

OPIEKA NAD RODZICAMI W ŻAŁOBIE PO WEWNĄTRZMACICZNYM OBUMARCIU PŁODU I OBUMARCIU JEDNEGO Z BLIŹNIAKÓW W CIĄŻY WIELOPŁODOWEJ

CARE FOR PARENTS IN MOURNING AFTER THE DEATH OF THE FETUS AND INTRAUTERINE DEATH OF ONE TWIN IN A MULTIPLE PREGNANCY

Jolanta Olszewska¹, Magdalena Napiórkowska-Orkisz², Agnieszka Czerwińska-Osipiak¹

¹ Gdański Uniwersytet Medyczny

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.32>

STRESZCZENIE

Obumarcie płodu jest to zatrzymanie czynności serca po 22. tygodniu ciąży. Częstość występowania ciąży obumarłej w Polsce to 0,5% wszystkich zdiagnozowanych ciąży. W 90% poród następuje samoistnie. W stanach zagrożenia życia matki należy rozwiązać ciążę obumarłą cięciem cesarskim. Przy ciąży bliźniaczej powikłanej zgonem jednego z płodów należy wdrożyć rozszerzoną opiekę przedporodową. Oceniana jest ruchomość płodu. W przypadku zagrożenia życia płodu należy podjąć decyzję o natychmiastowym porodzie, jeśli dojrzałość płuc i wiek ciążowy na to pozwalają. Bardzo ważne dla rodziców jest wyjaśnienie przyczyn śmierci płodu. Cierpienie nie tylko dotyka kobietę, ale całą rodzinę. Należy uświadomić mężczyźnie, że ma on prawo do odczuwania żalu, smutku. Położna powinna zachęcać rodziców do fizycznego kontaktu ze zmarłym dzieckiem, umożliwić dotykanie, trzymanie go na rękach. Położnica ma potrzebę, by opowiadać o przeżytym porodzie – należy jej wysłuchać. Wśród rodziców bliźniąt emocje związane ze śmiercią dziecka przyćmiewają radość narodzin. Matka niekiedy obwinia żyjącego noworodka o śmierć drugiego. Należy umożliwić rodzinie kontakt z psychologiem i duchownym. Pomocną może się okazać grupa wsparcia. Personel medyczny powinien być wsparciem również w dopełnianiu formalności związanych ze śmiercią płodu. Istotne jest, by położna przedyskutowała z pacjentką przyszłość planowania rodziny. Kobieta powinna planować zajście w kolejną ciążę, gdy proces żałoby po śmierci dziecka zostanie poprawnie zakończony. Personel medyczny odgrywa ważną rolę w procesie wsparcia psychicznego kobiety i jej rodziny po śmierci dziecka. Życzliwość, umiejętność słuchania i dobre słowo są niezbędnymi substratami do prawidłowego przejęcia procesu żałoby.

Słowa kluczowe: żałoba, ciąża obumarła, śmierć, obumarcie płodu, ciąża bliźniacza.

ABSTRACT

Fetal death, is a cardiac arrest after 22 weeks of gestation. The incidence of pregnancy of dead in Poland is 0.5% of all diagnosed pregnancies. In 90% of labor occurs spontaneously. In emergencies the mother's life to be solved become pregnant decreased cesarean section. With a twin pregnancy complicated by death of one of the fetuses should be implemented enhanced antenatal care. It assessed the mobility of the fetus. In the case of threat to life of the fetus should decide on immediate delivery, if the maturity of the lungs and gestational age permits. It is very important for parents to explain the causes of fetal death. Suffering not only affects women, but the whole family. Man should be made aware that he has the right to feel grief, sadness. The midwife should encourage parents to physical contact with the dead child. It allows touching, holding him in her arms. Maternal no need to talk about the history of childbirth, you should listen to her. Among parents of twins, the emotions associated with the death of a child overshadow the joy of birth. Mother sometimes blamed for the death of a living infant second. It should allow family contact with a psychologist or a priest. A couple may find a support group. Medical personnel should be supported also complete the formalities related to the death of the fetus. The midwife should discuss with the patient the future of family planning. A woman should plan for becoming the next pregnancy, when the process of mourning after the death of a child is properly completed. Medical staff plays an important role in the psychological support of women and their families after the death of the child. Kindness, listening skills and a good word, are essential substrates for normal progression of the grieving process.

Keywords: bereavement, pregnancy withered, death, fetal death, twin pregnancy.

Ciąża obumarła

Małe dzieci opisują śmierć jako stan podobny do snu – więc nie ostateczny. Okazuje się, że ludzie dorośli zachowują wszystkie elementy dziecięcego sposobu myślenia, obrazując to jako życie po śmierci. Śmierć bliskiej osoby jest dla człowieka jedną z najgorszych rzeczy, jaka może się nam przydarzyć [1]. Mianem wewnątrzmacicznego obumarcia płodu określa się zatrzymanie czynności serca płodu

w drugiej połowie ciąży (po 22. tygodniu) [2]. Subiektywnym objawem ciąży obumarłej jest brak ruchów płodu. Często jest on poprzedzony nadmierną jego aktywnością. By potwierdzić śmierć płodu, należy wykonać badania kliniczne, obrazowe i laboratoryjne. Jedynym pewnym dowodem obumarcia płodu jest brak czynności serca w obrazie USG przez 3 minuty. Zaleca się, by badanie zostało wykonane niezależnie przez dwóch lekarzy, by wykluczyć

ludzką pomyłkę. Częstość występowania ciąży obumarłej w Polsce szacuje się na 0,5% wszystkich zdiagnozowanych ciąż. W Wielkiej Brytanii wynosi ona 5,3 na 1000 ciąż [3]. Inne źródła podają, że porody martwych płodów dotyczą 4–5‰ wszystkich ciąż [4].

Głównym powikłaniem ciąży obumarłej są zaburzenia hemostazy, dlatego zaleca się obserwację układu krzepnięcia krwi. Ciało płodu po śmierci staje się źródłem pozakrzepowych czynników. Czynniki te uwalniane są do krwioobrotu matki. Jeśli płód pozostaje w macicy dłużej niż 3 tygodnie, może dojść do najgroźniejszego powikłania, jakim jest rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe (DIC). Zespół ten może być przyczyną krwotoku zagrożającego życiu ciężarnej. Na szczęście dziś obumarcie płodu rozpoznaje się dość wcześnie i narażenie na poważne powikłania znacznie się zmniejszyło [5]. W 90% w ciągu 14 dni od obumarcia płodu poród następuje samoistnie. Jednak jeśli to nie nastąpi, należy wywołać poród w warunkach szpitalnych. Polega to na wywołaniu czynności skurczowej mięśnia macicy przez podawanie środków farmakologicznych takich jak oksytocyna, prostaglandyny. Zaleca się przebicie błon płodowych przy podawaniu oksytocyny we wlewie kroplowym. Należy podjąć wszystkie działania w celu uniknięcia konieczności zabiegowego zakończenia ciąży. W stanach zagrożenia życia matki lub innych przypadkach uniemożliwiających poród drogami natury należy rozwiązać ciążę obumarłą cięciem cesarskim [6]. Po porodzie należy pamiętać o konieczności zahamowania laktacji [4].

Zgon wewnątrzmaciczny jednego z płodów w ciąży wielopłodowej

Zjawisko zgonu wewnątrzmacicznego jednego z płodów w ciąży wielopłodowej jest dość powszechne. Na jedną parę żywo urodzonych bliźniąt przypada sześć noworodków z ciąży pojedynczej, które w swym prenatalnym rozwoju były częścią pary bliźniąt. Przed wprowadzeniem badań USG zdiagnozowanie wewnątrzmacicznego obumarcia jednego z bliźniaków w I trymestrze ciąży było niemalże niemożliwe. Dziś możemy często obserwować to zjawisko. Dokładna ocena jego częstości jest trudna do zbadania. Niewielkie krwawienie z dróg rodnych kobiety jest jedynym klinicznym objawem wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. W większości przypadków nie udaje się jednoznacznie ustalić powodu obumarcia jednego z bliźniaków w I trymestrze. W przypadku wczesnej utraty tkanki płodu zostają całkowicie zresorbowane, co uniemożliwia badanie histopatologiczne [7].

Do zgonu bliźniaka może również dojść w II trymestrze ciąży. Wtedy łatwiej o ocenę czynnika etiologiczne-

go. Przeprowadzone badania wykazały wady rozwojowe płodu, zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego płodu, obecność taśm owodniowych i nieprawidłowości w obrębie sznura pępowinowego. Zagadką pozostaje, czy obumarcie płodu ma znaczący wpływ na płód dalej rozwijający się. Wiadome jest jednak, że ze względu na powikłania naczyniowe większe ryzyko dotyczy współbliźniaka z ciąży jednokosmówkowej. W ciążach dwukosmówkowych takich zagrożeń nie obserwuje się. Przy ciąży bliźniaczej powikłanej zgonem jednego z płodów w II trymestrze należy wdrożyć rozszerzoną opiekę przedporodową. Do zalecanych badań należą:

- USG – co 2 tygodnie przy ciąży dwukosmówkowej i co tydzień przy ciąży jednokosmówkowej;
- KTG – co 2 tygodnie;
- oznaczenie stężenia czynników krzepnięcia w surowicy matki – co 2 tygodnie [8].

Obumarcie jednego z płodów w ciąży bliźniaczej w III trymestrze jest zjawiskiem względnie rzadkim ze względu na rozwój medycyny, w tym położnictwa. Dowodzi się, iż tragedia ta dotyka do 3–14% ciąż bliźniaczych. Wśród zdiagnozowanych przyczyn zgonu najczęściej wymienia się: przewlekłą postać zespołu „przetoczenia krwi” pomiędzy bliźniakami, wady rozwojowe i nieprawidłowy przyczep pępowiny (szczególnie błoniasty). Zgon bliźniaka w III trymestrze ciąży nie stwarza większego zagrożenia dla zdrowia i życia matki. Nauka podaje pojedyncze opisy sytuacji niepożądanych. Dlatego też rutynowo należy wzmocnić, szczególnie w pierwszej dobie, nadzór lekarski i laboratoryjny nad położnicą. Badania dowiodły, iż zgon jednego z bliźniąt w III trymestrze wiąże się z niekorzystnymi rokowaniami dla drugiego dziecka rozwijającego się w macicy. Zaobserwowano różnego rodzaju zaburzenia rozwojowe, wśród nich porażenie mózgowie i wielotorbielowate rozmiękanie mózgu. U wielu z nich zdiagnozowano aseptyczną martwicę jelit i nadnerczy. Wnioskuje się, że powodem opisanej patologii są niedotlenienie i hipotensja. Te zaś są skutkiem zespołu DIC lub wykrwawiania się żywego płodu do układu krążenia obumierającego. Rokowanie jest gorsze w przypadku łożysk jednokosmówkowych [6]. Wskazane jest, by stan płodu był regularnie kontrolowany. Ocenia się ruchomość płodu oraz profil biofizyczny. Zaleca się częste wykonywanie testu spoczynkowego. W przypadku zagrożenia życia płodu należy podjąć decyzję o natychmiastowym porodzie, jeśli dojrzałość płuc i wiek ciążowy na to pozwalają [9]. Oprócz różnego rodzaju zaburzeń rozwoju obumarły bliźniak stanowi śródporodowe zagrożenie dla żyjącego płodu. Spowodowane jest to przedłużaniem się I, II okresu porodu i większym zagrożeniem przedwczesnego oddzielenia się łożyska żyjącego płodu. Cięża ta jest

ciążą powikłaną ze wskazaniem do zakończenia jej cięciem cesarskim. W przypadku braku zagrożeń poród ten może odbyć się drogami natury, niezbędne jest jednak wzmożenie ostrożności [6, 7].

Opieka nad rodzicami w żałobie

Żałoba jest naturalną reakcją na śmierć bliskiej osoby. Reakcje te często wykraczają poza ramy zasad zachowania. I jest to zrozumiałe [1]. Żałoba składa się z trzech faz: szoku, wycofania i akomodacji.

- Faza wstrząsu/szoku i negacji charakteryzuje się niedowierzaniem, wybuchami płaczu, złością, gniewem, poczuciem winy, bezradności, reakcjami nieadekwatnymi do sytuacji, np. śmiechem.
- Faza dezorganizacji/wycofania charakteryzuje się obroną siebie, wycofaniem, poczuciem „nic się nie stało”, cichym smutkiem.
- Faza reorganizacji/akomodacji jest to pogodzenie się ze stratą dziecka, powracanie do zdrowia, odnalezienie sensu życia [10].

Zablokowanie procesu żałoby lub jej przedłużanie się jest patologią niosącą ryzyko zaburzeń psychicznych. Personel medyczny, który potrafi zachęcać rodziców do dyskusji o tym, co się wydarzyło, do okazywania swych uczuć, zadawania pytań, który wspiera słowem, obecnością – pozytywnie wpływa na proces żałoby [11].

Bardzo ważnym aspektem dla rodziców jest uczciwe wyjaśnienie przyczyn śmierci płodu. Podczas tej rozmowy nie należy używać typowo medycznego języka. Położna, lekarz powinni upewnić się, czy wszystkie informacje zostały dobrze zrozumiane. Ponadto należy pamiętać, by rozmowa ta odbyła się w odpowiednich warunkach, we właściwym czasie i właściwym miejscu [4].

Czynniki etiologiczne ciąży obumarłej dzielimy na: płodowe, matczyne, łożyskowe i inne. Wśród czynników płodowych wymieniamy: nieprawidłowości chromosomalne, wady wrodzone i metaboliczne, JUGR oraz ciążę wielopłodową. Czynniki matczyne to: cukrzyca, nadciśnienie, wady macicy, stan przedrzucawkowy i rzucawka, niedoczynność tarczycy, cholestaza ciężarnych, niewydolność podwzgórza, zatrucia i uzależnienia (narkotyki, alkoholizm, nikotynizm). Przyczyną wewnątrzmacicznego obumarcia płodu mogą być: łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, niewydolność łożyska czy zespół przetoczenia krwi między bliźniakami [3]. Wśród innych przyczyn wymieniamy: błędy gametogenezy, zakażenia (bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze, grzybicze), zaburzenia immunologiczne, wady pępowiny (okręcenie, wypadnięcie, zaciśnięcie, węzeł prawdziwy) i przenoszenie ciąży [6].

Należy pamiętać o całościowej opiece nad rodziną zmarłego dziecka. Ojciec dziecka może odczuwać rozczarowanie, gniew, bezradność. Często zamyka swój smutek w sobie. Nieokazywanie uczuć pogłębia jego depresję. Personel medyczny powinien uświadomić mężczyźnie, że ma on prawo do odczuwania żalu, smutku. Należy nakłonić go do szczerzej rozmowy z matką dziecka. Wspólne przeżywanie tragedii zbliża dwoje ludzi. Wychodzą oni z kryzysu z większą miłością i podziwem dla siebie nawzajem [10]. Rodzeństwo zmarłego dziecka może snuć niedorzeczne domysły dotyczące nieżyjącego członka rodziny, co ma niekorzystny wpływ na dalszy psychiczny rozwój. Personel medyczny musi pamiętać o tym, że cierpienie nie tylko dotyczy kobietę, ale całą rodzinę. Przeprowadzono badania, które miały odpowiedzieć na pytanie, czego najbardziej potrzeba rodzicom pograżonym w żałobie. Badania takie są jednak niezwykle trudne ze względu na fakt, że rodzice im poddawani z reguły są w stanie wstrząsu lub czują niechęć do odnawiania bolesnych wspomnień. Udało się jednak wyróżnić kilka czynników, które zdaniem rodziców ułatwiają znoszenie żalu po stracie dziecka. Okazuje się, że:

- położna powinna prowadzić z matką rozmowę o nieżyjącym dziecku tylko wtedy, kiedy matka ma na to ochotę;
- decyzję o długości hospitalizacji powinno się skonsultować z matką dziecka, mając na uwadze jej potrzeby dotyczące oddziału i sali;
- należy zapytać matkę, czy życzy sobie otrzymać fotografię dziecka;
- powinno się uświadomić matkę, iż może wystąpić u niej laktacja;
- kiedy tylko zajdzie taka potrzeba, należy podać matce leki przeciwbólowe [12].

Poród dziecka dla wielu kobiet stanowi cel życia. Często jednak budzi on w ciężarnej poczucie lęku i stres. Stres ten osiąga szczyt, kiedy matka ma świadomość, że dziecko, które ma urodzić, jest martwe. Poród martwego dziecka jest swojego rodzaju życiowym paradoksem, gdyż dotyczy dwóch pojęć: śmierci i narodzin zarazem [4]. Jeśli rodzica sobie życzy, personel medyczny ma obowiązek zapewnić jej znieczulenie okołoporodowe. Poród powinna prowadzić położna z dużym doświadczeniem. Powinna cechować się delikatnością i troskliwością oraz umieć utrzymać kontakt z rodzicą. Jeśli nie ma przeciwwskazań, poród przeprowadzony jest drogami i siłami natury. Dzięki temu unika się zadawania matce dodatkowego bólu poprzez cięcie cesarskie. Ona sama podczas porodu czuje się jak rodzica, nie jak pacjentka chirurgiczna. Mimo wszel-

kich starań podczas porodu rodzice okazują żal i rozpacz. Jest to naturalne. Temu wydarzeniu nie towarzyszy radość narodzin. Jest to jedno z najbardziej traumatycznych doświadczeń w pracy położnej.

Przed porodem należy porozmawiać z rodzicami na temat losów dziecka po urodzeniu. Dawniej zabierano dzieci zaraz po narodzinach. Niektóre kobiety zaskoczył fakt, że ich maleństwo rodzi się w całości. Nie pozwalano dotknąć dziecka, a nawet na nie popatrzeć. Postępowanie takie prowadziło do nieprawidłowego przebiegu procesu żałoby, tym samym szkodziło rodzicom. Potrzebują oni, by ból po stracie znalazł swoje ujście i był umiejscowiony. By tak się stało, potrzebują dowodów istnienia dziecka. Zachowanie fotografii, jego odcisku rączki czy nóżki, tasiemki identyfikacyjnej, kosmyka włosów jest dowodem na jego krótką egzystencję. Dzięki temu kiedy przyjdzie na to pora, gdy emocje opadną, rodzice będą mogli pokazać pamiątki najbliższej rodzinie i wspólnie wspominać dziecko [12]. Rodzice pragną, by po porodzie ich dziecko było traktowane jak każde inne. Położna powinna nieść pomoc poprzez zachęcanie ich do fizycznego kontaktu z dzieckiem. Dlatego też umożliwia ona dotykanie, trzymanie go na rękach. Owija maleństwo w pieluszkę i ubiera. Dzięki takiemu kontaktowi mogą oni dostrzec jego podobieństwo do siebie nawzajem, płęć, wzrost, ciężar. Mają okazję ucałować i powitać je na świecie. Gdyby tego zabrakło, mogliby oni traktować dziecko jako bezosobowy płód [13]. Okazuje się, że położnica ma potrzebę opowiadania o przebytych porodzie. Często powtarza kilkakrotnie pewne fakty, sama szukając logiki zdarzeń. Po raz kolejny pyta o to samo – dzięki temu położna uświadamia sobie, co stanowi dla kobiety problem. Często wystarczy po prostu jej wysłuchać [12].

Szczególne wyzwanie czeka rodziców, których spotkało nieszczęście śmierci jednego z bliźniąt. Stają oni przed niezwykle trudnym zadaniem. Z jednej strony odczuwają potrzebę uczczenia narodzin żywego dziecka. Z drugiej zaś – opłakania śmierci drugiego. Gdy matka oczekuje narodzin dwójki lub więcej dzieci, kocha je wszystkie tak samo mocno. Oczekuje szczęśliwego rozwiązania dla każdego z nich. Często więc śmierć jednego z bliźniąt staje się sytuacją nie do zniesienia. Czasem dochodzi do odrzucenia żyjącego dziecka. Emocje związane ze śmiercią dziecka przyćmiewają radość narodzin. Matka niekiedy obwinia żyjącego noworodka o śmierć drugiego płodu. Położna powinna pomóc rodzinie, umożliwiając kontakt z psychologiem i duchownym. Pomocnym może się również okazać kontakt z ludźmi zmagającymi się z podobnymi problemami. Bardzo ważne jest, by podejście rodziców do żyjącego

dziecka z czasem uległo zmianie, ponieważ w późniejszym okresie dziecko, które przeżyło, wzrastałoby w poczuciu osamotnienia i poczuciu winy. To negatywnie wpłynęłoby na jego rozwój [12].

Według prawa poród martwego płodu należy zgłosić w urzędzie stanu cywilnego, w rejonie, w którym urodziło się dziecko. Lekarz lub położna mają prawo podpisać akt martwego urodzenia. Dostarczenie dokumentów jest obowiązkiem rodziców. Istnieje również obowiązek pogrzebowy [4]. Personel medyczny powinien być wsparciem również w dopełnianiu formalności związanych ze śmiercią płodu. Niejednokrotnie rodzice zagubieni w swej tragedii zapominają o rzeczach przyziemnych. Należy im o tym przypomnieć w odpowiedniej chwili. Rodzice powinni otrzymać w urzędzie akt o martwym urodzeniu, który potwierdza fakt, że dziecko naprawdę istniało. Położna powinna namawiać rodzinę do wzięcia udziału w ceremonii pogrzebowej dziecka. Wpływa to pozytywnie na przebieg procesu żałoby. Pojawia się miejsce, gdzie w przyszłości można odwiedzić dziecko, pomodlić się i zapalić znicz [12].

Istotne jest, by położna pamiętała o tym, by w odpowiednim momencie przedyskutować z pacjentką przyszłość planowania rodziny. Kobieta powinna planować zajście w kolejną ciążę tylko wtedy, gdy proces żałoby po śmierci dziecka zostanie poprawnie zakończony. Próba zajścia w kolejną ciążę bezpośrednio po stracie dziecka zaburzy proces żałoby. Matka podświadomie będzie zastępować zmarłe dziecko żyjącym. Negatywnie wpłynie to na kształtowanie więzi między nimi, a także na dalszy rozwój dziecka. Możemy znaleźć badania, które potwierdzają, iż 45% kobiet po 6 miesiącach od straty dziecka nadal odczuwa smutek. Powszechnie uważa się, że do spokojnego, mimo wspomnianego smutku, przebiegu procesu żałoby potrzeba 6–12 miesięcy. Należy jednak pamiętać, że żałoba jest procesem złożonym, uzależnionym od wielu czynników. Jej czas jest więc zindywidualizowany. Położna i lekarz powinni zachęcać, by kobieta o następnej ciąży myślała po upływie potrzebnego czasu na opłakanie śmierci dziecka i pogodzenie się z nową rzeczywistością [13].

Personel medyczny odgrywa ważną rolę w procesie wsparcia psychicznego kobiety i jej rodziny po śmierci dziecka. Życzliwość, umiejętność słuchania i dobre słowo okazane rodzicom są niezbędnymi substratami do prawidłowego przejścia procesu żałoby, pogodzenia się ze stratą dziecka i odzyskania wiary w to, że w przyszłości mogą zostać szczęśliwymi matkami i ojcami. [14]

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga pracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańsk: GWP; 2002. 117–120.
2. Frederickson HL, Wilkins-Haugh L. Sekrety ginekologii i położnictwa. DW Publishing Co.; 1997. 264–267.
3. Bręborowicz GH. Położnictwo i ginekologia. Repetytorium. Warszawa: PZWL; 2010. 50.
4. Hackenberg R, Florjański J (red. wyd. pol.). 80 przypadków ginekologiczno-położniczych. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007. 47–49.
5. Hackenberg R, Florjański J (red. wyd. pol.). Położnictwo i ginekologia. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2006. 75–79.
6. Dudenhausen JW, Pschyrembel W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Warszawa: PZWL; 2002. 103, 104.
7. Bręborowicz GH, Malinowski W, Ronin-Walknowska E. Ciąża wielopłodowa. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2003. 237–247.
8. Malinowski W, Szymczykiewicz P, Pajszczyk-Kieszkiewicz T. Zgon wewnątrzmaciczny jednego z płodów w II trymestrze ciąży bliźniaczej. Ginekol Położ. 2000;71:1255–1261.
9. Chazan B, Norwitz E, Schorge J. Położnictwo i ginekologia w zarysie. Warszawa: PZWL; 2006. 114–115.
10. Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa: PZWL; 2009. 157–163.
11. Trzcieniecka-Green A. Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS; 2006. 219–312.
12. Jo A, Levy V, Roch S. Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa. Warszawa: PZWL; 1995. 133, 135–138.
13. Kędziora S, Kędziora H, Sibińska E, Błaszczuk J. Postępowanie psychologiczne wobec pacjentek po utracie ciąży. Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej. 1993;61–64.
14. Bręborowicz GH. Ciąża wysokiego ryzyka. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2006. 117.

Zaakceptowano do edycji: 2017-05-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-05-29

Adres do korespondencji:

Jolanta Olszewska
ul Gdańska 3a
83-110 Tczew
tel. kom.: 693 156 926
e-mail: jolanta.olszewska@gumed.edu.pl