

Szefczyk-Polowczyk Lucyna, Wengel-Woźny Karina, Respondek Malwina, Pudło Hanna. Opieka prenatalna nad matką dziecka niepełnosprawnego = Prenatal care for the mother of a disabled child. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(6):321-332. ISSN 2391-8306. DOI 10.5281/zenodo.18696

<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%286%29%3A321-332>

<https://pbn.nauka.gov.pl/works/567330>

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.18696>

Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.

Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, 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/3.0/>) 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/3.0/>) 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: 21.04.2015. Revised 28.05.2015. Accepted: 16.06.2015.

Opieka prenatalna nad matką dziecka niepełnosprawnego Prenatal care for the mother of a disabled child

Lucyna Szefczyk-Polowczyk¹, Karina Wengel-Woźny²,
Malwina Respondek³, Hanna Pudło³

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Studium Doktoranckie Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Polska

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Studium Doktoranckie Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Polska

³ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Studium Doktoranckie Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Polska

¹ Medical University of Silesia, Ph.D. Department of Pharmacy with the Division of Laboratory Medicine in Sosnowiec, Poland

² Medical University of Silesia, Ph.D. Department of Health Sciences in Katowice, Poland

³ Medical University of Silesia, Ph.D. Department of Public Health in Bytom, Poland

Słowa kluczowe: badania prenatalne, matka, ciąża, niepełnosprawność.

Key words: prenatal tests, mother, pregnancy, disability.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy: Dla większości rodziców wykonanie badań prenatalnych wiąże się z poczuciem bezpieczeństwa psychicznego związanego z prawidłowym przebiegiem ciąży. Diagnostyka prenatalna oferuje szerokie spektrum badań możliwych do przeprowadzenia na różnych etapach zaawansowania ciąży w celu wczesnego rozpoznania wad wrodzonych. Matka z rozpoznaną ciążą ryzyka powinna zostać objęta opieką specjalistyczną w ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności, wówczas szanse na przeżycie, a nawet wyleczenie płodu wzrastają. Równie ważne jest zaspokojenie potrzeby informacji dotyczącej aspektów medycznych, ale także praktycznych możliwości uzyskania pomocy (psychologicznej, finansowej, dostępu do rehabilitacji itp.).

Celem pracy była ocena istoty badań prenatalnych w diagnostyce niepełnosprawności dziecka oraz ocena dostępności do wsparcia psychologicznego i merytorycznego dla matek po otrzymaniu diagnozy.

Materiał i metodyka: Badanie zostało przeprowadzone w pierwszym kwartale 2015 roku wśród matek dzieci niepełnosprawnych. Metodą badawczą w niniejszej pracy był sondaż, techniką badawczą-ankieta. Autorskim anonimowym kwestionariuszem ankiety objęto grupę 60 osób.

Wyniki: Większość badanych kobiet przyznała, że ciąża była planowana. Niepokój budzi fakt, iż po otrzymaniu diagnozy znacznej grupie kobiet nie udzielono jakiegokolwiek wsparcia psychologicznego oraz nie poinformowano gdzie po porodzie można szukać pomocy związanej z leczeniem oraz rehabilitacją dziecka.

Wnioski: W większości przypadków diagnoza o chorobie dziecka uzyskana podczas badania prenatalnego miała wpływ na dalszy przebieg ciąży. Ankietowane kobiety przyznają, iż uzyskały wystarczającego/bądź żadnego wsparcia psychologicznego oraz merytorycznego ze strony personelu medycznego.

Abstract

Introduction and objectives: For most parents perform prenatal diagnosis is associated with a sense of psychological security associated with normal pregnancy outcome. Prenatal diagnosis offers a wide range of research that can be carried out at various stages of pregnancy to early diagnosis of congenital malformations. Mother diagnosed with the risk of pregnancy should be included in specialist care at the resort with the highest degree of referentiality, then the chances of survival and even cure the fetus grow. Equally important it is to meet the need for information on medical aspects, but also the practical possibility of obtaining assistance.

The aim of the study was to assess the substance of prenatal diagnosis of the child's disability and to assess the availability of psychological and informational support to mothers after receiving the diagnosis.

Material and Methods: The study was conducted in the first quarter of 2015 years among mothers of children with disabilities. The research method in this study was a survey research-survey technique. Copyright anonymous questionnaire survey involved a group of 60 people.

Results: The majority of women surveyed admitted that the pregnancy was planned. Concern is the fact that after receiving the diagnosis, a large group of women not given any psychological support and were not informed where postpartum, you can seek help related to the treatment and rehabilitation of the child.

Conclusions: In most cases, the child's diagnosis of the disease was achieved in the antenatal have an impact on the further course of pregnancy. Women surveyed admitted that they had not obtained sufficient / or any substantial psychological support and medical staff from the.

Wstęp

Rozwój medycyny prenatalnej otworzył nowe możliwości w zakresie diagnostyki płodu. Korzystanie z nieinwazyjnych badań prenatalnych takich jak powszechnie stosowane badanie ultrasonograficzne płodu (USG) pozwala na wczesne wykrycie wad rozwojowych już we wczesnych etapach ciąży. Cele owej diagnostyki są odmienne z perspektywy rodzica, lekarza i dziecka poczętego (1). Dla lekarza najważniejsze jest wykrycie ewentualnych wad wrodzonych u płodu, w celu podjęcia wczesnego leczenia (in utero lub bezpośrednio po urodzeniu).

Badanie prenatalne wykonywane w ramach programu badań prenatalnych refundowanego przez NFZ wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) wiek od ukończenia 35 lat;
- 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikowo;
- 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu (2).

Badania prenatalne dzielą się na inwazyjne i nieinwazyjne. W przeważającej większości przesiewowa diagnostyka prenatalna opiera się przede wszystkim na badaniach nieinwazyjnych, które są bezpieczne dla matki i płodu. Obecnie najczęściej stosowane metody badań nieinwazyjnych to:

- badanie ultrasonograficzne (USG)
- test PAPP-,
- test zintegrowany

- test zintegrowany (to ocena ryzyka wystąpienia wad u płodu na podstawie wspólnej analizy wyników testu PAPP-A i testu potrójnego. Test zintegrowany to najbardziej wiarygodne badanie prenatalne nieinwazyjne z najczęściej stosowanych).
- testy: potrójny, poczwórny (test stosowany jest jako badanie przesiewowe w II trymestrze ciąży. Wykazuje ryzyko obecności nieprawidłowości płodu, takich jak zespół Downa lub Edwardsa oraz wad cewy nerwowej, takich jak rozszczep kręgosłupa).

Badania te opierają się na ocenie ultrasonograficznej płodu oraz na badaniu krwi matki. Przy użyciu metod nieinwazyjnych lekarz nie jest w stanie ustalić jednoznacznego rozpoznania, a jedynie określić ewentualne prawdopodobieństwo wystąpienia choroby u płodu. Dlatego też w sytuacji kiedy wynik testu przesiewowego (nieinwazyjnego) jest wątpliwy lub nieprawidłowy (wyliczone ryzyko wady płodu jest określone jako wysokie) pacjentkom, proponuje się rozszerzenie diagnostyki o badania inwazyjne.

Obecnie w Polsce stosuje się następujące inwazyjne metody badań prenatalnych :

- amniopunkcję
- biopsję trofoblastu
- kordocentezę.

Uzyskany z nich materiał biologiczny przesyła się do badań cytogenetycznych, molekularnych i biochemicznych (3)

Dla rodzica badania prenatalne często mają wymiar emocjonalny (poczucie bezpieczeństwa w momencie uzyskania pozytywnych informacji o stanie zdrowia dziecka). Kontrowersje pojawiają się w momencie wykrycia wad rozwojowych/genetycznych u rozwijającego się płodu. Literatura przedmiotu wskazuje, iż przekazanie tej informacji przyszłym rodzicom jest niezwykle trudnym momentem dla lekarza specjalisty. Badacze tej problematyki uznali, iż od sposobu przekazania informacji o stanie dziecka zależy całe dalsze przystosowanie rodziców do sytuacji (4) (5).

Diagnoza o chorobie dziecka jest stanem zatrważającym dla rodziców/samotnych matek. Zdarza się, że w konsekwencji narodzin chorego dziecka związki rozpadają się, a osobą oddalającą się od rodziny jest najczęściej ojciec dziecka (6) (7). Liczne badania naukowe dowodzą, iż każda matka/rodzic przechodzi przez konkretnie nazwane stadia występujące (w różnych odstępach i długościach czasowych) (8):

- 1). Szok
- 2). Faza reakcji
- 3). Faza przystosowania

4). Faza orientacji

Niejednokrotnie zdarza się, iż rodzice stoją przed dylematem przerwania „nieszczęśliwej ciąży”. W Polsce, w myśl obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (z 1993 r.) aborcji można dokonywać, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety, jest duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu lub gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (3).

Czy jednak ów zapis prawny to nie stoi w opozycji do art. 38 konstytucji Rzeczypospolitej Polski, który zapewnia każdemu człowiekowi prawnej ochrony życia, w tym każdej istocie ludzkiej od chwili poczęcia aż do śmierci (9)?

Kobieta ciężarna ma jednak prawo do decyzji o terminacji ciąży. Głównym argumentem jest w tym przypadku strach o życie dziecka w bólu, niepokój związany z przyszłością własną i dziecka, obciążenie fizyczne, psychiczne i finansowe zarówno dla rodziców jak i dla systemu zdrowia. Drugorzędne argumenty to: zmiana warunków i statusu życia rodziny, jak również niespełnienie oczekiwań związanych z radością narodzin oczekiwanego potomka. W przypadku chorób nieuleczanych medycyna prenatalna, której celem jest wczesna diagnoza w celu podjęcia leczenia, niejako wycofuje się pozostawiając do decyzji rodziców rozważenie urodzenia dziecka z wadą lub przerwania trwania jego życia (terminacja ciąży). Decyzja ta niewątpliwie należy do najtrudniejszych w życiu rodzica. Przedmiotem dociekań etycznych staje się pytanie czy mamy prawo decydować o życiu lub śmierci istoty ludzkiej w przypadku gdy nie spełnia ona przyjętych ogólnospołecznie prymarnych założeń zdrowia?

Wielokrotnie rodzic pozostaje bez jakiegokolwiek wsparcia informacyjnego zarówno w zakresie możliwości rozwoju dziecka, jak i dalszego leczenia oraz sposobów uzyskania dalszej pomocy w pierwszych latach życia dziecka. Należy także mieć na uwadze fakt, iż stany emocjonalne kobiet w ciąży są niezwykle chwiejne, często osoby te są dużo bardziej podatne na osądy i sugestie innych osób niż byłyby nie będąc w ciąży.

Cel pracy. Celem pracy była ocena istoty badań prenatalnych w diagnostyce niepełnosprawności dziecka oraz ocena dostępności do wsparcia psychologicznego i merytorycznego dla matek po otrzymaniu diagnozy.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w pierwszym kwartale 2015 roku wśród matek dzieci niepełnosprawnych. Metodą badawczą w niniejszej pracy był sondaż, techniką badawczą – ankieta. Autorskim anonimowym kwestionariuszem ankiety objęto grupę 60 osób. Udział w badaniu był dobrowolny.

Respondentki odpowiadały na pytania dotyczące opieki prenatalnej w czasie ciąży.

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 14 kobiet w przedziale wiekowym 18-24 lat, 18 respondentek w wieku 25-30 lat, 20 w przedziale wiekowym 31-35 lat, tylko 8 spośród badanych kobiet było w wieku powyżej 35 lat.

Wśród 60 respondentek 60% mieszka w mieście, a 40% na wsi. Wykształcenie ankietowanych przedstawia się następująco:

- wyższe: 28 osób
- zawodowe: 10 osób
- średnie: 22 osoby
- podstawowe: 0 osób

Wyniki badań

Wśród kobiet, które wzięły udział w badaniu 67% przyznaje, że ciąża była planowana (40 osób) [Ryc.1]. Pozytywnym aspektem jest fakt, że aż 54 kobiety miały wykonane w czasie ciąży badanie prenatalne (90%), a tylko 6 (10%) respondentek w ogóle nie miało wykonanego tego badania [Ryc.2]. Przynajmniej 2 badania w całym okresie trwania ciąży miało wykonane 28 kobiet (47%) [Ryc.3]. U przeważającej większości ciężarnych (85%- 46 osób) respondentek były to badania prenatalne nieinwazyjne [Ryc.4]. U 18 kobiet (31%) diagnoza o chorobie dziecka uzyskana podczas badania prenatalnego nie wypłynęła na przebieg ciąży, natomiast u 20 kobiet (34%) już w okresie prenatalnym podjęto leczenie [Ryc. 5]. Niepokój budzi fakt, iż po otrzymaniu diagnozy o chorobie dziecka 73% kobiet (44 osoby) nie udzielono jakiegokolwiek wsparcia psychologicznego [Ryc. 6] oraz nie poinformowano gdzie po porodzie można szukać pomocy związanej z leczeniem oraz rehabilitacją dziecka [Ryc. 7]. Ponad połowa badanych kobiet po otrzymaniu informacji o chorobie dziecka odczuwała lęk przed tym co nieznane-czy sobie poradzą (57%-34 osoby), 18 kobiet (30%) odczuwało smutek, żadna z badanych kobiet nie zadeklarowała, iż doznała uczucia nadziei i siły do działania [Ryc. 8].

Dyskusja

Zauważa się światowy trend medykalizacji i komercjalizacji badań prenatalnych nastawiony głównie na przyszłych rodziców (kobiet w ciąży). Z jednej strony istniejący obecnie fakt nieodłączności ciąży od badań ultrasonograficznych (USG), jest zjawiskiem pożądanym z perspektywy promocji i profilaktyki zdrowia. W niniejszym badaniu w 85% kobiet deklarowało, że miało wykonane badania USG. U niemal połowy z nich (47%) badanie to wykonane było dwukrotnie, a u 23% matek USG wykonane było co najmniej 3 razy.

Jak podaje Łuczak-Wawrzyniak J., w latach 50-tych ubiegłego wieku nieinwazyjne badanie USG głównie było wyznacznikiem podjęcia wczesnego leczenia (in utero), przewiezienia ciężarnej na czas porodu do ośrodka o wyższej referencyjności lub informowało o chorobie nieuleczalnej dziecka, co dawało rodzicowi czas z oswojeniem się z diagnozą (1). U większości respondentek (62%) biorących udział w niniejszym badaniu ankietowym wykrycie wady u płodu wpłynęło na dalszy przebieg ciąży (podjęcie leczenia jeszcze w okresie prenatalnym bądź ustalenie odpowiedniego miejsca porodu-szpital o zwiększonej referencyjności). Spośród badanych 7% kobiet nie zdecydowało się na proponowane leczenie dziecka w trakcie ciąży. Zastanawia fakt, iż dla niemal 1/3 kobiet wykrycie wady u dziecka w ogóle nie wpłynęło na dalszy przebieg ciąży.

Dane piśmiennictwa wskazują, iż w obecnych czasach informacja o wadzie wrodzonej płodu w wielu przypadkach staje się przesłanką do przerwania ciąży. W krajach, w których procedura terminacji ciąży jest zalegalizowana, niemal 80% kobiet decyduje się na ten zabieg, w sytuacji zdiagnozowania nieprawidłowego kariotypu lub wady letalnej płodu (10) (11). Dane piśmiennictwa wskazują, iż w krajach tych wykrycie u płodu występowania zespołu Downa stanowi argument do przerwania ciąży dla 67-85% kobiet ciężarnych, jednak od 10 lat obserwuje się trend spadkowy takich decyzji (12).

Decyzja o terminacji ciąży stawia rodziców i lekarzy przed dylematem moralnym. W przypadku wykrycia wady podlegającej leczeniu, dziecko w łonie matki traktowane jest jako pacjent (podlegający procedurom medycznym), natomiast czy w przypadku wady letalnej już nim nie jest i można zdecydować o jego śmierci?

Artykuł 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej wskazuje na obowiązki lekarza względem kobiety w ciąży: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Artykuł 38 p. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej wskazuje, że obowiązkiem lekarza jest informowanie ciężarnej możliwościach leczenia i ryzyku: „Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych” (13).

W Polsce problematycznym aspektem tej sytuacji jest fakt, że kobieta mimo woli urodzenia chorego dziecka, najczęściej nie otrzymuje żadnego wsparcia psychologicznego, a należy zwrócić uwagę, iż w takiej sytuacji jest ona narażona nawet na wykluczenie przez najbliższe otoczenie (14). Badania naukowe dowodzą, iż samoocena i poczucie własnej wartości kobiety-przyszłej matki dziecka niepełnosprawnego spada diametralnie (15) (16). To kobieta jest

w dzieckiem związana najbardziej zarówno emocjonalnie jak i fizycznie, toteż dla niej informacja o chorobie dziecka jest najbardziej obciążająca.

Jak słusznie sugeruje Zabłocki T. i Brejnak W. w sytuacji diagnozy choroby dziecka jeszcze w okresie prenatalnym pomoc psychologiczna powinna być procedurą obowiązkową refundowaną przez NFZ, bowiem aż 73% objętych niniejszym badaniem kobiet nie doświadczyło tej pomocy, twierdząc jednocześnie, że byłaby ona im bardzo potrzebna (17).

Wśród badanych kobiet 73% nie otrzymało żadnej informacji odnośnie możliwości uzyskania pomocy dla dziecka zarówno terapeutycznej jak i finansowej po porodzie. Nie dziwi zatem fakt, iż najczęściej wybieraną przez matki odpowiedzią dotyczącą odczuwanego stanu emocjonalnego po uzyskaniu diagnozy było „Lęk przed tym co nieznane - czy sobie poradzę”. W podobnych badaniach przeprowadzonych przez Ledwoń M. wykazano, iż lęk występował istotnie częściej niż przerażenie, rozczarowanie, złość, poczucie winy czy spokój (18).

Wnioski

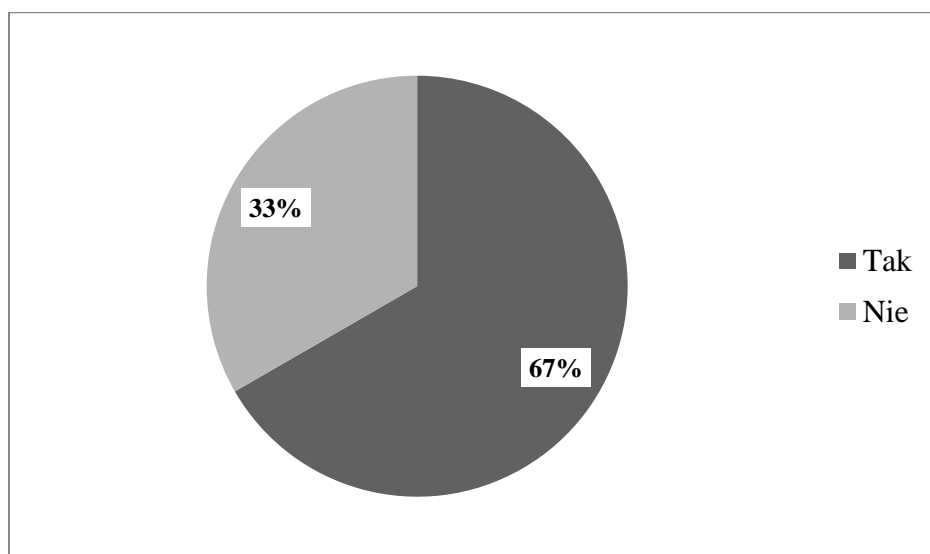
1. Odsetek kobiet ciężarnych poddających się badaniom prenatalnym jest znaczny (90%).
2. W większości przypadków diagnoza o chorobie dziecka uzyskana podczas badania prenatalnego miała wpływ na dalszy przebieg ciąży (podjęto leczenie, wyznaczono miejsce porodu).
3. Ankietowane kobiety przyznają, iż nie uzyskały wystarczającego/bądź żadnego wsparcia psychologicznego oraz merytorycznego ze strony personelu medycznego, co miało wpływ na ich negatywne odczucia po uzyskaniu informacji o chorobie dziecka.

Wykaz piśmiennictwa

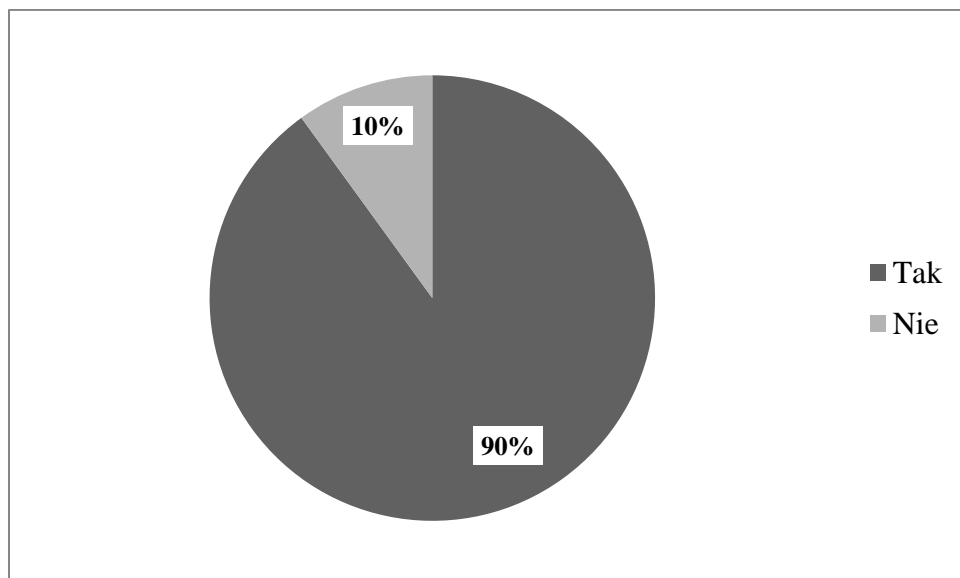
1. Łuczak-Wawrzyniak J. Diagnostyka prenatalna – analiza celu badania z perspektywy lekarza, matki/rodziców, płodu/dziecka. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2013 i 6(1):7-13.
2. Szaflik K Borowski D. Znaczenie badania płynu owodniowego we współczesnej perinatologii. *Klin Pediatrrii*, 1999(7):15-20.
3. Ustawa o planowaniu rodziny ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78)z dnia 7 stycznia 1993 r. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930170078>, dostęp:2014.02.02).
4. Gustavsson A. Zakrzewska-Manterys E.,Upośledzenie w społecznym zwierciadle, Warszawa, wyd. Żak, 1997.

5. **Rodziny.2000(5):41-47 Kwaśniewska G.Rola personelu medycznego w przekazaniu rodzicom pierwszej informacji o niepełnosprawności ich dziecka.Problemy.**
6. **Mikołajczyk-Lerman G. Między wykluczeniem a integracją-realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Łódź Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, 2013.**
7. **Karwowska M. Zmaganie się z problemami dnia codziennego rodziców wychowujących dziecko z niepełnosprawnością umysłową (w świetle badań własnych) W:Karwowska M. (red.). RoczNIK Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Nauki O Edukacji. Bydgoszcz, Wyd. KPSW;2008:93-109.**
8. **Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych [w:] Obuchowska I. (red.). Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wyd. WSiP Warszawa i 1999:18-54.**
9. **Konstytucja Rzeczypospolitej Polski**
www.isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU19970780483&type=3, **dostęp 2015.02.04.**
dostęp:2015.02.02.
10. **Balkan M. Kalkanali S., Akbas H. i wsp. Prenatal decisions regarding a prenatally detected fetal chromosomal abnormality and the impact of geneting counseling: an analysis of 38 cases with aneuploidy in Southeast Turkey. J GenetCounsel. 2010;19 (3): 241-246.**
11. **Shaffer B. Caughey A., Norton M. Variation in the decisionmto terminate pregnancy in the setting of fetal aneuploidy. Prenat. Diagn. 2006 i 26(8): 667-671.**
12. **Natoli J Acerman D, McDermott S. Prenatal Diagnosis of Down syndrome: A systematic review of termination rates (1995-2011) Prenatal Diagnosis. 2012 i 32(2):142-153.**
13. **Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=63>, *dostęp:2015.02.04.***
14. **Szefczyk-Polowczyk L. Zygmunt A., Wengel K., Responek M.,Problemy matek dzieci niepełnosprawnych.W: Żarow R.(red.) Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia.Leczenie i rehabilitacja.Tarnów:Wyd. PWSZ w Tarnowie, 2014:707-716.**
15. **Fisher M. Parenting Stress and the Chilt With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Journal of Clinical Psychology, 1990 i 4:337-346.**
16. **Rola J. Niepełnosprawność dziecka jako czynnik depresji u matki-uwarunkowania osobowe i środowiskowe, W: Chodkowska M. (red.), Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Lublin: Wyd.UMSC i 1995:33-34.**
17. **Zabłocki T.J. Brejnak W. Problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, Fides et Ratio. 2012 i 29-43. 1(9):.**
18. **Ledwoń M. Psychologiczne aspekty diagnostyki prenatalnej wad wrodzonych. Acta Universitatis Lodziensis,Folia Psychologica, 2004 i 8:113-121.**

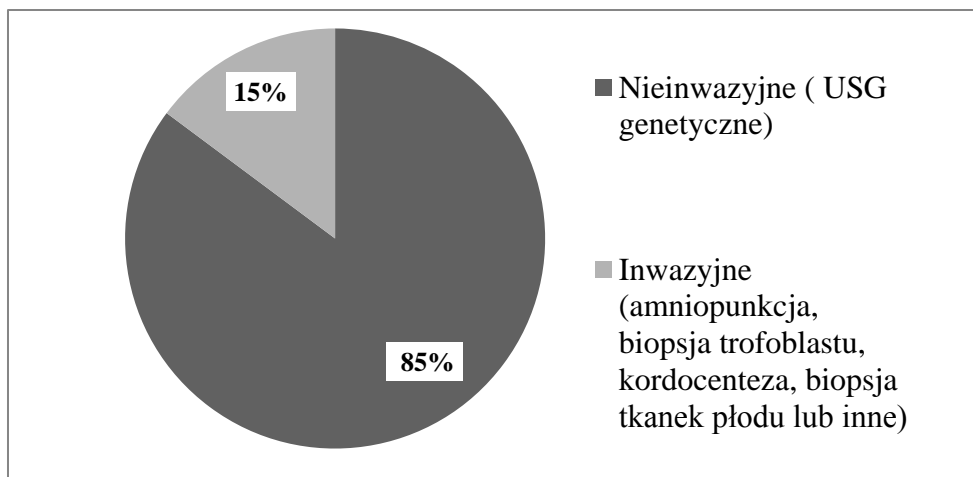
Tabele i ryciny



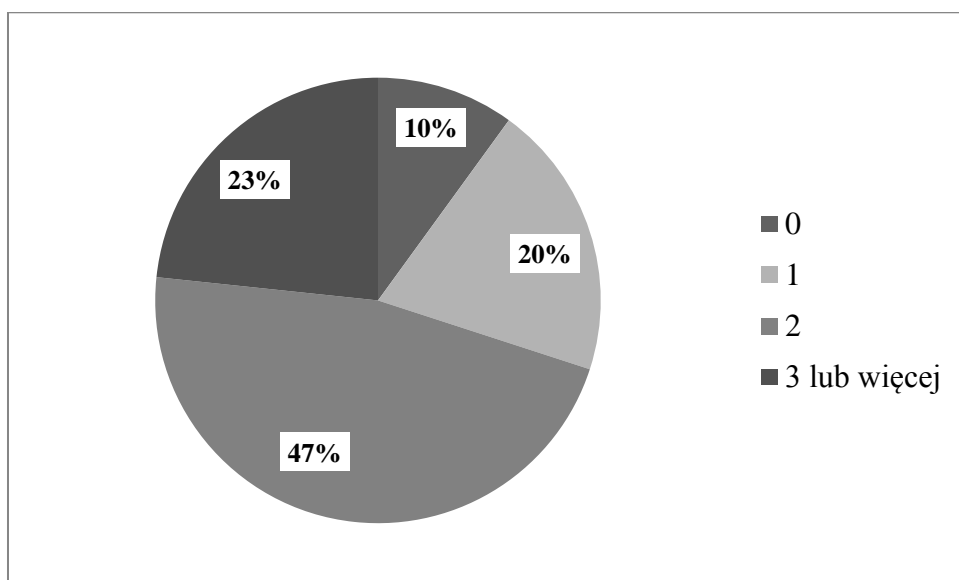
Ryc. 1 Deklaracja kobiet dotycząca planowania ciąży.



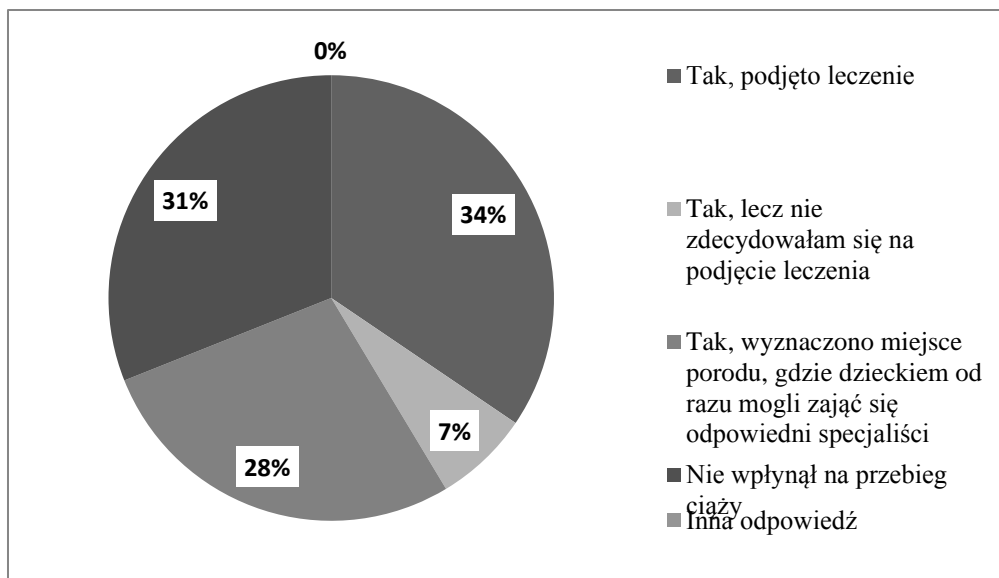
Ryc. 2 Wykonywanie badań prenatalnych w czasie ciąży.



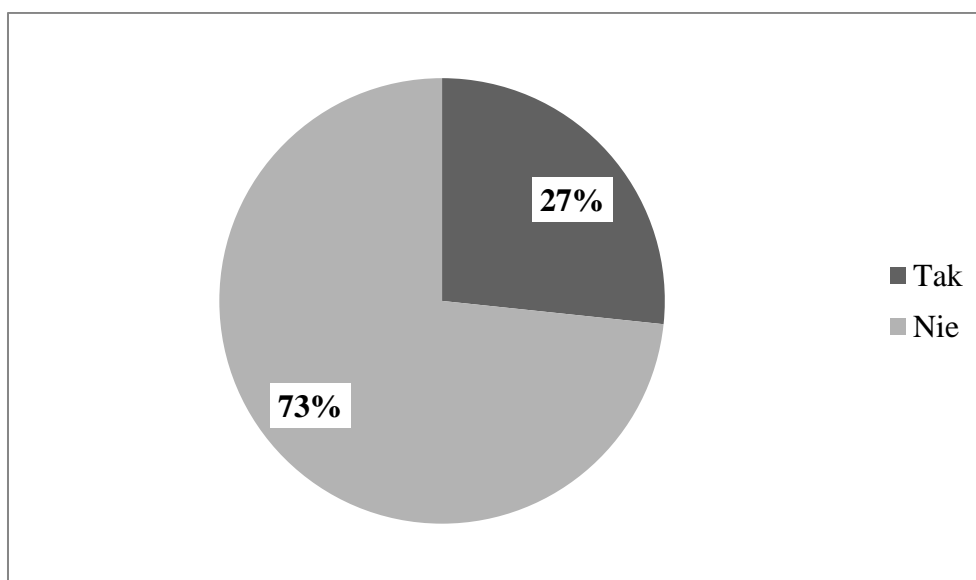
Ryc. 3 Rodzaj wykonanych badań prenatalnych.



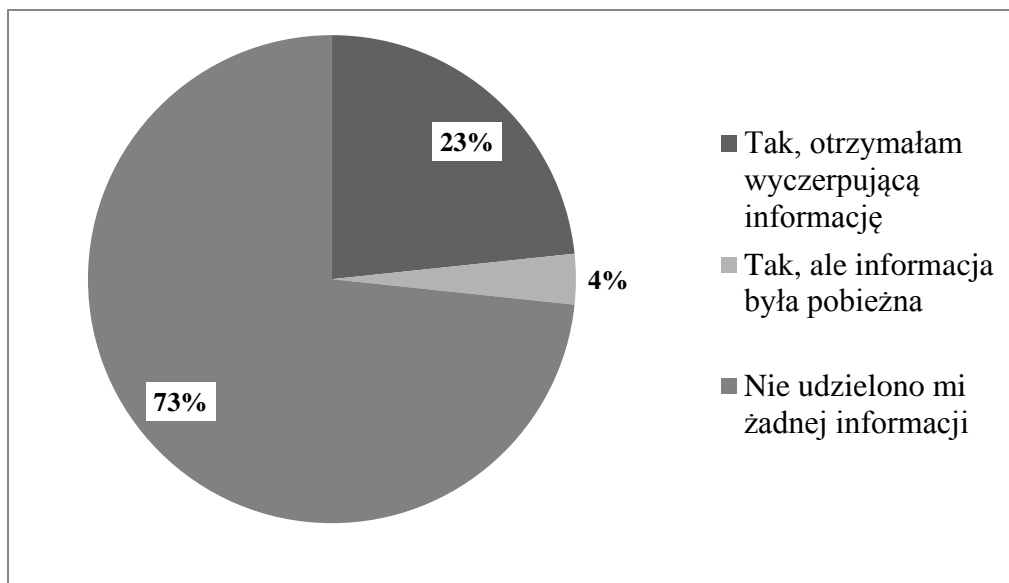
Ryc. 4 Ilość wykonanych badań w czasie trwania ciąży.



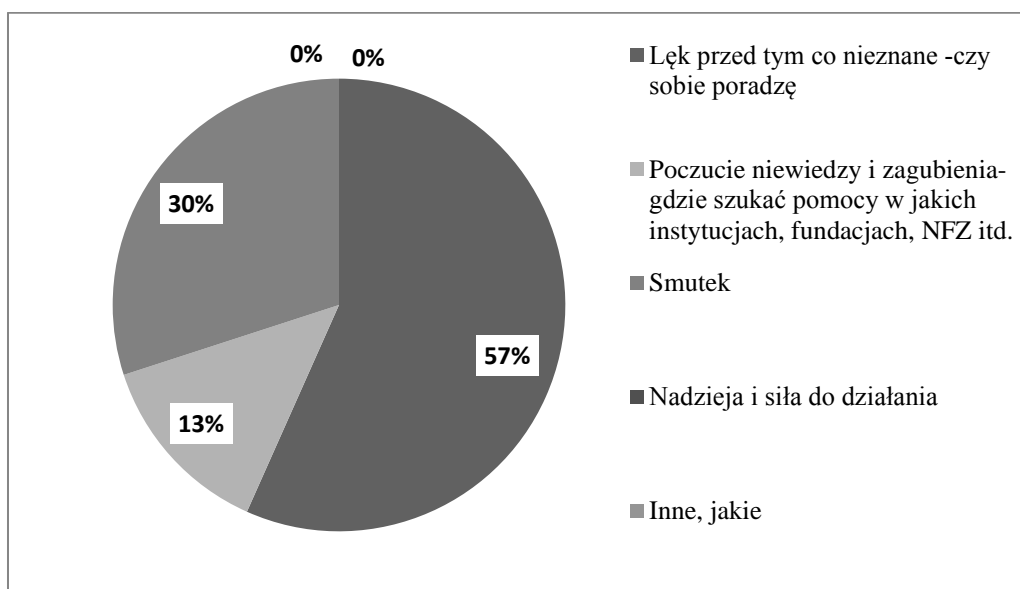
Ryc. 3 Wpływ wykonanego badania prenatalnego na przebieg ciąży.



Ryc. 4 Wsparcie psychologiczne dla matek po otrzymaniu diagnozy o chorobie dziecka.



Ryc. 5 Otrzymanie informacji, gdzie po porodzie można szukać pomocy związanej z leczeniem oraz rehabilitacją dziecka.



Ryc. 6 Subiektywne odczucia matek towarzyszące przez pierwsze 3 miesiące po narodzeniu dziecka/po uzyskaniu informacji o chorobie dziecka.