

Z ZAGADNIENÍ PSYCHOLOGII PROKREACYJNEJ

Pod redakcją
ELEONORY BIELAWSKIEJ-BATOROWICZ
DOROTY KORNAS-BIELI

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIERSYTETU LUBELSKIEGO
LUBLIN 1993

Książkę wydano bez opracowania redakcyjnego na podstawie maszynopisu przygotowanego
przez Redaktorów naukowych

ISBN 83-228-0321-4

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO
20-708 Lublin, ul. Konstantynów 2, tel. 55-71-51

Wydanie II. Nakład 800+25 egz. Ark. wyd. 8. Ark. druk. 10,5. Papier offset.
kl. III, 70 g. Do powielania oddano w lipcu 1993 r. Powielanie ukończono w sierp-
niu 1993 r. Zam. 227/93

ZAKŁAD MAŁEJ POLIGRAFII KUL

Ewa Jarosik
Anna Faińska
Dorota Kornas - Biela
KUL - Lublin

POSTAWY LEKARZY WOBEĆ DIAGNOSTYKI PRENATALNEJ I PRZERYWANIA CIĄŻY¹

Wprowadzenie

Ojciec medycyny - Hipokrates - żył w latach 460-377 przed Chrystusem. Według badań i dowodów uzyskanych przez Naguiba Riada rodowód przysięgi lekarskiej, związanej z imieniem Hipokratesa, sięga panowania Imhotepa. Tak więc okres jej istnienia i oddziaływania oblicza się na blisko 5 tysięcy lat. W przysiędze tej między innymi czytamy (Fijałkowski 1989, s.179):

"Nie dam nikomu trucizny, nawet na jego prośbę, ani kobiecie nie podam napoju dla zabicia płodu."

W Polsce najstarsza formuła przysięgi, składanej przez licencjatów medycyny ubiegających się o stopień doktora, pochodzi z Akademii Krakowskiej z początku XV wieku (Tulczyński 1985), a treść jej, poza niewielkimi zmianami, jest powtórzeniem przysięgi Hipokratesa. Odzwierciedleniem aktualności przysięgi Hipokratesa jest fragment Deklaracji Genewskiej z 1948 roku, podpisanej przez kraje członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych:

"Będę chronił życie ludzkie bez wyjątków od samego poczęcia."

Dopiero przed kilkunastu laty w przyrzeczeniu składanym przez młodych adeptów medycyny wymazano zdanie dotyczące ochrony dziecka poczętego. Rodzi się zatem pytanie o postawy lekarzy wobec przerywania ciąży. Czy ich zdaniem przerywanie ciąży jest dozwolone?

Przerywanie ciąży coraz częściej związane jest z diagnostyką prenatalną. Środki masowego przekazu transmitują coraz więcej audycji propagujących diagnostykę prenatalną. Również coraz

¹ Pracę tę zrealizowano w ramach programu C.P.B.R. 11.7.5, koordynowanego przez Zakład Genetyki Instytutu Matki i Dziecka.

częściej mówi się o korzyściach, jakie niosą ze sobą badania prenatalne, np. zyski społeczne i ekonomiczne, takie jak: wyeliminowanie chorób uwarunkowanych genetycznie, polepszenie puli genowej społeczeństwa, obniżenie kosztów ponoszonych przez państwo, a związanych z leczeniem i rehabilitacją dzieci upośledzonych (Johnson i Elkins 1988, Teopltitz 1985). Wobec powyższego pojawia się problem stosunku lekarzy do omawianych zagadnień, który można wyrazić w pytaniu: jakie są postawy lekarzy wobec diagnostyki prenatalnej jako metody wykrywania wad wrodzonych oraz wobec selektywnej aborcji, czyli przerywania ciąży po stwierdzeniu w badaniach wad płodu?

Cel badań

Głównym celem przeprowadzonych badań było poznanie postaw lekarzy wobec diagnostyki prenatalnej oraz wobec selektywnej aborcji. Poza tym starano się poszukać związku między postawami wobec diagnostyki prenatalnej i selektywnej aborcji a takimi zmiennymi jak: pogląd na temat początku życia człowieka, rzetelność wiedzy na temat rozwoju prenatalnego dziecka, hierarchia wartości, religijność.

Metoda badań

Badania zostały przeprowadzone za pomocą Kwestionariusza PWDP (Postawy Wobec Diagnostyki Prenatalnej) i Karty Personalnej, które zostały opracowane na seminarium z pedagogiki specjalnej pod kierunkiem dr D. Kornas-Bieli. Objęto nimi 53 lekarzy (43 kobiety i 10 mężczyzn), którzy brali udział w szkoleniu w zakresie poradnictwa genetycznego prowadzonym przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie w ramach I stopnia specjalizacji w pediatrii.

Wyniki

1. Postawy wobec przerywania ciąży

Jak wynika z badań 13,5% badanych osób opowiada się zdecydowanie za aborcją, natomiast 21,2% jest zdecydowanie przeciwnych przerywaniu ciąży. Pozostałe osoby nie wypowiedziały się w sposób zdecydowany za lub przeciw: 44,2% jest skłonnych dopuszczać aborcję w wielu sytuacjach, a 21,2% przyzwala na nią w skrajnych przypadkach. Ze skomasowania odpowiedzi typu "zdecydowanie tak"

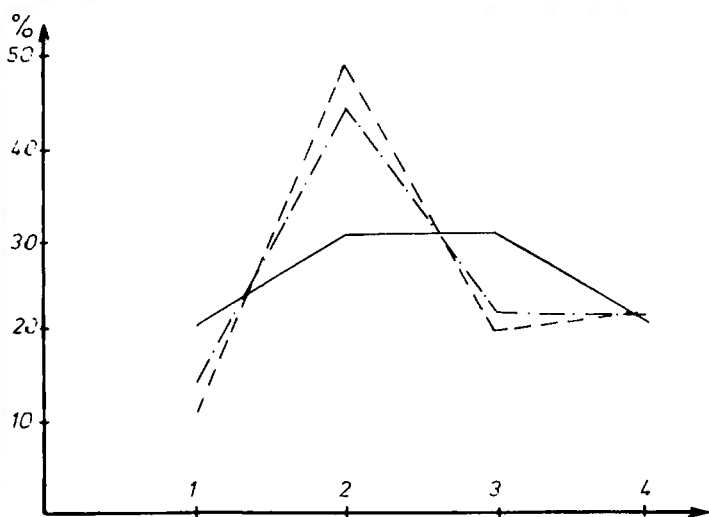
i "raczej tak" oraz "zdecydowanie nie" i "raczej nie" można wysunąć wniosek, że większość osób ma pozytywny stosunek do przerywania ciąży (por. rys. 1).

Jak uzasadniano udzielanie takich, a nie innych odpowiedzi? Z analizy wypowiedzi można wyciągnąć następujący wniosek: brak uzasadnień dla opinii odnośnie dopuszczalności przerywania ciąży zdarzał się znacznie rzadziej w przypadku postaw proaborcyjnych niż w przypadku postaw antyaborcyjnych. Innymi słowy badani znacznie łatwiej formułowali argumenty uzasadniające słuszność aborcji, natomiast znacznie trudniej przychodziło im uzasadnienie motywacji służących ochronie poczętego życia. Na trudności w uzasadnianiu postawy antyaborcyjnej wskazuje zarówno fakt malej liczby tych uzasadnień, jak i brak ich treściowego zróżnicowania. Poza stwierdzeniem, że jest to zabójstwo, nie wystąpiły inne rodzaje argumentacji.

Z analizy treści uzasadnień anty- i proaborcyjnych wynika, że argumenty przeciw przerywaniu ciąży odwołują się do racji natury moralnej oraz filozoficznej koncepcji osoby ludzkiej, przyznającej prawa należne człowiekowi już od poczęcia. Natomiast uzasadnienia proaborcyjne mają charakter psychologiczny (np. pozostawiają to decyzji rodziców) i opierają się na etyce sytuacyjnej, zakładającej zmienność norm moralnych.

Badania ujawniły dużą zależność postaw wobec aborcji od systemu wartości respondenta. Okazało się, że postawy antyaborcyjne korelują z preferowaniem takich wartości jak: wiara w Boga ($p < 0,01$), zgodne pożycie małżeńskie i rodzinne (zbliża się do istotności statystycznej) i życie zgodne z normami moralno-religijnymi ($p < 0,01$). Natomiast postawy proaborcyjne korelują z takimi wartościami jak: posiadanie przyjaciół i życzliwych ludzi ($p < 0,05$), kształcenie się i rozwijanie własnych zainteresowań ($p < 0,01$), posiadanie zdrowych i prawidłowo rozwijających się dzieci ($p < 0,05$) oraz dostatek, dobre warunki materialno mieszkaniowe ($p < 0,01$).

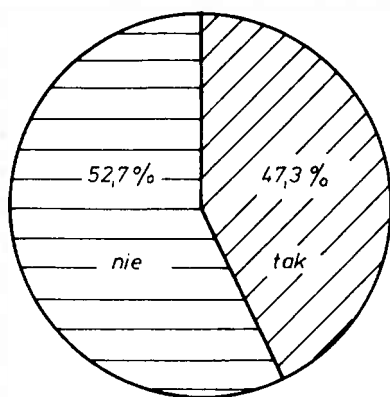
Z wyników tych widać wyraźnie, że istnieje zależność między akceptacją wartości religijno-rodzinnych a postawą ochrony poczętego życia oraz między preferencją wartości hedonistycznych i osobistego rozwoju, potrzebą wsparcia społecznego i wysoką oceną wartości jaką jest zdrowie dziecka a postawą sprzyjającą prze-



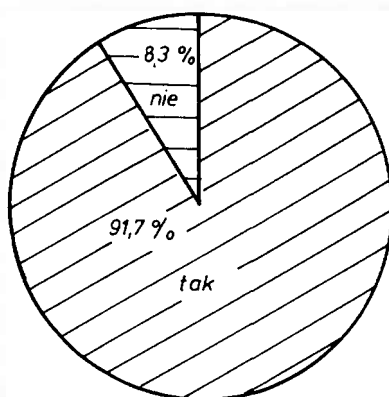
Rys.1. Stosunek do przerywania ciąży

1. zdecydowanie tak — mężczyźni
 2. raczej tak --- kobiety
 3. raczej nie -.-.- ogółem
 4. zdecydowanie nie.

a/osoby praktykujące



b/osoby nie praktykujące



Rys. 2. Dopuszczalność przerywania ciąży u osób praktykujących i nie praktykujących.

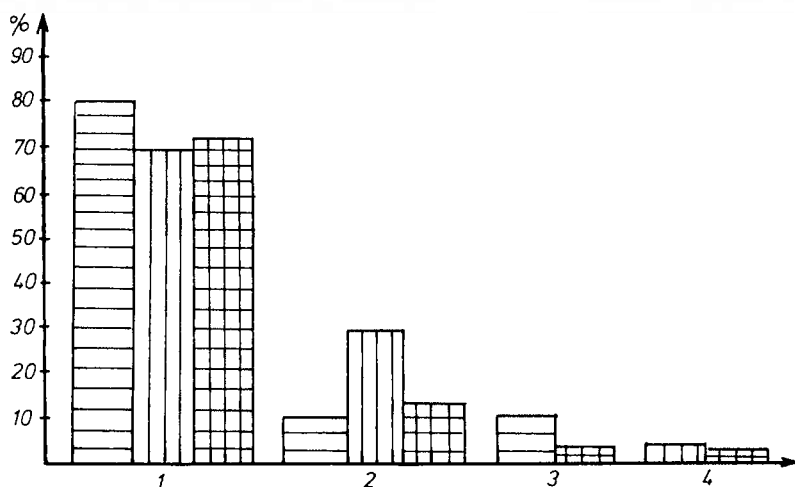
rywaniu ciąży. Wynik ten jest zgodny z uzyskanym przez K. Strzembosz (1986, cyt. wg Kornas-Biela, 1988), która również stwierdziła pozytywną zależność między akceptacją norm etyki chrześcijańskiej a całkowitą dezaprobatą przerywania ciąży.

Analiza danych wykazała również zależność postawy wobec aborcji od poziomu religijności respondenta ($p < 0,01$). Obrazuje to rys. 2, z którego wynika, że osoby nie praktykujące w zdecydowanej większości (91,7%) dopuszczają przerywanie ciąży. Natomiast u osób praktykujących zdania były podzielone mniej więcej po połowie - 47,5% dopuszcza, a 52,5% nie dopuszcza aborcji. W grupie osób nie praktykujących tylko jedna osoba sprzeciwiła się przerywaniu ciąży. Warto dodać również, że postawy lekarzy wobec przerywania ciąży są niezależne od takich zmiennych jak: status ontyczny płodu ($p - n.i.$) czy rzetelność wiedzy na temat rozwoju prenatalnego dziecka ($p - n.i.$)

2. Postawy wobec diagnostyki prenatalnej i selektywnej aborcji

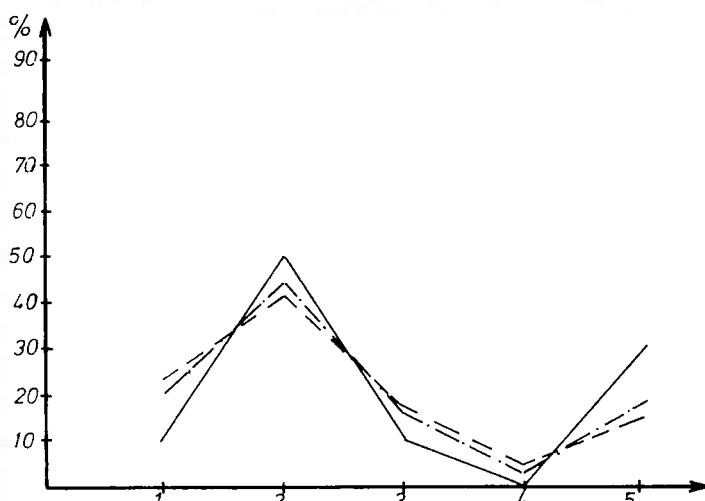
Zdecydowana większość lekarzy (96,2%) wyraziła pogląd, że jeśli istnieje możliwość przeprowadzenia w okresie ciąży badań wykrywających chorobę lub wadę płodu, to należy poddać się badaniom pomimo tego, że choroba ta jest niemożliwa do leczenia (por. rys. 3). Warto podkreślić, że w przypadku 71,2% odpowiedzi była to postawa zdecydowanie pozytywna. Mężczyźni częściej niż kobiety wypowiadali się za diagnostyką prenatalną w sposób zdecydowany. Tylko jedna osoba (kobieta) z badanej grupy odpowiedziała, że nie należy poddawać się badaniu, gdy choroba nie jest możliwa do leczenia, ale nie uzasadniła swojej odpowiedzi. Jeden z mężczyzn uznał, że raczej nie należy korzystać z badania w powyższej sytuacji, chociaż dzięki badaniu istnieje możliwość postępu w nauce.

Wobec tak pozytywnych postaw w stosunku do diagnostyki prenatalnej rodzi się pytanie o sposób uzasadniania przez respondentów własnych racji. Okazało się, że wszyscy mężczyźni uzasadnili swe pozytywne stanowisko wobec diagnostyki prenatalnej, natomiast 19% kobiet nie podało żadnych argumentów na rzecz swego stanowiska. Analiza treści uzasadnień wskazuje, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety, najczęściej powoływali się na konieczność świadomego podejmowania decyzji o urodzeniu dziecka obciążonego chorobą (50% mężczyzn, 52,5% kobiet). Wskazywano także na ciężki los dziecka chorego lub kalekiego (30% mężczyzn, 14% kobiet).



Rys. 3. Stosunek do diagnostyki prenatalnej.

1. tak
2. raczej tak
3. raczej nie
4. inne
- mężczyźni
kobiety
ogółem



Rys. 4 Stosunek do aborcji selektywnej.

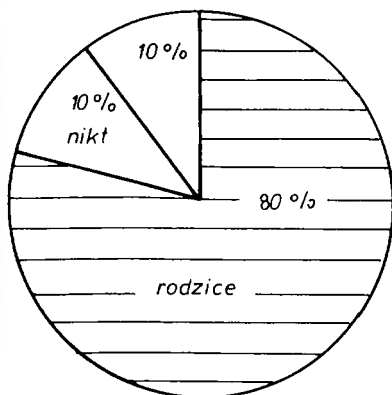
1. konieczna
2. dopuszczalna do końca 3 m-ca
3. dopuszczalna do końca 5 m-ca
4. dopuszczalna do końca ciąży
5. niedopuszczalna
- mężczyźni
kobiety
ogółem

Niektórzy wspominali o możliwościach, jakie stwarza diagnostyka prenatalna dla postępu medycyny. U kobiet pojawiła się dodatkowo nowa kategoria motywacji, a mianowicie możliwość przygotowania się dzięki badaniu prenatalnemu na przyjęcie dziecka chorego - w ten sposób wyraziły się 4 kobiety. Innymi słowy można by powiedzieć, że poddanie się prenatalnym badaniom diagnostycznym tylko dla tych 4 osób ma charakter działań moralnie pozytywnych, gdyż zakłada pomoc choremu dziecku. Natomiast pozostała część badanych lekarzy będąc pozytywnie nastawiona do diagnostyki prenatalnej widzi w niej raczej jedynie metodę diagnozy, a więc jedynie wykrywania choroby u dziecka. Stąd powstaje pytanie, co należy zrobić w takiej sytuacji. Jest to pytanie o akceptację selektywnej aborcji.

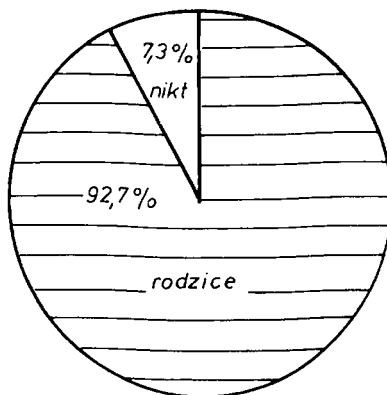
Ogólnie można powiedzieć, że 83% wszystkich badanych dopuszcza selektywną aborcję, przy czym kobiety wyrażają wobec niej bardziej pozytywne stanowisko (por. rys. 4). Porównując globalne postawy pro- lub antyaborcyjne lekarzy z ich postawami wobec aborcji selektywnej można zauważyć bardzo istotne różnice ($p < 0,00001$). Okazuje się, że osoby o globalnej postawie proaborcyjnej w 36,7% uważają, że w przypadku wykrycia choroby u dziecka przerwanie ciąży jest konieczne, a w 63,3% uważają je za możliwe do przeprowadzenia (por. rys. 7). Natomiast badani o globalnej postawie antyaborcyjnej w 59,1% dopuszczają selektywną aborcję, a w 40,9% z nich jest zdecydowanie przeciwnych przerywaniu ciąży w tym przypadku. Choroba wrodzona płodu powoduje więc, że część osób o pozytywnej postawie wobec aborcji uważa ją w takim przypadku za obligatoryjną, zaś część osób o negatywnej postawie wobec aborcji przyzwala na jej wykonanie. Można by więc powiedzieć, że czynnik choroby dziecka powoduje zaostrzenie się postawy proaborcyjnej i łagodnienie postawy antyaborcyjnej.

Można również postawić pytanie o to od kogo powinna zależeć decyzja o przerywaniu ciąży po prenatalnym stwierdzeniu choroby u płodu? Jest to pośrednio pytanie o status dziecka poczętego. Na podstawie badań można stwierdzić, że zdecydowana większość respondentów (92,2%) pozostawiła decyzję dotyczącą selektywnej aborcji rodzicom dziecka, a tym samym nie przyznała dziecku bezwzględnego prawa do życia. Pozostałe osoby stwierdziły, że nikt nie może podjąć takiej decyzji, tak więc tylko te osoby trakto-

a/ mężczyźni

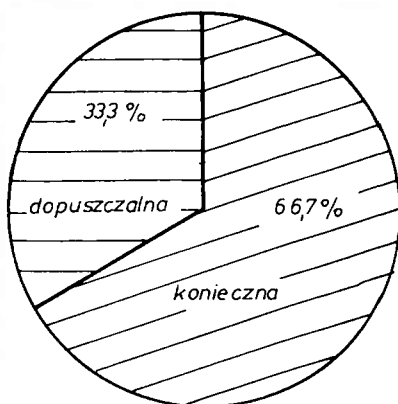


b/ kobiety

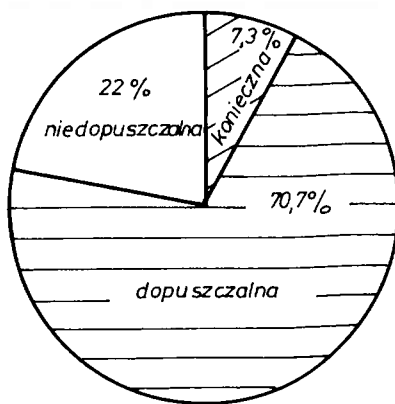


Rys. 5. Uzależnienie decyzji dotyczącej selektywnej aborcji.

a/osoby nie praktykujące



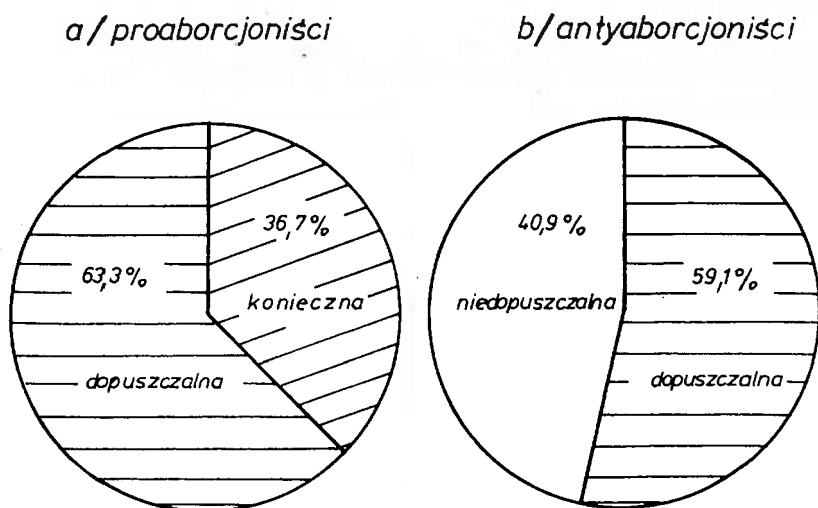
b/osoby praktykujące



Rys. 6. Dopuszczalność selektywnej aborcji u osób nie praktykujących i praktykujących.

wały dziecko w sposób podmiotowy (por rys. 5). Sytuacje, które w mniemaniu lekarzy decydują o selektywnej aborcji to przede wszystkim niepokój o przyszłość dziecka niepełnosprawnego, chęć zapobieżenia cierpieniu dziecka, lęk przed trudami jego wychowania oraz poczucie winy za chorobę dziecka.

Poziom religijności respondentów w dość wysokim stopniu wpływał na opinię o dopuszczalności selektywnej aborcji (por. rys. 6, $p < 0,0001$). Osoby nie praktykujące w większości (66,7%) wyrażały opinię, zgodnie z którą po stwierdzeniu choroby wrodzo-



Rys.7. Dopuszczalność selektywnej aborcji u osób o globalnej postawie proaborcyjnej i antyaborcyjnej.

nej u dziecka należy poddać się przerwaniu ciąży. Wszystkie osoby nie praktykujące opowiedziały się za dopuszczalnością aborcji po wykryciu w badaniach prenatalnych chorób w płodzie.

Wnioski

1. W badanej grupie zaznaczyła się tendencja do liberalizacji postaw w kierunku aborcji, kiedy w badaniach prenatalnych zostanie wykryta choroba lub wada u dziecka.

2. Istnieje negatywna zależność między bezwarunkową afirmacją życia i zaangażowaniem religijnym a postawą wobec diagnostyki prenatalnej i przerywania ciąży.

3. Pogląd na temat początku życia człowieka i statusu płodu oraz rzetelność wiedzy co do rozwoju dziecka przed narodzeniem nie ma wpływu na postawę wobec aborcji.

4. Argumentacja na rzecz ochrony poczętego życia jest bardzo ograniczona, na rzecz aborcji bardzo rozbudowana.

BIBLIOGRAFIA

Fijałkowski W., *Ku afirmacji życia*, Warszawa 1989, Instytut Wydawniczy PAX.

Johnson S. R., Elkins T. E., *Ethical issues in prenatal diagnosis*, "Clinical Obstetrics and Gynecology", 1988, 31, 408-417.

Kornas-Biela D., *Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje sztucznego przerywania ciąży*, "Przegląd Psychologiczny", 1988, 31, 2, 467-487.

Teopltitz K., *Etyczne aspekty eugeniki negatywnej*, [w:] *Człowiek tworzy siebie sam*, Materiały IV Krajowej Konferencji Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 23-24 maja 1983, Gdańsk 1985, KAW.

Tulczyński A., *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] T. Kielanowski (red.) *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1985, PZWL.