

SPECYFIKA OPIEKI POŁOŻNICZEJ NAD CIĘŻARNĄ ZAKWALIFIKOWANĄ DO INWAZYJNYCH BADAŃ PRENATALNYCH

Characteristics of obstetric's care provided to pregnant woman qualified for invasive prenatal tests

Paulina Mostyńska¹, Monika Przestrzelska², Zdzisława Knihinicka-Mercik²

¹ Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Badania prenatalne są obecnie zagadnieniem, z którym spotyka się niemal każda para oczekująca dziecka. Chęć udziału w nich jest zagadnieniem indywidualnym. Ich wykonanie nie powinno być z góry narzucone lub ograniczone. Postępowanie zgodnie z prawami pacjenta jest konieczne, aby diagnostyka odpowiadała na potrzeby społeczeństwa i służyła mu w właściwy sposób. Celem pracy jest skupienie uwagi na opiece udzielanej ciężarnej, które uczestniczą w badaniach prenatalnych i stwierdzono u nich wskazania do kontynuowania badań z wykorzystaniem metod inwazyjnych. Praca powstała na podstawie analizy indywidualnego przypadku. Z wywiadu z pacjentką, obserwacji oraz analizy dokumentacji wyodrębniono główne problemy towarzyszące opisywanej ciężarnej. Kobieta została zakwalifikowana do amniopunkcji z powodu ryzyka skorygowanego powyżej 1:300, obliczonego na podstawie testu PAPP-A w 13. tygodniu ciąży. W niniejszej pracy dokonano analizy problemów biologicznych, psychicznych i społecznych, które towarzyszyły kobiecie w czasie ciąży. Omówiono kategorie problemów dotyczące sfery psychicznej pacjentki, wyjaśniając wspierającą i edukacyjną rolę położnej. Zaproponowane działania służą przede wszystkim poprawie poziomu opieki nad ciężarną oraz zwiększeniu jej komfortu psychicznego, szczególnie podczas udziału w badaniach prenatalnych. Zagadnienie jest podejmowane głównie przez psychologów prokreacji. Konieczne jest uaktualnianie wiedzy położnych w dziedzinie diagnostyki prenatalnej, ponieważ problem jest wciąż w marginalny sposób traktowany przez środowisko medyczne. Powinno to ulec zmianie, jeśli ma się na celu otoczenie pacjentki całościową opieką, w której wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego współpracują ze sobą.

Słowa kluczowe: diagnostyka prenatalna, ciąża, płód.

SUMMARY

Nowadays prenatal diagnosis is an issue that concerns almost every couple expecting a baby. Desire for the participation in this screening is an individual issue. Prenatal examination should not be imposed or limited. Acting with accordance to patient's rights is necessary for prenatal diagnosis to cater for the society needs and to serve the society in the right way. The objective in this article is focusing attention on the care given to pregnant women participating in prenatal diagnosis and with indication for continuing diagnosis with invasive methods. This paper presents a case study. Based on the interview with the patient, patient's observation and analysis of documentation, the main problems were selected. These problems were experienced by the pregnant patient who was qualified for the amniocentesis because of the 1:300 risk score estimated in PAPP-A test in 13. week of pregnancy. The interview, observations and documentations were used for creating the care process which is the essential research tool in this case study. This article analyses biological, psychological and social problems which occur during this patient's pregnancy. The paper discusses categories of problems concerning the patient's psychological sphere, explaining the supportive and educational role of midwife. Proposed activities improve level of the pregnant women's care and increase comfort of patients participating in the screening. The issue is undertaken mainly by psychologists of the procreation. Updating midwife's knowledge in the topic of the prenatal diagnosis is necessary, because this issue is still marginally discussed in the medical community. It should change, if the midwives want to surround women with holistic care where all team members are cooperating with each other.

Key words: prenatal diagnosis, pregnancy, fetus.

WSTĘP

Obecnie rodzice przygotowując się do narodzin dziecka, stoją przed wieloma dylematami. W Polsce dąży się do umożliwienia bezpłatnego udziału w badaniach prenatalnych wszystkim ciężarnym. Stanowi to wyzwanie dla personelu medycznego, gdyż wzrasta wieloaspektowość opieki sprawowanej nad kobietą w czasie ciąży. Na optymalne przeprowadzanie procesu diagnostyki prenatalnej składa się nie tylko wysoka jakość badań wykonywanych zgodnie z wytycznymi FMF (*Fetal Medicine Foundation*) i rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, ale równie ważne jest postępowanie zgodne z prawami pacjenta. Należy zwrócić uwagę, iż pacjentka posiada prawo do informacji, wyrażenia zgody bądź odmówienia korzystania z proponowanych jej świadczeń zdrowotnych. Postępowanie według praw pacjenta jest szczególnie ważne, gdyż wynik badań może się wiązać z przedwczesnym zakończeniem ciąży. Udzielając rodzicom informacji o możliwości udziału w bada-

niach prenatalnych, konieczne jest uwzględnienie ich indywidualnych potrzeb, które są zdeterminowane przez różne czynniki, np. poziom wiedzy, doświadczenia, przekonania. Należy zrozumieć niekwestionowane miejsce rodziców w procesie diagnostyki prenatalnej. W procesie diagnostyki partnerzy powinni zostać otoczeni opieką ze strony wszystkich członków zespołu terapeutycznego – położnej, ginekologa, genetyka, psychologa. Pomoc ostatniego z nich może się okazać konieczna już podczas pierwszego badania.

CEL PRACY

Celem pracy jest skupienie uwagi na opiece, jaką są objęte kobiety ciężarne, u dzieci których stwierdzono wysokie ryzyko obecności wad genetycznych, oraz określenie wpływu diagnostyki prenatalnej na budowanie więzi rodziców z dzieckiem prenatalnym.

MATERIAŁ I METODY

Powstały proces pielęgnowania stanowi główne narzędzie badawcze w metodzie indywidualnych przypadków w pielęgniarstwie.

Streszczenie pracy zostało ogłoszone w ramach VII Konferencji Naukowej „Działania położnej na rzecz kobiety” zorganizowanej przez SKN UM we Wrocławiu 20.10.2015 r.

gniarstwie. Opierając się na danej metodzie, opisano przypadek ciężarnej kobiety, u dziecka której na podstawie testu PAPP-A stwierdzono podwyższone ryzyko wystąpienia trisomii 18. pary chromosomów. Przedstawienie sytuacji analizowanego przypadku u kobiety zwraca uwagę na deficyty występujące w opiece nad wybraną grupą pacjentów.

Tworząc proces pielęgnowania, obrano model opieki psychodynamicznej według koncepcji Hildegard Peplau, która zwracała uwagę na funkcję wspierającą osoby sprawującej opiekę nad pacjentem. Zgodnie z tą teorią, zadaniem położnej jest umacnianie u pielęgnowanej kobiety własnych możliwości i przekonań tak, aby potrafiła podejmować świadome decyzje dotyczące samoopieki. Należy pamiętać, iż ciężarna uczestnicząca w Programie Badań Przesiewowych (PBP) niejednokrotnie stoi przed wieloma dylematami. Rolą położnej jest edukacja, a następnie wspieranie partnerów w podjętych decyzjach.

OPIS PRZYPADKU

Podmiotem opieki była kobieta ciężarna. Kiedy dowiedziała się o II ciąży była bardzo szczęśliwa i pozytywnie nastawiona do nowej sytuacji. Podczas I wizyty u ginekologa, kiedy stwierdzono obecność ciąży, została poinformowana, że ze względu na wiek, powyżej 35. roku życia, kwalifikuje się do bezpłatnego udziału w PBP. Ciężarna była zadowolona z propozycji badań, ponieważ podczas poprzedniej ciąży nikt jej nie udzielił informacji o takiej możliwości. Wyraziła chęć udziału w badaniach prenatalnych. Po pierwszym badaniu – nieinwazyjnym – lekarz nie udzielał jej żadnych informacji, co sprawiło, że była zdenerwowana i zniecierpliwiona. Po wprowadzeniu uzyskanych wyników do systemu wygenerowanego przez FMF ryzyko skorygowane kwalifikowało ciężarną do oceny kariotypu. Kobieta nie potrafiła zrozumieć informacji, które przekazywał jej lekarz. Dowiedziała się od położnej, że ryzyko obecności letalnej wady u dziecka jest ogromne. Kobieta relacjonuje, iż członkowie personelu zgodnie zalecili poddanie się amniopunkcji, która dałaby podstawy do przerwania ciąży w przypadku potwierdzenia wady genetycznej. Ciężarna w obawie przed ryzykiem powikłań po zabiegu inwazyjnym nie zdecydowała się na pobranie płynu owodniowego. Postanowiła oczekiwać na badanie połówkowe z dokładną oceną anatomii płodu, na które zgłosiła się w 20. tygodniu ciąży. Okres między badaniami wspomina jako pełen stresu i niepokoju, żyła w obawie o stan zdrowotny dziecka. Twierdzi, że walczyła ze sobą i powstrzymywała się przed kontaktowaniem z dzieckiem, w obawie przed jego stratą. Podczas kolejnego badania ultrasonograficznego lekarz ocenił wszystkie struktury jako prawidłowe, co wyraźnie uspokoiło matkę. Kobieta urodziła zdrowego, donoszonego chłopca.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Problemy występujące u pacjentki dotyczyły różnych aspektów jej życia. Tworząc proces pielęgnowania, niedopuszczalne było skupienie się wyłącznie na optymalizacji deficytów biologicznych. Większość z nich ujawniała się w sferze emocjonalnej ciężarnej i miała charakter przewlekły. Stąd też konieczne było objęcie jej długoterminową opieką. Poniżej przedstawiono wybrane problemy, które uporządkowano w sposób hierarchiczny.

Na pierwszy plan wysunął się **lęk o dobrostan dziecka**. Według Selyego, ciąża może stanowić stresor fizyczny dla organizmu. Jednak dysponuje on mechanizmami adaptacyjnymi, które pozwalają mu utrzymać stan homeostazy [1]. Niepokój o stan dziecka jest naturalny dla kobiety ciężarnej. Kiedy jednak na skutek niedoinformowania, braku kompetentnej pomocy lub niskiego poziomu wiedzy przeradza się w chroniczny stres, wzrasta ryzyko wystąpienia patologii perinatalnych, np. porodu przedwczesnego [2]. Pożądane działania personelu medycznego, mające na celu zmniejszenie odczuwanego lęku, to przede wszystkim udzielanie konsultacji w sposób zrozumiały. Położna informuje ciężarną skierowaną na badania prenatalne o prawie do uzyskania wyczerpującej informacji na ich temat od lekarza prowadzącego – celu, interpretacji uzyskanego wyniku, zasadności wykonania. Zachęca kobietę do szczerej rozmowy z lekarzem. Może to stanowić istotny czynnik uspokajający dla

pacjentki. Powoduje wzrost poczucia bezpieczeństwa i zaangażowania w opiekę. W przypadku występowania utrzymującego się lęku należy zaoferować kobiecie wsparcie psychologa. Może się ono okazać przydatne już na tym etapie diagnostyki.

Kolejnym problemem, który zdominował pierwsze miesiące ciąży, była **trudność w budowaniu więzi z dzieckiem prenatalnym**. Według wspomnień kobiety, występowała u niej obawa przed okazywaniem dziecku czułych zachowań i pielęgnowaniem ich relacji. Według Bielawskiej-Batorowicz [2], ciąża to czas, który służy realizacji przez kobietę kilku zadań. Odbywa się to na poziomie podświadomości. Matka stara się przede wszystkim zapewnić sobie i dziecku poczucie bezpieczeństwa, aby mogło się ono rozwijać w warunkach optymalnych, z ograniczoną liczbą czynników stresogennych. Ciężarna stanowi jedyne znane dziecku środowisko, jest spójnikiem łączącym je ze światem zewnętrznym, a także od wczesnych tygodni prawidłowo przebiegającej ciąży wraz z partnerem zaczyna budować więź z dzieckiem prenatalnym [3]. Pojęcie to wprowadził psychiatra dziecięcy, prof. Peter G. Fedor-Freybergh, który stwierdził, że dziecku już w życiu wewnątrzmacicznym przysługują wszelkie cechy i prawa istoty ludzkiej. Wiąż emocjonalna występuje dzięki takim czynnikom, jak: uznanie dziecka za odrębną istotę, tworzenie obrazu „dziecka wyobrazonego”, czyli potomka o preferowanych przez rodziców cechach [2, 4], oraz prowadzenie rozmów z dzieckiem. Aby pomóc rodzicom w budowaniu więzi, położna może przedstawić im model dziecięciotygodniowego płodu, omówić kolejne etapy rozwoju wewnątrzmacicznego dziecka. Warto, aby zachęcała partnera do towarzyszenia ciężarnej podczas badania USG. Pomieszczenie musi być przystosowane do obecności osoby towarzyszącej. Zadaniem położnej jest także zachęcanie partnerów do podejmowania bezpośredniego kontaktu z dzieckiem, np. dotykanie brzucha czy też malowanie postaci syna na powłokach skórnych.

Istotnym problemem okazał się także **brak poczucia bezpieczeństwa podczas I badania prenatalnego**. Jak głosi teoria Masłowa, odczuwanie bezpieczeństwa należy do potrzeb niższego rzędu, których funkcją jest stabilizacja, ich zapewnienie warunkuje możliwość uzupełniania deficytów w zakresie potrzeb wyższego rzędu. Podstawową zasadą dla członków zespołu terapeutycznego powinno być zapewnienie ciężarnej intymnych i komfortowych warunków w czasie wykonywania badań. Poza tym zorganizowany specjalista wzbudza większe zaufanie u ciężarnej, co rzutuje na odczuwany przez nią poziom bezpieczeństwa. Położna zachęca pacjentkę do wyrażania swoich potrzeb oraz zadawania pytań. Deficyt wiedzy pacjentki był jednym z czynników, który pogłębiał u niej brak poczucia bezpieczeństwa. Sytuacja, w której znalazła się kobieta, była dla niej nowa. Istotne, aby położna miała świadomość, jak ważne jest zdobycie zaufania osoby, nad którą sprawuje opiekę.

U opisywanej pacjentki pojawiła się także **trudność w podjęciu decyzji o wykonaniu amniopunkcji**. Ciężarna przyznała, że odczuwała potrzebę upewnienia się, że dziecko nie jest obciążone zespołem Edwardsa, jednak po rozmowie z mężem i otrzymaniu informacji o możliwych powikłaniach amniopunkcji zrezygnowała z dalszej diagnostyki. Należy zwrócić uwagę, iż stosunek rodziców do inwazyjnych badań prenatalnych jest zdeterminowany przez wiele czynników: ich poziom wiedzy medycznej, światopogląd, osobowości, cech charakteru i wielu innych [5]. Do odmowy udziału w amniopunkcji może skłaniać kobietę obawa przed bólem w czasie badania, strach przed zranieniem dziecka, a także ryzyko utraty ciąży na skutek przeprowadzenia zabiegu. Natomiast na wycofanie się z udziału w dalszych etapach diagnostyki może wpływać np. strach przed koniecznością podjęcia decyzji co do dalszych losów ciąży w przypadku stwierdzenia wady letalnej u potomka [6]. W żadnym wypadku członkowie personelu medycznego nie powinni podejmować decyzji za partnerów, nawet jeśli są przez nich o to proszeni. Położna i lekarz bez względu na wybór rodziców otaczają ich należyta i adekwatna do potrzeb opieką. Wysłuchują ich dylematów, a podjęte decyzje traktują z szacunkiem.

DYSKUSJA

Imponujący postęp w dziedzinie diagnostyki prenatalnej implikował konieczność wprowadzenia zmian w obowiązujących algorytmach opieki nad kobietą ciężarną. W 2009 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje opierając się na standardach obowiązujących na świecie, m.in. wytycznych FMF. Dokument opracowany przez czołowych specjalistów ginekologii w Polsce powstał z uwzględnieniem obowiązujących zaleceń PTG dotyczących prowadzenia ciąży, wykonywania badań ultrasonograficznych, diagnozowania i podejmowania terapii płodu. Jak wynika z badań, wykrywalność mutacji chromosomowych wynosi obecnie ponad 75% [7]. Celem członków towarzystwa jest ograniczenie odsetka wyników fałszywie dodatnich do 5%. Aby osiągnąć to zamierzenie oraz zagwarantować ciągły wzrost jakości badań, wprowadzono coroczne audyty i zalecono korzystanie z programów obliczających ryzyko genetyczne zatwierdzonych przez FMF [7]. Wymienione działania mają także służyć maksymalnemu ograniczeniu wykonywania inwazyjnych badań prenatalnych, z którymi wiąże się ryzyko poronienia. Według danych zawartych w Programie Badań Prenatalnych z 2004 r., ryzyko powikłań w przypadku amniopunkcji zawiera się w przedziale 0,5–1% [8].

Omawiając problematykę diagnostyki prenatalnej, warto zwrócić uwagę, jak silne emocje wywołują one u kobiet biorących w nich udział. *Cambridge Prenatal Screening Study* to program badawczy, w którym wzięły udział ciężarne we wczesnej ciąży z dziewięciu szpitali południowo-wschodniej Anglii [9]. Do oceny niepokoju kobiet związanego z ich doświadczeniami dotyczącymi diagnostyki prenatalnej posłużono się skalami EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) oraz STAI (*Spielberger State – Trait Anxiety Inventory*), która składa się z części „State”, określającej aktualne odczucia badanej osoby, oraz „Trait”, odnoszącej się do tego, jak bardzo strachliwa jest w życiu. Skale „State” oraz EPDS zostały wykorzystane po 35. tygodniu ciąży oraz w okresie poporodowym. Badania z użyciem „Trait” wykonano między 12. a 16. tygodniem ciąży. Otrzymane wyniki wskazały na znaczną korelację lęku towarzyszącego kobietom w związku z udziałem w diagnostyce prenatalnej z wysokimi wskaźnikami uzyskanymi w EPDS.

Obserwując pacjentkę po udziale w teście PAPP-A, pojawił się problem z nawiązywaniem przez nią relacji z dzieckiem. Obawa przed podejrzeniem letalnej wady u syna i cierpieniem wywołanym ewentualną śmiercią płodu mogła powstrzymać matkę przed kontaktowaniem się z nim. Czub w swojej pracy [10] zwraca uwagę na znaczenie tworzenia więzi matki z dzieckiem. Ich wzajemna relacja, której początków upatruje się już w okresie zarodkowym, pozwala kontynuować rozwój emocjonalny oraz społeczny dziecka w życiu pozamacicznym. W 1969 r. Bowlby wysnuł teorię przywiązania. Jednym z jej elementów było twierdzenie, że więź dziecka z opiekunem – matką kształtuje się do 1. roku życia, a jej charakter rzutuje na relacje społeczne w późniejszych okresach życia [10]. Bielawska-Batorowicz stwierdza, na podstawie badań [2], że powstanie więzi o dużym natężeniu w czasie ciąży warunkuje pozytywny stosunek do dziecka po urodzeniu.

Barbara Katz-Rothman jest autorką koncepcji „próbnej ciąży”, kiedy to kobieta ogranicza relację z dzieckiem w obawie przed konsekwencjami decyzji związanej z niepomyślnym wynikiem badania. Jej myśl rozwinął w 1989 r. Kolker (wg [11]), który wnioskując z faktu, że automatycznie po uzyskaniu negatywnego wyniku badania diagnostycznego wzrasta natężenie więzi matki z płodem, zauważył, że amniopunkcja wiąże się dla ciężarnej z dużym poziomem stresu, a czas oczekiwania na rezultat wzmacnia poczucie niepewności. Autorzy są zgodni co do potrzeby monitorowania wpływu świadomości wyniku fałszywie dodatniego testu PAPP-A na sferę psychiczną ciężarnej. W innych badaniach Farranta (wg [11]), zaobserwowano, że wysoki poziom lęku powstały na skutek otrzymania niepomyślnej informacji nie ustępował nawet wtedy, kiedy specjalista po upływie określonego czasu starał się skorygować i wyjaśnić rzeczywisty stan rzeczy. Na podobny aspekt badań prenatalnych Merkel zwrócił uwagę już w 1986 r. Na podstawie obserwacji stwierdził, że natężenie więzi emocjonalnej z płodem jest odwrotnie proporcjonalne do poziomu lęku i stresu, towarzyszącego rodzicom. Natomiast wzrost siły owej więzi koreluje ze wzrostem poczucia własnej wartości partnerów, akceptacją społeczną, a także jakością ich wzajemnych relacji (wg [2]).

Baston i Hall w swojej publikacji zwracają uwagę na fakt, iż według NMC (*Nursing and Midwifery Council*) obowiązkiem położnych jest ciągłe uaktualnianie wiedzy na temat zmieniających się procedur medycznych [12]. Jak podaje NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), zadaniem położnej jest ocena dobrostanu psychicznego ciężarnej i upewnienie się, że kobieta czuje się bezpiecznie w środowisku domowym. Podczas wizyty pacjentka jest zachęcana do przedstawienia swoich problemów. Zachowanie i język ciała w czasie rozmowy podlegają obserwacji. Jeśli istnieje taka potrzeba, położna udziela informacji w sprawie kontaktu z psychologiem. Jednocześnie autorki podkreśliły, że powinna ona działać w granicach swoich zawodowych kwalifikacji i kompetencji oraz ustawy o zawodzie [12].

WNIOSKI

Optymalne warunki przeprowadzania diagnostyki prenatalnej zależą od wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Rola położnej w opiece nad pacjentką/rodziną z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia wady genetycznej u dziecka jest wspierająca i edukacyjna. Wiedza na ten temat diagnostyki prenatalnej powinna być przekazywana pacjentce/rodzicom w sposób zrozumiały. Przeprowadzanie diagnostyki prenatalnej powinno przebiegać z poszanowaniem praw drugiego człowieka – pacjentki, płodu, personelu. Decyzja o udziale w diagnostyce prenatalnej może być zależna od sfery psychicznej, przekonań, czynników osobniczych pacjentki/rodziców, dlatego może budzić w nich wiele dylematów.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych auterek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Szymona-Pałkowska K. *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2005.
2. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk; 2006: 111–181.
3. Fedor-Freybergh PG. *Dziecko prenatalne. Psychosomatyczna specyfika okresu prenatalnego i perinatalnego jako środowiska życia dziecka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2014.
4. Łukasik R, Woś H. Różne formy kontaktu rodziców z dzieckiem przed narodzeniem. *Probl Pielęg* 2013; 21(1): 137–140.
5. Kornas-Biela D. *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 1996.
6. Bień A, Pilewska-Kozak AB. *Diagnostyka prenatalna*. W: Makara-Studzinska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PZWL; 2009: 177–183.
7. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej. *Ginekol Pol* 2009; 80: 390–393.
8. Zespół do spraw opracowania programu badań prenatalnych w Polsce. Program badań prenatalnych [cyt. 20.02.2015]. Dostępny na URL: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ppz_prenatalnych_2004.pdf.
9. Green JM. *What is the EPDS measuring and how should we use it in research?* In: Henshaw C, Elliott S, Cox J, eds. *Screening for perinatal depression*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2005: 141–145.
10. Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświat* 2003; 2(29): 31–49.
11. Abramsky L, Chappelle J, red. *Diagnostyka prenatalna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.
12. Baston H, Hall J. *Monitorowanie dobrostanu emocjonalnego kobiety w ciąży. Przedporodowe badania przesiewowe dotyczące nieprawidłowości płodu*. W: Kaleta M, red. wyd. pol. *Przed porodem*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011: 68–83, 100–115.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509 727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.11.2015 r.

Po recenzji: 27.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 29.11.2015 r.