

Stadnicka Sabina Katarzyna, Bień Agnieszka, Gdańska Paulina, Piechowska Joanna. Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa – udział położnej w opiece nad pacjentką w sytuacji utraty ciąży = Miscarriage and pregnancy degenerated in terms of law - part midwife in the care of the patient in case of pregnancy loss. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(9):379-390. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.62008>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3841>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.08.2016. Revised 25.08.2016. Accepted: 06.09.2016.

Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa – udział położnej w opiece nad pacjentką w sytuacji utraty ciąży

Miscarriage and pregnancy degenerated in terms of law - part midwife in the care of the patient in case of pregnancy loss

Sabina Katarzyna Stadnicka, mgr położnictwa, doktorantka, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Agnieszka Bień, dr n. med., adiunkt, Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Paulina Gdańska, mgr psychologii, I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Joanna Piechowska, mgr położnictwa, doktorantka, Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Niekorzystne zakończenie ciąży ma charakter niezwykle złożony i delikatny. Utrata ciąży na skutek poronienia jest wydarzeniem biomedycznym wywierającym ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne. Nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2015r. wprowadza dokładnie określone standardy postępowania okołoporodowych w opiece nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych. Celem publikacji jest pokazanie

istotności wprowadzenia standardów. Odpowiedni przekaz niepomyślnych wiadomości, poprawna komunikacja a także udzielenie wsparcia może załagodzić psychologiczne skutki niepomyślnej sytuacji.

Słowa kluczowe: ciąża, poronienie, strata, przepisy prawa, zdrowie psychiczne

Abstract

Unfavorable termination of pregnancy is a very complex and delicate. Pregnancy loss due to miscarriage is an event biomedical exerting a huge influence on the functioning of mental health. The new Minister of Health of 1 December 2015. introduces precisely defined standards proceedings perinatal care for female patients in an obstetric failures. The aim of the publication is to show the significance of the introduction of standards. The corresponding message bad news, the correct communication and assistance can alleviate the psychological effects of unfavorable situation.

Key words: pregnancy, miscarriage, loss, law, mental health

Wprowadzenie

Niekorzystne zakończenie ciąży ma charakter niezwykle złożony i delikatny, ale też w znacznym stopniu uniwersalny pod względem wszystkich kultur i krajów świata. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) mówi o śmierci płodu, gdy dochodzi do niej przed porodem, niezależnie od wieku ciąży. Terminem poronienie określa się zakończenie ciąży poniżej 22. tygodnia czasu jej trwania. lub poniżej 500 g – biorąc pod uwagę masę ciała płodu. Od 23. tyg. mówi się o porodzie przedwczesnym na skutek wydalania obumarłego zarodka lub płodu [2]. Częstość poronień określa się na ok 15-20% rozpoznawanych ciąż, z czego ok 80% następuje w pierwszych 12 tygodniach ciąży. Szacunkowo 50% ciąż traconych jest przed implantacją, w okresie poimplantacyjnym 12-24% [1, 3, 4, 5].

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2007) przedstawia zalecenia dotyczące stosowania terminów takich jak „*ciąża o nieznanym umiejscowieniu*” oraz „*ciąża wewnątrzmaciczna o niejednoznacznej żywotności*” [6]. Autorzy powyższych zaleceń zwrócili szczególną uwagę, na fakt iż określenia typu *niepowodzenie* lub *niewydolność* szyjki macicy

może przyczynić się do negatywnej samooceny kobiety, zwiększenia poczucia niepowodzenia, wstydu, winy itp. Special Interest Group for Early Pregnancy działająca przy European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w celu zwiększenia precyzyjności i zgodności stosowanego nazewnictwa zaproponowała m. in.:

- ciąża biochemiczna (*biochemical pregnancy*) – ciąża niepotwierdzona w badaniu obrazowym;
- pusty pęcherzyk ciążowy (*empty sac*) – pęcherzyk ciążowy z niewidocznymi lub minimalnymi strukturami zarodka;
- strata płodu (*fetal loss*) – zanik czynności serca płodu, u którego poprzednio dokonano pomiaru CRL
- strata wczesnej ciąży (*early pregnancy loss*) – stwierdzenie pustego pęcherzyka ciążowego lub wykrycie płodu bez czynności serca <12. tyg. ciąży ;
- poronienie zatrzymane (*delayed miscarriage*) – jak wyżej;
- strata późnej ciąży (*late pregnancy loss*) – zanik czynności serca płodu po 12 tyg. ciąży;
- ciąża o nieznanym umiejscowieniu – brak potwierdzenia ciąży w badaniach obrazowych pomimo dodatniego wyniku oznaczenia ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej [3].

Jednocześnie autorzy powyższej klasyfikacji podkreślają, że nie uwzględnia ona wszystkich sytuacji klinicznych. Postępowanie zależy od rodzaju poronienia, a nazewnictwo różnych typów poronień klinicznych (całkowite, niecałkowite, zatrzymane itd.) pozostaje istotną kwestią [3].

Epidemiologia i etiopatogeneza poronień

W piśmiennictwie wymienia się wiele czynników będących przyczyną strat ciąż, najczęściej wymienianymi są czynniki genetyczne, anatomiczne, immunologiczne, hormonalne, infekcyjne. Istnieje również duża grupa poronień – ok. 30% o niewyjaśnionej etiologii, tzn. poronienia idiopatyczne [5, 7]. Literatura przedmiotu podaje, że najczęstszą przyczyną poronień są zaburzenia genetyczne. Przyczyną niepowodzeń w I trymestrze ciąży są anomalie chromosomowe u płodu (ok. 50%). Zdecydowaną większość, aż 86% stanowią anomalie liczbowe, około 6% to anomalie strukturalne chromosomów, a 8% inne zaburzenia genetyczne (8%) [5]. Kolejną, znaczącą grupę czynników wpływających na utratę ciąży stanowią zaburzenia anatomiczne zarówno wrodzone, jak i nabyte. Należą do nich m. in.

wady rozwojowe macicy (dwurożna, jednoróżna, macica z przegrodą), zrosty wewnątrzmaciczne, mięśniaki podśluzówkowe, polipy endometrialne. Za jedną z najczęstszych wrodzonych anomalii macicy uważa się macicę przegrodzoną (ok. 55%). Nieprawidłowy rozwój jaja płodowego może być spowodowany gorszym ukrwieniem okolicy przegrody oraz zniekształceniu przez nią jamy macicy. Poronienia mogą mieć także związek z większą częstością występowania porodów przedwczesnych lub niepłodności w tej grupie pacjentek [2, 5, 7].

Mięśniaki macicy powodują prawie dwukrotnie większe ryzyko utraty ciąży – w I trymestrze dotyczy 40% kobiet, w II trymestrze ok. 17%. Niewydolność szyjki macicy jest przyczyną późnych poronień i porodów przedwczesnych pomiędzy 18. a 28. tyg. ciąży a jej głównymi przyczynami są: niedorozwój szyjki macicy, mechaniczne uszkodzenia spowodowane zabiegami chirurgicznymi lub urazami porodowymi oraz nieprawidłowości tkanki łącznej [9, 10].

Istotny staje się również wiek matki. U kobiet po 35. roku życia ryzyko utraty ciąży znacznie wzrasta, niezależnie od historii poprzednich ciąż. Na pierwszy plan wysuwa się tutaj argument nie tyle gorszej funkcji endometrium, lecz znamiennej obniżonej jakości komórek jajowych [5].

Czynniki immunologiczne odgrywają mniejszą rolę w sporadycznych stratach wczesnej ciąży niż w przypadku poronień nawykowych. Większość z nich stanowią zaburzenia o charakterze alloimmunologicznym, w mniejszym stopniu autoimmunologicznym, które charakteryzują się występowaniem określonych autoprzeciwciał – dokładny mechanizm ich udziału nie jest do końca poznany. W tej grupie przeciwciał zwracają uwagę przeciwciała antyfosfolipidowe, należące do klas IgG, IgM oraz rzadko – IgA [5].

Diagnostyka

Kliniczna manifestacja poronienia obejmuje krwawienie lub plamienie oraz dolegliwości bólowe podbrzusza, często okolicy lędźwiowej. Krwawienie, w przypadku niecałkowicie odklejonego łożyska może być bardzo obfite. Krwawienie we wczesnej ciąży należy różnicować z krwawieniem z nadżerki lub polipa oraz z krwawieniami we wczesnej ciąży pojawiającymi się w okresie krwawienia miesięcznego. Dolegliwości bólowe mają charakter napadowy, o różnym nasileniu. Mogą dotyczyć zarówno podbrzusza, jak i okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Ustępują w przypadku poronienia kompletnego [11].

Według obowiązujących rekomendacji PTG, jedynie potwierdzenie w badaniu USG rozwijającego się prawidłowo zarodka lub płodu jest czynnikiem kwalifikującym do leczenia w przypadku zagrażającego poronienia [13].

„Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży” – Dz.U. 1.03.1993 r. (z późniejszymi zmianami) w jasny sposób określa kiedy może być dokonane przerwanie ciąży. Według art. 4a ust.1. przerwanie ciąży może być wykonane w przypadku, gdy:

- ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia kobiety ciężarnej;
- badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
- zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego [16].

Dodatkowym warunkiem w trzech powyższych okolicznościach, jest złożenie pisemnego oświadczenia świadomej zgody oraz odbytej konsultacji u lekarza innego, niż dokonujący przerywania ciąży. Przerwanie ciąży może być dokonane, jeżeli kobieta podtrzymuje ten zamiar po upływie trzech dni od konsultacji [16]. W przypadku osób małoletnich lub kobiet ubezwłasnowolnionych całkowicie wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego, natomiast w przypadku dziewcząt poniżej 13 r.ż. konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego z uwzględnieniem opinii własnej [16].

W przypadku, gdy dochodzi do uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, można dokonać przerywania ciąży, jeśli od poczęcia nie upłynęło więcej niż 12 tygodni – tę sytuację musi potwierdzić prokurator.

Konsekwencje niekorzystnego zakończenia ciąży

Medycznymi konsekwencjami utraty ciąży są najczęściej: krwotoki łożnicze, wstrząs hipowolemiczny, interwencje wewnątrzmaciczne, immunizacja czynnikiem Rh, niewydolność cieśniowo-szyjkowa. Powikłania związane z interwencją wewnątrzmaciczną dotyczą zabiegów łyżeczkowania jamy macicy. Obejmują: perforację macicy, krwotok, zakażenia oraz uszkodzenie warstwy błony śluzowej macicy. Odległym następstwem łyżeczkowania jamy macicy jest zespół pourazowych zrostów wewnątrzmacicznych spowodowany uszkodzeniem warstwy błony śluzowej macicy. Według wytycznych Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologist w przypadku straty wczesnej ciąży zaleca się opróżnienie jamy macicy metodą próżniową [2, 13].

W postępowaniu po stracie ciąży istotne jest również zapobieganie możliwym negatywnym następstwom psychologicznym. Utrata ciąży na skutek poronienia jest wydarzeniem biomedycznym wywierającym ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne. Bez względu na stopień zaawansowania ciąży jej utratę uznaje się za sytuacyjny kryzys psychologiczny – trwającą 6-8 tygodni reakcję zdrowej kobiety na sytuację trudną, przekraczającą zasoby i możliwości adaptacyjne. Poronienie wywołuje wstrząs przez swoją nagłość, nieprzewidywalność i brak możliwości kontroli. Powoduje wzmożone napięcie, poczucie dyskomfortu i załamanie mechanizmów radzenia sobie. Objawy mogą nakładać się na wiele aspektów funkcjonowania kobiety [17, 18]. Wiele kobiet, po stracie ciąży przechodzi przez kolejne fazy:

1. Szok – negacja poronienia, zaprzeczanie, wzmożone napięcie, zaburzenie stanu wewnętrznej równowagi.
2. Reakcja emocjonalna – konfrontacja z rzeczywistością, próby uporania się z trudnymi emocjami przez wyparcie, racjonalizację itp.
3. Praca nad kryzysem – zwrot ku możliwym rozwiązaniom i przyszłości, akceptację straty ciąży, plany prokreacyjne.
4. Nowa orientacja – uznanie kryzysowego wydarzenia za własne doświadczenie życiowe, pogodzenie się ze stratą, akceptację, poradzenie sobie z poczuciem winy, odbudowę poczucia własnej wartości [17, 18].

Powyższe etapy osiągnięcia stanu równowagi są tożsame z fazami radzenia sobie z kryzysem psychologicznym w innych sytuacjach krytycznych. Zignorowanie, niedanie kobiecie przyzwolenia na pojawienie się emocji uniemożliwia przepracowanie kryzysu, co z kolei zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się labilnych stanów emocjonalnych, mogących trwać miesiącami, a nawet latami. Dodatkowo pojawienie się później jakiegokolwiek stresora może wtórnie doprowadzić do stanu kryzysowego. Tłumienie lub wyparcie jako mechanizmy obronne pociągają za sobą wysokie koszty zdrowotne, a trudne emocje mogą być podświadomie przenoszone na inne obszary funkcjonowania tj. motywacja lub jakość współżycia seksualnego [17, 18].

Strata ciąży może powodować długotrwałe zaburzenia emocjonalne, ujawniające się dopiero po długim czasie od wykonania zabiegu. Można tu wyróżnić: osamotnienie, poczucie winy, wstydu, krzywdy i bycia ofiarą, paraliż emocjonalny, utratę sensu życia, niepokój, zaburzenia seksualne, trudności w relacjach z innymi a nawet zaburzenia psychosomatyczne [19, 20].

Zaburzenia powstałe na skutek przerwania ciąży są podobne do objawów występujących w zespole stresu pourazowego (*Post Traumatic Stress Disorder*), zostało określone jako zespół poaborcyjny - *Post Abortion Distress* [19, 20]. Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. pacjentce po przekazaniu niepomyślniej informacji należy umożliwić kontakt z psychologiem oraz przekazać informacje o dalszej pomocy i wsparciu psychologa [28].

Zasady postępowania ze zwłokami dziecka

Jeżeli śmierć dziecka nastąpiła przed 22 tygodniem ciąży kwalifikowana jest jako poronienie. Zwykle rodzice nie otrzymują ciała dziecka oraz nie muszą dokonywać rejestracji. Jeżeli decydują się na pochówek dziecka obowiązują takie same zasady jak przy śmierci dzieci urodzonych po 22 tygodniu ciąży. W dokumentacji należy zaznaczyć płeć dziecka, jeśli lekarz nie może stwierdzić płci, wtedy należy powiadomić rodziców o możliwości wykonania odpłatnego badania genetycznego [29].

Zasady postępowania ze zwłokami dziecka:

1. Taktowne i delikatne poinformowanie rodziców o śmierci dziecka (nie zwiększać ich stresu niewłaściwą formą lub treścią takiej informacji).
2. Należy zwrócić szczególną uwagę na zachowanie rodziców, sposób ich radzenia sobie z tym przeżyciem, niosąc w razie potrzeby pomoc organizacyjną i wsparcie psychiczne.
3. W oddziale, w którym nastąpił martwy poród lub zgon noworodka położna wykonuje niezwłocznie następujące czynności:
 - a) toaletę ciała noworodka,
 - b) zakłada na 2 kończyny (rączki) po jednym identyfikatorze z imieniem i nazwiskiem matki dziecka,
 - c) zawija szczelnie noworodka w 2 serwety i zewnętrznie oznakowuje zwłoki dziecka pisząc na dokumencie: imię i nazwisko matki dziecka, datę urodzenia i płeć dziecka, informacje o pochówku.
4. Po upływie 2 godzin od zgonu dziecka, zwłoki należy przenieść do chłodni.
5. Odpowiednio lekarz ginekolog lub neonatolog informuje pielęgniarkę społeczną / pracownika socjalnego o zgonie dziecka. Pielęgniarka społeczna nawiązuje kontakt z rodzicami lub osobami upoważnionymi i ustala z nimi czas i miejsce przekazania im zwłok dziecka.
6. W pomieszczeniu, w którym zwłoki są przechowywane, zostają one przygotowane do pochówku zgodnie z wolą rodziców lub osób uprawnionych do pochówku.

7. Zwłoki dziecka traktowane są z należytyym szacunkiem [21].

Prawa kobiety po stracie dziecka

Rozróżnienie pojęcia poronienia i martwego urodzenia nie ma zastosowania do postępowania w zakresie wydawania aktów stanu cywilnego. Urodzenie dziecka należy zgłosić w Urzędzie Stanu Cywilnego w ciągu 14 dni od dnia urodzenia. Jeżeli dziecko urodziło się martwe zgłoszenie powinno nastąpić w ciągu 3 dni – w tym przypadku w akcie urodzenia w rubryce „Uwagi” odnotowuje się, że dziecko urodziło się martwe – nie sporządza się aktu zgonu [22].

Zgodnie z art. 40 ust.1 ustawy z dnia 29 września 1986 r. „Prawo o aktach stanu cywilnego” „akt urodzenia sporządza się na podstawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka wystawionego przez lekarza, położną lub zakład opieki zdrowotnej.” Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. istnieje obowiązek zgłoszenia martwo urodzonego dziecka do Urzędu Stanu Cywilnego niezależnie od czasu trwania ciąży. Jeżeli poród nastąpił przed 22 tyg. ciąży ma to znaczenie jedynie dla dokumentacji medycznej. Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka jest podstawą dla USC do wystawienia skróconego akty urodzenia dziecka z adnotacją, że urodziło się martwe – co stanowi jednocześnie akt zgonu. Gdy po urodzeniu dziecko żyło nawet kilka minut wystawia się akt urodzenia oraz akt zgonu [22, 23].

Kobieta ma prawo pochować ciało dziecka lub jego szczątki, bez względu na czas zakończenia ciąży – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r. [24]. Do pochówku nie jest wymagana adnotacja USC o zarejestrowaniu zgonu – nowelizacja Ustawy z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych [24].

Kobiecie, która pozostaje w stosunku pracy w przypadku urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8 tygodni życia przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, nie krócej niż przez 7 dni od dnia zgonu dziecka – art. 1801 ust. 1 Kodeksu pracy [25]. Kodeks pracy nie definiuje „martwego urodzenia” – nie ma podstaw do ograniczenia prawa do urlopu macierzyńskiego w zależności od czasu trwania ciąży. Dla pracodawcy podstawowym dokumentem zobowiązującym do udzielenia urlopu macierzyńskiego jest akt urodzenia. Nie ma potrzeby składania zaświadczenia lekarskiego o odbytych porodzie. – art. 4 Ustawy z dnia 29 września 1986 r. „Prawo o aktach stanu cywilnego”.

Ubezpieczonej przysługuje zasiłek macierzyński przez okres 8 tygodni (56 dni). Dowodem do przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego jest skrócony odpis aktu

urodzenia dziecka. – ust. 12 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę do przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa [26]. Ubezpieczona ma również prawo do zasiłku pogrzebowego, jeżeli pokryje koszty pogrzebu – ustawa z dnia 17 grudnia 1989 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych [27]. W obu powyższych przypadkach nie ma znaczenia czas trwania ciąży – dla ZUS podstawę stanowi akt stanu cywilnego [27].

W przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby ubezpieczonej, która poroniła, zasiłek chorobowy przysługuje na ogólnych zasadach w wysokości 80% podstawy wymiaru – nie w wysokości 100% jak w przypadku ubezpieczonej niezdolnej do pracy w trakcie trwania ciąży. Okres zasiłkowy wynosi 182 dni a nie 270 [25].

Postępowanie względem pacjentki

Podczas przekazywania informacji o niepowodzeniu położniczym należy zapewnić pacjentce czas, który pozwoli na odnalezienie się w nowej, trudnej sytuacji. Jeżeli to możliwe należy opóźnić moment szczegółowego wyjaśniania dalszych procedur oraz przyczyn niepowodzenia, chyba że jest to niezbędne dla udzielania świadczeń. Pacjentkę należy umieścić w oddziale tak, by nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci, bądź są w ciąży. Należy nawiązać z nią dobry kontakt, prowadzić rozmowy w odpowiednim tonie, zwrócić szczególną uwagę na jej potrzeby i oczekiwania, wspierać. Wszelkie działania diagnostyczno-terapeutyczne powinny odbywać się w atmosferze intymności, a pacjentka powinna brać w nich świadomy udział. Personel sprawujący opiekę nad pacjentką w tak trudnej dla niej sytuacji powinien wyjaśnić swoją rolę, prezentować postawę spokojną i wzbudzającą zaufanie, szanować prywatność i poczucie intymności oraz każdorazowo uzyskiwać zgodę na wykonanie wszelkich zabiegów i badań. Pacjentce należy udzielać wyczerpujących informacji nie tylko na temat jej stanu zdrowia, ale również o przysługujących jej prawach [28]. Postępowanie z pacjentką zgodnie ze standardami, udzielanie wsparcia i informacji może skrócić czas powrotu do równowagi psychicznej [30].

Podsumowanie

Niekorzystne zakończenie ciąży ma charakter niezwykle złożony i delikatny. W piśmiennictwie wymienia się wiele czynników będących przyczyną strat ciąż. Literatura podaje, że najczęstszą przyczyną poronień są zaburzenia genetyczne. W postępowaniu po stracie ciąży istotne jest zapobieganie możliwym negatywnym następstwom fizycznym oraz

psychologicznym. Obowiązek informowania kobiet o przysługujących im prawach należy do personelu medycznego, dlatego istotne jest propagowanie wiedzy w tym zakresie wśród lekarzy, położnych i pielęgniarek sprawujących opiekę nad kobietami po niepowodzeniach położniczych.

Piśmiennictwo:

1. Barczak A.: Przegrane narodziny – czyli rzecz o poronieniach. *Życie i Płodność*. 2008, 2 (4), 85–93.
2. Devi Wold AS, Pham N, Arici A. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2006; 24: 25-32.
3. Christiansen OB, Nielsen HS, Kolte A, et al. Research methodology and epidemiology of relevance in recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2006; 24: 5-16.
4. Jakiel G., Robak-Chołubek D., Tkaczuk-Włach J.: Poronienia samoistne. *Prz Menopauz*. 2006, 3, 191–194.
5. Zgon wewnątrzmaciczny oraz doświadczenie starty ciąży. Wytyczne postępowania. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. *Med Prakt Ginekol Położ*. 2007, 4 (50), 42–48.
6. The management of early pregnancy loss; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Guideline No. 25 z: <http://www.mp.pl/artykuly/32267> z dnia 01.09.2016.
7. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu in vitro. *Ginek Dypl*. 2008, 208–212.
8. Christiansen OB, Nielsen HS, Kolte A, et al. Research methodology and epidemiology of relevance in recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2006; 24: 5-16.
9. Czajka R., Rzepka R.: Niewydolność cieśniowo-szyjkowa. *Ginek Położ*. 2008, 3(9), 72–83.
10. Reroń A., Jaworski A., Pośpiech K.: Mięśniaki macicy u kobie ciężarnych. *Perinatol Neonatol Ginek*. 2009, 2, 2, 109–112.
11. Skrzypaczak J.: Poronienie. In: *Położnictwo i ginekologia*. Ed. G.H. Bręborowicz. PZWL, Warszawa 2007, 111–119.
12. Lewicka M., Sulima M., Pyć M., Stawarz B.: Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży. *Roczniki PUM* 2013, 59 (1) 123-129.

13. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu in vitro. *Prz Menopauz* 2004; 6: 8-12.
14. Nieinwazyjna diagnostyka prenatalna oparta na wolnym DNA płodowym obecnym we krwi matki. *Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Ginek Dypl.* 2010, 12, 4, 56–59.
15. Akolekar R., Bower S., Flack N., Bilardo C.M., Nicolaides K.H.: Prediction of miscarriage and stillbirth at 11–13 weeks and the contribution of chorionic villus sampling. *Prenat Diagn.* 2011, 31 (1), 38–45.
16. Ustawa z dnia 1. 03. 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży - Dz.U. 1.03.1993 r.
17. Lipczyński A. *Psychologiczna interwencja kryzysowa w sytuacjach kryzysowych.* Difin, Warszawa 2007.
18. Bielan Z., Machaj A., Stankowska I.: Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksulogia Polska* 2010, 8,(1): 41-46.
19. Bubiak A, Bartnicki J, Knihinicka-Mercik Z., *Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym.* *Piel. Zdr. Publ.* 2014, 4 (1):69-78.
20. Daugirdaite V., Akker O., Perewal S.: *Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy* 2015: 1-14.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.
22. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. 2014.1741 z późn. zm.)
23. Rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów kart urodzenia i karty martwego dziecka (Dz. U. 2015.171).
24. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2011.118.687 z późn. zm.).
25. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy (Dz. U. 2014.1502 z późn. zm.)
26. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2014 poz. 1594 j.t.).
27. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz. U. 2011 nr 237 poz. 1412).

28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U.2015 poz.2007).
29. Niekorzystne zakończenie ciąży – Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego,
30. Chrzan-Dętkoś M., Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką, Ginekologia Praktyczna nr 2 (105)/2010: 27-30.