poronienie nawykowe (*ang. Recurrent Pregnancy Loss, RPL*) nie jest definiowane w sposób jednolity, a kryteria liczby i czasu trwania strat różnią się między organizacjami i krajami [1]. Postępowanie kliniczne u pacjentek z RPL koncentruje się na identyfikacji potencjalnych przyczyn kolejnych strat oraz ocenie ryzyka w przyszłych ciążach. Aktualne wytyczne European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) rekomendują ukierunkowaną diagnostykę, przy czym leczenie powinno być wdrażane jedynie w sytuacjach, w których istnieją wiarygodne dowody jego skuteczności [1]. Jednocześnie podkreśla się, że wiele powszechnie stosowanych interwencji ma ograniczone podstawy naukowe, a brak spójnych danych utrudnia stworzenie jednolitego algorytmu postępowania, co wskazuje na konieczność dalszych badań oraz ujednolicenia praktyk klinicznych. Z powodu różnorodnych definicji oraz braku społecznej akceptacji w niektórych kulturach, kobiety często nie zgłaszają poronień, a ponadto tylko w nielicznych krajach poronienie nawracające jest traktowane i dokumentowane jako odrębna jednostka chorobowa [2]. Z tego powodu, dokładna częstość występowania tego zjawiska jest nieznana, jednak szacuje się, że dotyczy ono około 1-2% kobiet [3]. Ryzyko utraty kolejnej ciąży zwiększa się wraz z liczbą wcześniejszych poronień – o około 11% u nieródek i nawet do 40% po trzech lub więcej stratach [4]. Etiologia poronień nawracających jest nadal nie w pełni wyjaśniona; wśród potencjalnych czynników wymienia się uwarunkowania genetyczne, wady anatomiczne, zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne, zespół przeciwciał antyfosfolipidowych oraz czynniki środowiskowe i immunologiczne [5]. Pomimo szerokiego zakresu możliwych przyczyn, w około 50% przypadków nie udaje się ustalić jednoznacznego podłoża problemu [6].

Oprócz aspektów klinicznych, szczególne znaczenie ma jakość opieki okołoporonnej. Rola położnej jest tu bardzo istotna — wymaga nie tylko kompetencji, ale również wysokiego poziomu empatii i umiejętności wsparcia emocjonalnego. Kontrola Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w 2020 roku wykazała, że w objętych kontrolą placówkach, nie zapewniono odpowiedniej opieki nad pacjentkami, które poroniły [7]. Opieka nad kobietami często ograniczała się do udzielenia niezbędnej pomocy medycznej i nie obejmowała wsparcia psychologicznego czy edukacyjnego. Wyniki te wskazują na lukę w praktyce i potrzebę wypracowania spójnych modeli opieki położniczej. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie propozycji modelu opieki położniczej nad pacjentką z poronieniami nawracającymi w oparciu o analizę przypadku, zidentyfikowanie problemów pielęgnacyjnych oraz zaproponowanie działań zgodnych z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi i potrzebami pacjentek.

MATERIAŁ I METODY

W niniejszej pracy zastosowano jakościową metodę badawczą typu „case study" (studium indywidualnego przypadku), obejmującą analizę stanu położniczego i klinicznego pacjentki w celu jego oceny oraz pogłębionej interpretacji. Opis przypadku przygotowano zgodnie z wytycznymi CARE [8]. Dane pozyskano z trzech źródeł: wywiadu z pacjentką, obserwacji jej funkcjonowania podczas pobytu na oddziale oraz analizy dokumentacji medycznej. Wszystkie działania badawcze przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Uzyskano świadomą zgodę pacjentki na udział w badaniu oraz dostęp do dokumentacji medycznej, jak również zgodę Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (uchwała nr KB/521/2025). W części dotyczącej oceny potrzeb zdrowotnych i planowania opieki wykorzystano terminologię Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (International Classification for Nursing Practice, ICNP) Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [9]. Do oceny efektów i jakości opieki zastosowano wskaźniki C-HOBIC, co umożliwiło obiektywizację obserwowanych zmian w stanie pacjentki.

W pracy zaproponowano model opieki oparty na integracji wytycznych ESHRE dotyczących postępowania w przypadkach poronień nawracających z teorią adaptacyjną Callisty Roy. Model ten dodatkowo rozszerzono o założenia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*), dostarczającej standaryzowanego, wielowymiarowego opisu funkcjonowania człowieka (Tab. 1). Zgodnie z koncepcją Roy zadaniem położnej jest wspieranie pozytywnej adaptacji pacjentki w czterech sferach: fizjologicznej, emocjonalnej, społecznej i duchowej [10]. Podobnie ICF umożliwia uporządkowaną ocenę pacjentki w czterech wymiarach: funkcji i struktur ciała, aktywności i uczestniczenia, czynników środowiskowych oraz czynników osobowych (które, zgodnie z klasyfikacją, nie podlegają kodowaniu) [11]. Włączenie ICF do proponowanego modelu pozwala na uzyskanie bardziej kompleksowego, porównywalnego i obiektywnego obrazu funkcjonowania pacjentki, co sprzyja precyzyjnemu planowaniu opieki również w innych przypadkach klinicznych. Może stanowić także uzupełnienie diagnoz opartych na klasyfikacji ICNP, wykorzystanych do opracowania planu opieki. Integracja ICF, teorii Roy oraz wytycznych ESHRE umożliwia stworzenie modelu zgodnego z zasadami medycyny opartej na faktach (*evidence-based medicine, EBM*), co wspiera holistyczne, wielowymiarowe podejście do pacjentki.

Tab. 1. Model opieki stworzony na potrzeby pracy

Wymiary adaptacji według C. Roy [10]	Wyjaśnienie pojęć odnoszące się do pacjentki	Wytyczne ESHRE [1]	Składniki Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [11]
Fizjologiczny	Reakcje ciała na utratę ciąży i leczenie	Kompleksowa diagnostyka przyczyn RPL dostosowana do indywidualnego przypadku; zastosowanie odpowiedniego leczenia	**Funkcje ciała (b)** oraz **Struktury ciała (s)**
Koncepcja siebie	Sposób w jaki kobieta dostrzega siebie fizycznie – swoje ciało i psychicznie po stracie	Zachowanie indywidualnego podejścia do pacjentki i jej stanu zdrowia; przejrzysta, szczera i empatyczna komunikacja; dostęp do materiałów edukacyjnych; poszanowanie dla pacjentki i jej rodziny	**Czynniki osobowe** ale również Funkcje psychiczne (b1)
Role społeczne	Funkcjonowanie w rolach rodzinnych i społecznych	Włączenie rodziny pacjentki do procesu leczenia (partnera/ partnerki), zapewnienie poczucia sprawczości	**Aktywności i uczestniczenie (d)** ale również Czynniki środowiskowe (e)
Współzależność	Utrzymywanie relacji z innymi ludźmi	Zapewnienie wsparcia psychologicznego, dostępu do grup wsparcia i materiałów edukacyjnych; włączenie partnera/ partnerki w proces leczenia	**Czynniki środowiskowe (e)** ale również: Aktywności i uczestniczenie (d) oraz Czynniki osobowe

Opis przypadku

Pacjentka, 34-letnia kobieta zamieszkująca tereny wiejskie, w piątej ciąży i bez przebytych porodów, zgłosiła się w 20. tygodniu ciąży do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu podejrzenia przedwczesnego odpływania płynu owodniowego oraz bólu podbrzusza. Parametry przy przyjęciu: tętno miarowe 99 uderzeń/minutę, ciśnienie 90/60 , saturacja 100%, ilość oddechów:16 na minutę, temperatura 36,5°C. Masa ciała 65kg, stosuje dietę ogólną. Neguje spożywanie alkoholu, palenie papierosów oraz przyjmowanie używek. Wywiad położniczy był niepełny – brak informacji o charakterze i czasie trwania wcześniejszych strat ciąż, co uniemożliwia jednoznaczną ocenę dotychczasowego rokowania reprodukcyjnego.

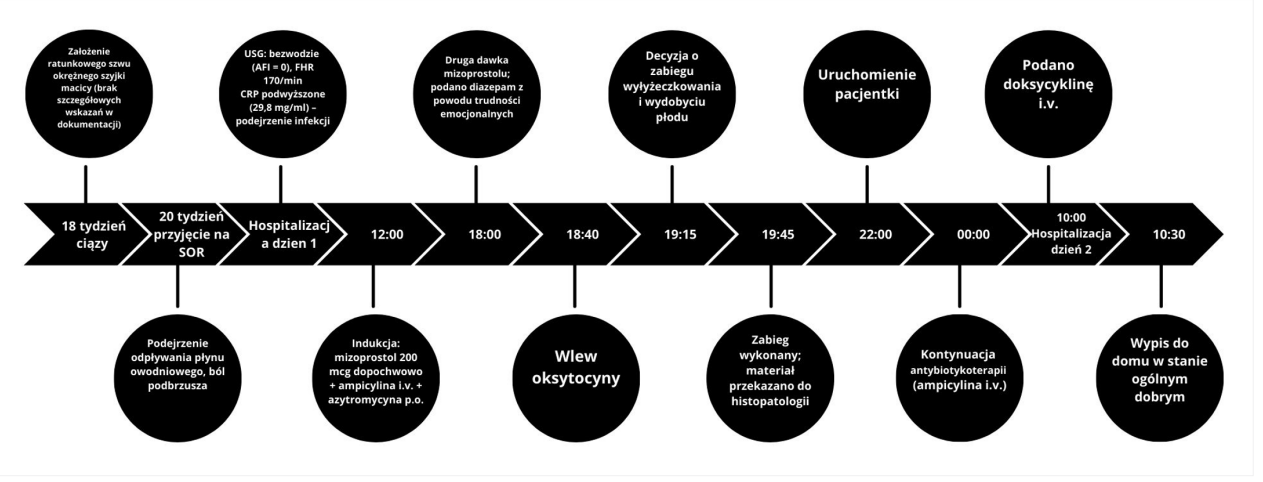
W wywiadzie chorobowym stwierdzono epilepsję, leczoną przewlekle karbamazepiną. Pacjentka przyjmowała także Neoparin, Luteinę, Magne B6 Forte, kwas foliowy oraz preparat witaminowy Femibion 2. Alergii oraz innych chorób przewlekłych i w rodzinie nie podaje. Nie odnotowano informacji o przebiegu pierwszego trymestru ciąży. Dwa tygodnie przed hospitalizacją, w 18. tygodniu ciąży, założono szew okrężny szyjki macicy w trybie ratunkowym; wskazania do zabiegu nie zostały szczegółowo opisane w dostępnej dokumentacji.

W badaniu ultrasonograficznym podczas obecnej hospitalizacji stwierdzono pojedynczy płód w położeniu miednicowym, z czynnością serca ok. 170/min, towarzyszące przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego oraz bezwodzie (AFI = 0). W badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższone stężenie CRP (29,80 mg/l), leukocytów (16,68 x10^3/μL), bezwzględnej liczby neutrocytów (14,35 x 10^3/μL) oraz fibrynogenu (5,54 g/l). Wykazano obniżoną wartość procentową limfocytów (8,4%). Reszta wyników bez istotnych odchyleń. Brak danych dotyczących wyników posiewów, co ogranicza możliwość pełnej oceny stanu zapalnego.

Wobec podejrzenia infekcji wewnątrzmacicznej podjęto decyzję o zdjęciu szwu okrężnego i indukcji poronienia. Pacjentce podano dopochwowo dwie dawki 200 mcg mizoprostolu (o 12:00 i 18:00) oraz dożylnie 2 g ampicyliny. Z uwagi na wysokie ryzyko zakażenia wdrożono dodatkowo jednorazowo 1 g azytromycyny doustnie, a następnie dożylnie doksycyklinę w dawkach 100 mg podanych o 22:00 i 10:00 następnego dnia. O 18:40 rozpoczęto wlew dożylny oksytocyny (5 j. w 500 ml NaCl). W trakcie hospitalizacji obecny był partner pacjentki. W związku z nasilonym lękiem i trudnościami w regulacji emocji podano 5 mg diazepamu dożylnie; brak jednak wzmianki o konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej, co zgodnie z wytycznymi postępowania w przypadku straty ciąży mogłoby być zasadne.

O godzinie 19:15 w badaniu ginekologicznym część przodująca (pośladki i stópki) w pochwie. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy oraz wydobycia płodu. Po zastosowaniu ogólnego, krótkiego znieczulenia dożylnego, usunięto płód i popłód z jamy macicy, przekazując materiał do badania histopatologicznego. Wyniki badania: płód płci żeńskiej długość 22cm, masa ciała 240g. Płód w ocenie zewnętrznej bez wad wrodzonych. Makroskopowo nasilony obrzęk kosmków jelitowych ze znacznym stopniem pogrubienia ścian naczyń krwionośnych. Owalne łożysko o średnicy 13 cm. Trójnaczyniowa pępowina o długości 21 cm i średnicy do 0,6 cm o patologicznym brzeżnym przyczepie. Do części matczynej łożyska przylega kilka starych skrzepów krwi o wielkości do 7 cm z obecnością nacieków granulocytarnych. Ogniskowe szkliwienie i drobne zwapnienia w obrębie płyty łożyska. Wczesne rozproszone nacieki granulocytarlne w obrębie matczynej części łożyska. Masywne ropowicze i ogniskowo zgorzelinowe zapalenie błon płodowych.

Po zabiegu pacjentka pozostawała w stanie ogólnym dobrym i została przekazana na salę obserwacyjną. O 22:00 uruchomiono ją, a o północy podano kolejną dawkę 2 g ampicyliny dożylnie. Następnego dnia o 10:30 pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Zalecono stosowanie amoksycyliny + kwasu klawulanowego (875mg+125 mg) 2 razy dziennie po 1 tabletce przez 7 dni oraz kabergoliny (500 mcg) pół tabletki 2 razy dziennie przez 2 dni. Zalecono oszczędzający tryb życia, przestrzeganie higieny ciała- wskazana kąpiel pod prysznicem oraz monitorowanie temperatury ciała i krwawienia z dróg rodnych. Skierowano na konsultację ginekologiczną po wystąpieniu miesiączki. W dokumentacji brak informacji o konsultacji neurologicznej w związku z epilepsją oraz możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego. Nie odnotowano także danych dotyczących dalszej obserwacji, przebiegu połogu ani planów rozrodczych pacjentki.



Ryc. 1. Oś czasu przebiegu przypadku

Pacjentka złożyła oświadczenie o pozostawieniu szczątków w celu pochówku przez szpital.

Proces pielęgnowania ICNP

Stan pacjentki oceniono za pomocą skali oceny statutu funkcjonalnego (skala ADL) (Tab. 2) oraz skali oceny bólu (Tab. 3) według terminologii C-HOBIC. Na podstawie obserwacji oraz rozmów stworzono zindywidualizowany proces pielęgnowania na podstawie klasyfikacji ICNP (Tab. 4).

Tab. 2. Ocena statutu funkcjonalnego (skala ADL) terminologia opieki ostrej

Zmienna C-HOBIC	Kod C-HOBIC	Diagnoza według ICNP
Kąpanie się	0	Zdolna do kąpania się [10028224]
Higiena osobista	1	Zaburzona zdolność wykonania higieny osobistej [10000987]
Chodzenie	0	Zdolna do chodzenia [10028333]
Przemieszczanie się do toalety	0	Zdolna do przemieszczania się [10028322]
Korzystanie z toalety	0	Zdolna do samodzielnego korzystania z toalety [10028314]
Mobilność w łóżku	0	Zdolna do mobilności w łóżku [10029240]
Jedzenie	0	Zdolna do samodzielnego jedzenia [10028253]

DYSKUSJA

Opisany przypadek potwierdza, że mimo powtarzalnego charakteru RPL, opieka kliniczna pozostaje niespójna i koncentruje się głównie na interwencjach medycznych, z pominięciem potrzeb informacyjnych i emocjonalnych pacjentki [12]. Proponowany model opieki odpowiada na tę lukę poprzez integrację perspektywy biopsychospołecznej oraz podkreślenie konieczności integracji elementów edukacji, wsparcia emocjonalnego i ciągłości opieki w sposób strukturalny, a nie incydentalny.

Przedstawiony przypadek pacjentki z poronieniem nawracającym ilustruje typowe wyzwania opisane w literaturze dotyczącej RPL. Szacuje się, że nawet w około 50% przypadków przyczyna strat ciąż pozostaje niewyjaśniona, co znacząco ogranicza możliwości skutecznego leczenia i podkreśla rolę opieki wspierającej oraz interdyscyplinarnej. Zjawisko to zostało szeroko opisane m.in. przez Ford i Schust, którzy wskazują na złożoność etiologiczną oraz brak jednoznacznych algorytmów postępowania w RPL [13].

W omawianym przypadku postępowanie medyczne – usunięcie szwu okrężnego, interwencja farmakologiczna

Tab. 3. Ocena bólu - terminologia dotycząca bólu dla obszaru opieki ostrej

C HOBIC	Kod C-HOBIC	Diagnoza według ICNP
Po raz pierwszy zidentyfikowany objaw bólu	2	Ból [10023130] +2
Jeśli jest ból (1 lub 2), wtedy oceń stopień intensywności bólu	3	

Tab. 4. Zindywidualizowany proces pielęgnowania

Diagnoza 1 – Ryzyko infekcji [10010779] (+ termin z osi L droga wewnątrzmaciczna [10010590])	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Administrowanie antybiotykiem [10030383]	Pielęgniarka [10013333] Antybiotyk [10002383] Narzędzie do oceny [10002832] Technika aseptyczna [10002639]
Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203]	
Używanie techniki aseptycznej [10041784]	
Wynik – Bez infekcji [10028945]	
Diagnoza 2 – Ból [10023130] (+ termin z osi F ból wywołany rozszerzeniem szyjki macicy [10004136])	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Monitorowanie bólu [10038929]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832] Technika pozycjonowania [10014774] Pościel [10003175] Poduszka [10014607] Usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Implementacja pielęgnacji zapewniającej komfort [10039705]	
Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654]	
Nauczanie o zarządzaniu bólem [10019489]	
Wynik – Zredukowany ból [10027917]	
Diagnoza 3 – Bezsilność [10001578]	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	Pielęgniarka [10013333] Członek rodziny [10007596] Usługa społeczności [10027359] Usługa edukacyjna [10039459] Materiał dydaktyczny [10011251] Usługa pogrzebowa [10008281]
Wyjaśnianie praw pacjenta [10007391]	
Wspieranie rodziny w procesie podejmowania decyzji [10026462]	
Wspieranie rodziny w procesie żałoby [10026470]	
Wynik – Zmniejszona bezsilność [10027120]	

kont. Tab. 4. Zindywidualizowany proces pielęgnowania

Diagnoza 4 – Nastrój depresyjny [10022402]	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Ocenianie nastroju depresyjnego [10026055]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832] Członek rodziny [10007596] Usługa społeczności [10027359] Zespół wielospecjalistyczny [10039400] Usługa pomocy zdrowotnej [10046166] Materiał dydaktyczny [10011251]
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	
Współdziałanie z zespołem wielospecjalistycznym interdyscyplinarnym [10039416	
Poradnictwo dla pacjenta [10031062]	
Towarzyszenie pacjentowi [10042613]	
Wynik – Nastrój depresyjny [10022402]	
Diagnoza 5 – Krwawienie z pochwy [10043930]	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Zarządzanie krwawieniem z pochwy [10045430]	Podkład [10006248] Pielęgniarka [10013333]
Nauczanie o higienie pochwy [10043438]	
Promowanie higieny [10032477]	
Wynik – Krwawienie z pochwy [10043930]	
Diagnoza 6 – Ryzyko zaburzonego radzenia sobie rodziny [10032364]	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Wspieranie procesu radzenia sobie rodziny [10032859]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832] Usługa edukacji zdrowotnej [10039459] Usługa pomocy zdrowotnej [10046166]
Ocenianie potrzeb [10033368]	
Zapewnienie rodzinie wytycznych dotyczących przyszłości [10026375]	
Wynik – Efektywne radzenie sobie rodziny [10034770]	
Diagnoza 7 – Brak wiedzy [10000837]	
Interwencje (IC)	**Środki/narzędzia (M)**
Ocenianie wiedzy [10033882]	Materiał dydaktyczny [10011251] Pielęgniarka [10013333] Usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Nauczanie o procedurze [10044651]	
Nauczanie o chorobie [10024116]	
Nauczanie o kontrolowaniu objawów podmiotowych [10038080]	
Wynik – Adekwatna wiedza [10027112]	
Diagnoza 8 – Drgawki [10045668] (+ termin z osi J potencjalne ryzyko [10017252])	
Intervention (IC)	**Means (M)**
Administrowanie lekiem [10025444]	Pielęgniarka [10013333] Lek [10011866] Technika relaksacyjna [10016700]
Implementacja reżimu zarządzania napadami drgawkowymi [1003727]	
Ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591]	
Używanie (wykorzystywanie) techniki relaksacyjne [10044992]	
Wynik – Drgawki [10045668] (+ termin z osi J potencjalne ryzyko [10017252])	

oraz wyłyżeczkowanie jamy macicy – było zgodne ze standardem leczenia infekcji wewnątrzmacicznej. Jednak zwraca uwagę brak udokumentowanego wsparcia emocjonalnego, edukacji pacjentki oraz planu dalszej opieki po wypisie, co jest spójne z wynikami kontroli Najwyższej Izby Kontroli, wskazującej na systemowe zaniedbania w zakresie opieki nad kobietami po stracie ciąży w polskich placówkach medycznych [7]. Podobne obserwacje pojawiają się w badaniach międzynarodowych. Farren i wsp. wykazali, że strata ciąży wiąże się z wysokim ryzykiem objawów depresyjnych, lękowych oraz PTSD, które mogą utrzymywać się nawet wiele miesięcy po zdarzeniu, a wsparcie psychologiczne jest często niewystarczające [14].

Nowsze przeglądy podkreślają dodatkowo, że kobiety po RPL często odczuwają opuszczenie przez system opieki zdrowotnej po zakończeniu interwencji medycznej, a standardy postępowania różnią się między ośrodkami i organizacjami klinicznymi. Aktualna analiza Turesheva i wsp. zwraca uwagę na brak spójnych rekomendacji dotyczących opieki długoterminowej i psychospołecznej [15].

Z perspektywy pielęgniarskiej omawiany przypadek ujawnia istotną lukę w obszarze opieki holistycznej, obejmującej nie tylko interwencje kliniczne, ale także edukację, wsparcie rodzinne i możliwość budowania sprawczości pacjentki. Badania jakościowe wskazują, że położne i pielęgniarki często nie czują się przygotowane do pracy z parą po stracie ciąży, co może prowadzić do obniżenia jakości wsparcia [16].

W tym kontekście zaproponowany w niniejszej pracy model opieki – łączący model adaptacji C. Roy, wytyczne ESHRE oraz klasyfikację ICF – odpowiada na udokumentowane potrzeby pacjentek z RPL. Model ten uwzględnia zarówno wymiar fizjologiczny (ból, ryzyko infekcji), psychiczny (poczucie utraty kontroli, lęk), jak i społeczny (rola partnera, relacje rodzinne). Takie podejście znajduje poparcie w badaniach nad długoterminowymi konsekwencjami strat ciąż, które wskazują, że wsparcie emocjonalne i edukacyjne może redukować ryzyko zaburzeń depresyjnych i poprawiać proces adaptacji [17].

Niniejszy przypadek posiada oczywiste ograniczenia – niepełny wywiad położniczy, brak follow-up – jednak stanowi reprezentatywny przykład luki między standardem medycznym a standardem opieki holistycznej. Analizowane dokumenty zawierały liczne niespójności, przez co dokładny i linearny opis wydarzeń oraz przebiegu opieki był trudny do skompletowania. Zauważono również wady dokumentacji papierowej, która wymaga starannego pisma i ogranicza np. możliwość szczegółowego zapisu dłuższych obserwacji. Wprowadzenie systemu komputerowego dostępnego dla wszystkich członków zespołu pozwoliłoby wyeliminować te problemy [18]. Wyraźnie pokazuje to, jak kluczowa dla bezpieczeństwa pacjentki i jakości terapii jest poprawnie prowadzona, rzetelna, precyzyjna i przede wszystkim czytelna dokumentacja medyczna. To właśnie ona stanowi podstawę dobrej komunikacji między członkami zespołu terapeutycznego oraz wymaga dokładności i zaangażowania każdego specjalisty.

W kontekście tak istotnego problemu klinicznego jak poronienie nawracające – wymagającego zintegrowanego i multidyscyplinarnego leczenia – poprawna oraz kompleksowa dokumentacja może znacząco usprawnić diagnostykę, umożliwić bardziej trafne działania terapeutyczne i przyczynić się do pełniejszego zrozumienia jednostki chorobowej. Wyniki pracy wskazują na potrzebę wdrażania modeli opieki zintegrowanej, w których położna pełni rolę koordynatora procesu, zapewniając ciągłość wsparcia klinicznego, psychicznego i edukacyjnego.

WNIOSKI

Analiza przypadku wskazuje, że opieka nad pacjentką z poronieniami nawracającymi powinna być oparta na podejściu holistycznym, obejmującym zarówno aspekt kliniczny, jak i psychospołeczny. Zidentyfikowano brak standaryzacji procedur dotyczących wsparcia informacyjnego i psychologicznego, co potwierdza potrzebę opracowania spójnych rozwiązań organizacyjnych. Analiza przypadku pokazuje, że sama interwencja medyczna nie wyczerpuje potrzeb pacjentek z RPL. Brakuje jasnego planu opieki przed, w trakcie i po stracie. Zaproponowany model porządkuje te etapy i wskazuje, że opieka nad pacjentką z RPL powinna być procesem ciągłym, a nie jednorazową procedurą. Zaproponowany model opieki może stanowić ramę do porządkowania działań w tym obszarze, jednak jego skuteczność wymaga dalszej oceny w praktyce oraz badań z wykorzystaniem obiektywnych narzędzi monitorowania wyników.

ORCID

Julia Bożena Wiczkowska https://orcid.org/0009-0004-8212-5524
Anna Weronika Szablewska https://orcid.org/0000-0001-8565-027X

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. ESHRE Guideline on Recurrent Pregnancy Loss. [cytowane 26 października 2025]. Dostępne na: https://www.eshre.eu/guidelines-and-legal/guidelines/recurrent-pregnancy-loss
2. Turesheva A, Aimagambetova G, Ukybassova T, et al. Recurrent pregnancy loss etiology, risk factors, diagnosis, and management. Fresh look into a full box. J. Clin. Med. 2023;12(12):4074. https://doi.org/10.3390/jcm12124074
3. Regan L, Rai R, Saravelos S, et al. the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent MiscarriageGreen-top Guideline No. 17. BJOG. 2023;130(12):e9-39. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17515
4. Van Dijk MM, Kolte AM, Limpens J, et al. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2020;26(3):356-367. https://doi.org/10.1093/humupd/dmz048
5. Boedeker D, Hunkler K, Mahdy H. Recurrent Pregnancy Loss. W: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cytowane 15 października 2025]. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554460/
6. De Assis V, Giugni CS, Ros ST. Evaluation of Recurrent Pregnancy Loss. Obstet Gynecol. 2024;143(5):645-659. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005498
7. Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń – Najwyższa Izba Kontroli [cytowane 26 października 2025]. Dostępne na: https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrola,20906.html
8. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J. Clin. Epidemiol. 2017;89:218-335. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
9. ICNP Browser ICN – International Council of Nurses. [cytowane 26 października 2025]. https://www.icn.ch/icnp-browser
10. Płaszewska-Żywko L. Model teoretyczny pielęgniarstwa Callisty Roy. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2017, s. 213-221.
11. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001. Polish translation: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. CSIOZ; 2009.
12. Ockhuijsen HDL, van den Hoogen A, Boivin J, et al. Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. Res. Nurs. Health. 2014;37(4):267-275. https://doi.org/10.1002/nur.21610
13. Ford HB, Schust DJ. Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. Rev. Obstet. Gynecol. 2009;2(2):76-83.
14. Farren J, Jalmbrant M, Ameye L, et al. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. BMJ Open. 2016;6(11):e011864. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011864
15. Turesheva A, Aimagambetova G, Ukybassova T, et al. Recurrent pregnancy loss etiology, risk factors, diagnosis, and management. Fresh look into a full box. J. Clin. Med. 2023;12(12):4074. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011864
16. Ratola A, Martins P, Coutinho E. Atitudes do Enfermeiro Obstetra no cuidar casais com perda gestacional. Millenium: J. Educ. Technol. Health 2025;(17e):e40386-e40386. https://doi.org/10.29352/mill0217e.40386
17. Białek K, Malmur M. Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage. Med Stud. 2020;36(2):134-141. https://doi.org/10.5114/ms.2020.96794

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma: 30.11.2025
Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku: 16.01.2026

Translation/Tłumaczenie: Katarzyna Smith-Nowak