

Kornas-Biela Dorota (2012). **Zdrowotne aspekty życia rodzinnego w okresie prekonceptyjnym oraz w okresie prenatalnego rozwoju dziecka.**

W: T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter, Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna, s. 306-328.

Dr hab. prof. nadzw. KUL Dorota Kornas-Biela

Instytut Pedagogiki

Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II

Zdrowotne aspekty życia rodzinnego w okresie prekonceptyjnym oraz w okresie prenatalnego rozwoju dziecka

Streszczenie

Zdrowie jest niewątpliwie największym dobrem człowieka, dlatego jego zagrożenie jest odczuwane jako sytuacja trudna, a nawet skrajnie trudna psychicznie. Racjonalna dbałość o nie jest objawem zdrowia psychicznego. Szczególnym rodzajem zdrowia jest zdrowie prokreacyjne (reprodukcyjne), które rozumie się jako stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Zdrowie prokreacyjne i zdrowie poczętego dziecka są wartościami, których realizacja umożliwia zaspokojenie najważniejszych potrzeb człowieka. Zdrowie prokreacyjne warunkuje zdrowie potomstwa, a zdrowie dziecka rozwijającego się w łonie wpływa na zdrowie prokreacyjne (choroby matki) oraz ogólny stan zdrowia matki (np. jej samopoczucie, odporność organizmu, homeostazę organizmu). Prewencja w zakresie zdrowia prokreacyjnego dotyczy całego życia rodziców, a nawet życia ich przodków. Na prewencję składają się działania i usługi związane z promocją zdrowia (edukacja prenatalna) oraz profilaktyka pierwszorzędowa (pierwotna), drugorzędowa (wtórna) i trzeciorzędowa. Każda z nich powinna być skierowana nie tylko na zdrowie fizyczne (by zapobiegać zaburzeniom, wcześniej je wykrywać i przeciwdziałać rozszerzaniu się/zwiększeniu skutków powstałego zaburzenia), lecz także na zdrowie psychiczne rodziców mającego się narodzić dziecka i na wzajemne relacje między nimi oraz ich relacje z dzieckiem prenatalnym (więź, komunikacja prenatalna). Dotyczy to zwłaszcza sytuacji ryzyka

genetycznego, prenatalnych badań diagnostycznych, niepomyślnej diagnozy, urodzenia dziecka z wadą lub chorobą wrodzoną.

Wyrazem zdrowia jest nie tylko brak schorzeń i dolegliwości oraz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, lecz także troska o zdrowie, racjonalne podejście do promocji i profilaktyki zdrowia oraz właściwe leczenie w sytuacji choroby lub podjęcie rehabilitacji. Objawem zdrowia nie jest więc nadmierna troska o jego utrzymanie na wysokim poziomie, co może prowadzić do zawyżonej w stosunku do potrzeb organizmu podaży witamin i minerałów, jakościowych niedoborów z powodu stosowania ostrego reżimu dietetycznego, przeforsowania organizmu nadmiernym wysiłkiem ruchowym, zachowań hipochondrycznych przejawiających się zbyt częstym korzystaniem z wizyt lekarskich i poddawaniem się zbytecznym badaniom diagnostycznym. Przejawem braku zdrowia jest również jego zaniedbywanie, nadużywanie jego zasobów energetycznych i odpornościowych, przekraczanie możliwości adaptacyjnych organizmu, co następuje wtedy, gdy człowiek przejawia zachowania ryzykowne, na przykład stosuje używki, uprawia dany rodzaj sportu mimo przeciwskażeń, prowadzi nieracjonalny tryb życia (przeciążenie pracą, chroniczny brak snu). Podobnie objawem braku zdrowia jest niestosowanie się do zaleceń lekarskich, odmowa koniecznego leczenia farmakologicznego lub poddania się operacji, niezażywanie przepisanych leków i niepoddawanie się rehabilitacji.

Zdrowie jest więc wartością, która jest dla człowieka na tyle istotna, że sama troska o tę wartość jest już objawem zdrowia psychicznego, świadczy bowiem o rozumieniu jej znaczenia, akceptacji jej wysokiej pozycji wśród innych wartości. Nierozumienie jej znaczenia i nieumiejętność dbania o zdrowie występują zwykle w sytuacji niepełnosprawności umysłowej, zmian degeneracyjnych u osób uzależnionych od używek (np. alkoholu, narkotyków), w głębokiej depresji i stanie „pogotowia samobójczego” oraz w przebiegu chorób demencyjnych.

Zdrowie prokreacyjne jako wartość

Jednym z rodzajów zdrowia jest tzw. zdrowie prokreacyjne, które w literaturze medycznej często zastępuje się terminem „zdrowie reprodukcyjne”. Jego rozumienie określono w *Programie działań* przyjętym podczas Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (*International Conference on Population and Development – ICPD*) w Kairze w 1994 roku. Zdefiniowano je jako „stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach

związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz mają zdolność do reprodukcji oraz swobodę decydowania czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci”. Z definicji wynika, że zdrowie prokreacyjne jest rozumiane bardzo szeroko jako dobrostan (a nie tylko brak choroby czy zaburzeń) w zakresie funkcji i procesów związanych z aktywnością seksualną i prokreacją w ciągu dalszego życia, a więc nie tylko w okresie ciąży, porodu i po porodzie, lecz także w okresie nabywania i tracenia funkcji seksualnych i prokreacyjnych (*Platforma działania* – dokument końcowy IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet, Pekin 1995, art. 94).

Zgodnie z powyższą definicją opieka, której przedmiotem jest zdrowie reprodukcyjne, to zespół metod, technik i usług służących zapewnieniu zdrowia reprodukcyjnego i dobrostanu przez zapobieganie problemom w tym obszarze i ich rozwiązywanie. Troska o zdrowie prokreacyjne musi mieć charakter integralny, gdyż dotyczy jednej z najważniejszych sfer człowieka, a mianowicie płciowości i jej przejawów, jakimi jest seksualność i prokreacja, i to zarówno w ich wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym, jak i duchowym. Zdrowie prokreacyjne jest ważnym elementem biografii człowieka, jego planów i aktywności życiowej, poczucia aktualizacji siebie, samospełnienia, sensu życia i pomyślności. Jest wartością, która służy zaspokojeniu wielu ludzkich potrzeb. Zdrowie prokreacyjne pozwala nie tylko na posiadanie zdrowego potomstwa, lecz także na osiągnięcie wielu innych celów życiowych.

Niestety, znaczenie, jakie ludzie przypisują zdrowiu prokreacyjnemu, zanim zmierzają się z jego zagrożeniami, znacznie odbiega od tego, jakie powinni mu przypisywać. Prokreacja ma nie tylko wymiar fizyczny, psychiczny i duchowy, lecz także społeczny, co należy szczególnie podkreślić, gdyż w dzisiejszych czasach nadaje jej się zbyt osobisty charakter, a jej znaczenie ogranicza do prywatnej sfery życia kobiety lub obojga partnerów. Wyrazem tego jest głoszenie hasła o prawie do niczym nieograniczonej wolności w zakresie decyzji oraz zachowań seksualnych i prokreacyjnych (np. dobrowolnej bezdzietności par małżeńskich, aborcji dziecka bez wiedzy i zgody jego ojca), a także badań i usług dotyczących prokreacji i prenatalnego życia człowieka.

Traktowanie posiadania dziecka jako prywatnej sprawy każdego człowieka jest bardzo powszechne. Przykładem mogą być wyniki badań prowadzonych przez M. Tiarę (2011) (pod kierunkiem autorki niniejszej publikacji) na temat postaw wobec przyszłej prokreacji młodych mężatek pochodzących z różnych środowisk społecznych. Badania te wykazały, że zarówno dla kobiet ze wsi, jak i dla kobiet z miasta posiadanie dzieci jest bardzo ważne (odpowiednio

84% i 91% kobiet), kobiety te chcą mieć średnio dwoje dzieci, są zadowolone z możliwości doświadczenia prokreacji (odpowiednio 82% i 91% kobiet), jako kobiety czułyby się nieszczęśliwe, nie mogąc mieć własnych dzieci (odpowiednio 91% i 97% kobiet), jednak posiadanie potomstwa większość z nich uważa za prywatną sprawę obywateli (odpowiednio 76% i 77% kobiet), chociaż kobiety z środowiska wiejskiego sześciokrotnie częściej niż kobiety z miasta wskazywały na społeczne znaczenie prokreacji i jej duże znaczenie dla życia narodu i państwa (odpowiednio 12% i 76% kobiet; istotność statystyczna obliczona za pomocą testu t-Studenta – 0,043).

Zdrowie prokreacyjne ludzie często traktują jak „należne” każdemu i doceniają je dopiero wtedy, gdy planują począć dziecko lub gdy już doszło do poczęcia (często gdy jest już zbyt późno na wszelkie działania), ale osiągnięcie tej wartości jest zagrożone (np. trudności z poczęciem, poronienie, depresja poporodowa) lub wartość ta została utracona (np. bezpłodność, brak narządów płciowych, aborcja). Często dopiero trudności z poczęciem dziecka (Kalus 2002; Bidzan 2006), poronienie (Kornas-Biela 1999; Barton-Smoczyńska 2006; Brier 2008), istnienie zwiększonego ryzyka urodzenia dziecka z chorobą wrodzoną (Kornas-Biela 1996), niepomyślna diagnoza prenatalna (Kornas-Biela 2008, 2009b), śmierć dziecka w okresie okołoporodowym (Bielan, Machaj, Stankowska 2010), depresja poporodowa (Kazimierczak, Sipiński 2005; Bielawska-Batorowicz 2006) uzmysławiają, jak wielką wartością jest możliwość jego posiadania.

Nie docenia się zdrowia prokreacyjnego poza okresem aktywnej prokreacji i podejmuje zachowania naruszające jego stan. Przedwczesne podejmowanie współżycia seksualnego i częste zmiany partnerów seksualnych, stosowanie antykoncepcji, zwłaszcza hormonalnej, poddanie się aborcji, skorzystanie ze wspomaganej prokreacji, a także stosowanie używek (nikotyna, alkohol, narkotyki) – to zachowania, które zagrażają zdrowiu kobiety i jej potomstwa.

Zdrowie dziecka prenatalnego jako wartość

Omawiając kwestie zdrowia prokreacyjnego, warto wspomnieć o wartości, jaką ma zdrowie dziecka prenatalnego dla jego rodziców. W ich odczuciu jest ono miernikiem ich własnego zdrowia, dlatego wszelkie zagrożenia jego dotyczące są przez nich traktowane jak zagrożenie ich dóbr osobistych (Kornas-Biela 2011a). We wszystkich badaniach, w których pytano rodziców o oczekiwania związane z mającym się narodzić dzieckiem, najważniejsze

jest to dotyczące zdrowia (Eadem 1996: 111). Przykładem mogą być wyniki wspomnianych już badań prowadzonych przez M. Tiarę (2011), które wykazały, że dla wszystkich kobiet, niezależnie od tego, czy pochodziły ze wsi czy z miasta, najważniejszą wartością było właśnie zdrowie dziecka (najmniej ważną – to, by dziecko było ładne”).

To, jaką wartością dla rodziców jest zdrowie ich dziecka, można dostrzec szczególnie wtedy, gdy zdrowie to jest zagrożone. M. Dąbrowska-Wnuk (2010), odwołując się do teorii ERG C. Alderfera, który wyodrębnił trzy kategorie potrzeb (związane z egzystencją, czyli materialnym istnieniem, z więzią z innymi ludźmi oraz z rozwojem osobistym), umieściła zdrowie i bezpieczeństwo mającego się narodzić dziecka na pierwszym miejscu wśród wymienionych ośmiu różnych możliwych zagrożeń prokreacji. Z badań, które autorka przeprowadziła wśród 224 mężczyzn, wynika, że im bardziej ojcowie odczuwają zagrożenie egzystencjalne (w tym związane ze zdrowiem ich nienarodzonego dziecka), tym większe przeżywają napięcie demobilizujące aktywność i popychające do koncentrowania się na własnych emocjach oraz ucieczki od problemu. Czynnikiem skutecznie zmniejszającym poczucie zagrożenia ojców jest dostarczenie im wsparcia emocjonalnego i pomoc w aktywnym zaangażowaniu się w przebieg ciąży i porodu.

Poważnym zagrożeniem prokreacji jest wystąpienie większego niż populacyjne ryzyka urodzenia dziecka z wadą wrodzoną. To poważny cios dla małżonków, których celem jest nie tyle samo posiadanie dzieci, ile posiadanie zdrowych dzieci. W sytuacji wystąpienia ryzyka genetycznego silna potrzeba posiadania zdrowych dzieci podświadomie uruchamia kilka strategii radzenia sobie ze stresem (Kornas-Biela 1996). Jedną z nich jest strategia poszukiwania nadziei, która polega na podjęciu działań pozwalających radzić sobie ze stresem przez neutralizowanie lęku przed urodzeniem chorego dziecka (np. czytanie fachowej literatury, rozmowy z „pilotującymi rodzicami”, którzy mają doświadczenie takiej sytuacji), podwyższenie samooceny (np. szukanie emocjonalnego wsparcia), niedopuszczenie do bezsilności (np. modlitwa, zachowania prozdrowotne, podjęcie leczenia), ucieczka w mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie, wyparcie (np. niekontaktowanie się ze służbą zdrowia; zachowywanie się, jakby się o niczym nie wiedziało; niemyślenie o ryzyku lub zaniżanie go). Pomocna jest również inna strategia, zwana obronnością percepcyjną, która polega na ograniczaniu gotowości do odbioru treści zwiększających subiektywne poczucie ryzyka i utrudniających decyzję o prokreacji (wychwytywanie tych informacji, które świadczą o mniejszym ryzyku genetycznym; pomijanie tych, które zmniejszają prawdopodobieństwo posiadania zdrowego dziecka). Nieskuteczna w rozładowywaniu napięcia (zwłaszcza w

dłuższym okresie) jest strategia zwana gorączką diagnostyczną (czy też gorączką terapeutyczną), która polega na ciągłym poszukiwaniu potwierdzenia, że diagnoza mówiąca o ryzyku genetycznym jest błędna, przez poddawanie się różnym badaniom, szukanie różnych ośrodków medycznych, w tym medycyny niekonwencjonalnej (np. bioenergoterapia), w których można by zweryfikować diagnozę i „wyleczyć się z ryzyka genetycznego”.

Zachowania te świadczą o głębokim zranieniu narcystycznym, czyli doświadczaniu ryzyka genetycznego jako czynnika negatywnie wpływającego na pozytywny obraz siebie, zmniejszającego poczucie własnej wartości, burzącego przekonanie o swojej witalności i możliwości przetrwania w następnych pokoleniach, zagrażającego instynktowi samozachowawczemu. Czasem para sięga nawet po środki mające znamiona magii (np. noszenie talizmanów, spożywanie specjalnie przygotowanych mikstur, masaże), co świadczy o tak silnym zranieniu emocjonalnym i lęku przed urodzeniem dziecka z chorobą wrodzoną, że wyłączającym racjonalny osąd i krytycyzm.

Zdiagnozowanie ryzyka genetycznego większego niż populacyjne, zagrażającego zaspokojeniu najważniejszej potrzeby małżonków, jaką jest posiadanie zdrowego dziecka, ma wpływ na obraz siebie, samoocenę, akceptację siebie, poczucie własnej wartości, poczucie kontroli nad własnym życiem, poczucie kompetencji rodzicielskich, plany życiowe, oczekiwania wobec małżeństwa, wzajemne relacje. Prowadzi do obwiniania siebie, poczucia winy, wstydu, krzywdy, niezrozumienia, samotności, żalu, przewlekłego smutku i niepokoju. Uczucia te mają wpływ na dalszy los osobisty każdego z małżonków oraz wspólnoty małżeńskiej i rodzinnej. Określone ryzyko genetyczne jest bowiem ryzykiem dotyczącej danej pary, w innym układzie osobowym byłoby inne, dlatego w takim wypadku większe jest prawdopodobieństwo, że dojdzie do rozwodu.

O tym, jaką wartość dla rodziców ma zdrowie ich dziecka, świadczy również powszechna akceptacja usług związanych z diagnostyką prenatalną. Sama diagnostyka prenatalna nie jest metodą pierwszorzędowej profilaktyki chorób i wad wrodzonych, gdyż im nie przeciwdziała, chociaż w wielu publikacjach twierdzi się, że tak właśnie jest, bo zastosowanie selektywnej aborcji wobec „płodów defektywnych” prowadzi do zmniejszania się liczby chorób i wad wrodzonych.

Celem diagnostyki prenatalnej jest potwierdzenie lub wykluczenie choroby, co czasami umożliwia podjęcie jakiejś interwencji medycznej zmniejszającej skutki zaistniałego problemu zdrowotnego (rodzaj profilaktyki drugorzędowej – Kornas-Biela 1996: 78–81). Lęk przed urodzeniem chorego dziecka często jest większy od lęku przed samą procedurą inwazyjnych

badan, niedogodnościami z nimi związanymi i ryzykiem utraty dziecka (o psychologicznych problemach, w tym negatywnych skutkach diagnostyki prenatalnej m.in.:

Eadem 1993, 1996, 2006, 2008, 2009b, 2011). W badaniach, które K Kuc (2011) prowadziła na temat postaw młodych rodziców wobec diagnostyki prenatalnej, 90% respondentów twierdziło, że badania prenatalne wykrywające choroby i wady wrodzone powinny być obowiązkowe. Zdaniem 94% respondentów są one uzasadnione ze względu na możliwość kontroli stanu zdrowia dziecka, wykrycia chorób i oswojenia się z chorobą dziecka. Dla 49% osób motywem skorzystania z badań prenatalnych byłby silny lęk przed urodzeniem dziecka niepełnosprawnego (tylko 22% badanych nie wskazała na lęk), a dla 92% – byłaby to chęć potwierdzenia, że dziecko jest zdrowe. Inaczej mówiąc, rodzice, korzystając z diagnostyki prenatalnej, częściej kierują się chęcią potwierdzenia, że dziecko jest zdrowe, niż chęcią wykluczenia ewentualnej choroby, jednak ich lęk przed posiadaniem dziecka niepełnosprawnego jest stosunkowo silny. Można więc wnioskować, że dynamiczny rozwój usług w zakresie diagnostyki prenatalnej prowadzi do nasilenia lęku przed urodzeniem chorego dziecka, a tym samym ma negatywny wpływ na postawy społeczne wobec osób, które pod jakimś względem odbiegają od normy.

Tak silna potrzeba posiadania zdrowego dziecka i kontrolowania jego zdrowia, zanim się urodzi, tłumaczy, jak wielką traumą dla rodziców dziecka jest jego choroba lub wada wrodzona (Kornas-Biela 2001) i jak dewastacyjny wpływ na kształtowanie się więzi z dzieckiem przed urodzeniem ma niepokój o stan jego zdrowia (Bielawska-Batorowicz 2006: 146–151; Kornas-Biela 1993, 1996, 2006, 2008, 2009a, 2009b, 2011). To, jakim jest się rodzicem na poziomie „wyobrażeniowym” w okresie ciąży, jak bardzo są skoncentrowani na kontrolowaniu stanu zdrowia dziecka, ma duży (ale nie determinujący) wpływ na relacje rodziców z dzieckiem po jego urodzeniu (np. na to, czy przyjmują postawę nadmiernej kontroli, dominacji czy warunkowej miłości – wycofywanej, gdy dziecko nie spełnia określonych wymagań).

Zdrowie członków rodziny a zdrowie rodziny

Od stanu zdrowia prokreacyjnego rodziców w dużym stopniu zależy zdrowie ich dzieci, a także dalszych pokoleń, gdyż przez zdrowie dzieci programowane jest zdrowie wnucząt i prawnucząt (programowanie prenatalne: Kornas-Biela, 2009a: 48–72). Zdrowie każdego członka rodziny jest związane ze zdrowiem innych jej członków. Poważna choroba jednej osoby może osłabiać układ odpornościowy i zdrowie innych osób oraz zakłócać ich procesy prokreacyjne (np. zaburzenia owulacji, poronienie, poród przedwczesny, zanik pokarmu w czasie karmienia

piersią), a nawet wywołać u nich chorobę. Wzajemna zależność między zdrowiem poszczególnych członków rodziny występuje zwłaszcza w okresie ciąży matki, a tym samym w pierwszym okresie życia dziecka. Pogorszenie stanu zdrowia matki może zaciążyć na zdrowiu rozwijającego się w jej łonie dziecka – może spowodować jego poronienie, zahamowanie wewnątrzmacicznego rozwoju, komplikacje w przebiegu ciąży i porodu, poród przedwczesny. Również choroba dziecka może wpływać na stan zdrowia matki zarówno w sferze fizjologicznej, jak i psychicznej (np. stres po usłyszeniu niepomyślniej diagnozy prenatalnej).

Podjmując temat zdrowotnych aspektów życia rodzinnego, należy jednak zdać sobie sprawę, że chodzi tu nie tylko o zdrowie poszczególnych członków rodziny, lecz także o zdrowie wspólnoty rodzinnej, które ma związek ze stylem życia, klimatem uczuciowym domu, wzajemną komunikacją i udzielanym sobie wsparciem, otwartością i granicami środowiska rodzinnego, jego zasobami dotyczącymi radzenia sobie z trudnościami. Dlatego omawiając kwestię zdrowotnych aspektów życia rodzinnego w okresie prenatalnego rozwoju jednego z jej członków, należy brać pod uwagę biografię rodziny, trudno uchwytnie empirycznie elementy panującego w niej klimatu uczuciowego, które wpływają na dobrostan dziecka i informują go, że świat jest przyjazny i warto się rozwijać.

Miłość łącząca członków rodziny przejawia się między innymi w ich wzajemnej trosce o zdrowie nie tylko swoje, lecz także pozostałych osób. Tak można rozumieć również dbałość rodziców, a zwłaszcza matki, o zdrowie dziecka w przedurodzeniowej fazie jego rozwoju. Zachowania zdrowotne mające na celu wspieranie zdrowia dziecka są wyrazem kształtującej się z nim więzi, ale także wzmacniają tę więź. Słaba więź z dzieckiem lub jej brak mogą być powodem, dla którego rodzice przejawiają zachowania antyzdrowotne, natomiast prowadzenie antyzdrowotnego stylu życia w okresie ciąży nie służy koncentracji na dziecku i jego potrzebach, a tym samym utrudnia kształtowanie więzi i osłabia już powstałą więź (np. odrzucenie dziecka z powodu poczucia winy, że jakimś zachowaniem ryzykownym zaszkodziło się jego zdrowiu). Istnieją więc wzajemne powiązania między zachowaniami zdrowotnymi rodziców służącymi dziecku a przywiązaniem do niego.

Prewencja w zakresie zdrowia prokreacyjnego i zdrowia dziecka

Zdrowie na etapie prenatalnego życia dziecka dotyczy zdrowia co najmniej trzech osób, tzn. samego dziecka i tych, od których pochodzi jego życie. Zdrowie samego dziecka w dużym

stopniu zależy od prewencji w zakresie zdrowia prokreacyjnego jego rodziców. Na prewencję składają się działania związane z promocją zdrowia (zwiększenie kontroli nad zdrowiem) i działania związane z profilaktyką zaburzeń i chorób (nie dopuszczenie do nich, ograniczenie czasu ich trwania i zakresu objawów, zapobieganie nawrotom). Zdrowie prokreacyjne wymaga więc działań podejmowanych nie tylko w celu jego zabezpieczenia, lecz także w celu jego przywrócenia, gdy zostanie utracone, oraz zmniejszeniu skutków wszelkich zaburzeń.

Promocją zdrowia zajmują się głównie różne formy edukacji zdrowotnej, która rozpoczyna się już na etapie dzieciństwa. Profilaktyka zdrowotna oznacza zazwyczaj: profilaktykę I stopnia, pierwotną, zwaną pierwszorzędową; profilaktykę II stopnia, wtórną, zwaną drugorzędową, i profilaktykę III stopnia, zwaną trzeciorzędową (por. Gadzinowski i in., 2007). Każda z nich ma inne cele w zależności od tego, na jaki aspekt zdrowia jest ukierunkowana.

Prewencja w zakresie zdrowia prokreacyjnego nie jest łatwa z różnych powodów. Po pierwsze, poczucie zdrowia prokreacyjnego jest bardzo subiektywne i często dopiero doświadczenie niepłodności, niepowodzenia prokreacyjnego; diagnoza, że dziecko jest obciążone chorobą wrodzoną czy ustalenie ryzyka genetycznego dla danej pary uzmysławia rzeczywisty jego stan i skłania do zatroszczenia się o nie. Po drugie, trudno zapewnić stan pełnego zdrowia we wszystkich wymiarach, bo na przykład sukces prokreacyjny, jakim jest poczęcie lub urodzenie zdrowego dziecka, może się łączyć ze stresem i obniżeniem nastroju, a nawet depresją. Po trzecie, pogorszenie lub polepszenie jednego wymiaru zdrowia wpływa na inne – inaczej mówiąc, w zakresie zdrowia prokreacyjnego istnieje związek somatopsychiczny i psychosomatyczny (Kornas-Biela 2003b, 2005c). Po czwarte, trudność z utrzymaniem optymalnego zdrowia prokreacyjnego wynika również z tego, że zależy ono nie tylko od uwarunkowanych biologicznie predyspozycji, lecz także od wielu predyktorów związanych z całonocnym rozwojem rodziców, jakością otrzymanej opieki i wychowania, stylem życia, rodzajem pracy, środowiskiem przyrodniczym i społecznym, różnymi wpływami całego ekosystemu, w którym każde z nich wzrastało i w którym żyją obecnie. Postęp medycyny sprawił, że życie matki w okresie ciąży, porodu i połogu jest mniej zagrożone, dzięki niemu zmniejszyła się też śmiertelność dzieci. Nie potrafi on jednak sprostać narastającym problemom niepłodności małżeńskiej, komplikacji w ciąży i porodzie, porodów przedwczesnych, poronień, poporodowej depresji, rodzeniu się dzieci z ciąż mnogich, dzieci obciążonych różnymi problemami zdrowotnymi, w tym sprzężonymi. Każda z tych sytuacji ma najczęściej cechy sytuacji kryzysowej, swoiste dla niej konsekwencje i rodzi potrzebę pomocy.

Jej przezwyciężenie jest wyzwaniem dla terapii i edukacji, tym bardziej istotnym, że dotychczas niedostatecznie rozpoznawanym jako zadanie psychologa i pedagoga (Eadem 2009a).

Profilaktyka pierwszorzędowa

W wypadku zdrowia prokreacyjnego profilaktyka pierwszorzędowa ma na celu zapobieżenie wystąpieniu zaburzeń prokreacji lub zmniejszenie prawdopodobieństwa ich wystąpienia, a w odniesieniu do dziecka – zapobieżenie wystąpieniu wad i chorób wrodzonych oraz komplikacji podczas ciąży i porodu, które są najczęstszą przyczyną śmiertelności i zachorowalności dzieci. Może ona mieć charakter działań i usług, które zmniejszają możliwość wystąpienia powikłań w okresie ciąży lub porodu oraz zaburzeń w rozwoju dziecka przed urodzeniem (przygotowanie dalsze) albo na krótko przed planowanym poczęciem (przygotowanie bliższe), albo też w okresie ciąży i porodu.

Profilaktyka pierwszorzędowa podejmowana przed poczęciem dziecka koncentruje się na wzmacnianiu stanu zdrowia młodego pokolenia, zwłaszcza od okresu przedpokwitaniowego (np. szczepienia dziewcząt przeciw różyczce (Kwaśniewska 2007, s. 89), promocja życia bez używek). Szczególnym rodzajem profilaktyki pierwszorzędowej jest wzbogacanie produktów zbożowych kwasem foliowym, spożywanie kwasu foliowego przez kobiety aktywne seksualnie w wieku prokreacyjnym lub suplementacja kwasem foliowym co najmniej trzy miesiące przed poczęciem i w pierwszym trymestrze ciąży. Codzienne spożywanie kwasu foliowego przez kobiety – 0,4 mg przez kobiety w wieku rozrodczym nieznajdujące się w grupie podwyższonego ryzyka, do 1 mg przez kobiety palące papierosy i stosujące tabletki antykoncepcyjne i 4–5 mg przez kobiety obciążone wywiadem osobniczym (które już rodziły dzieci z wadami układu nerwowego) lub rodzinnym (w bliskiej rodzinie były przypadki wad ośrodkowego układu nerwowego) – pozwala zmniejszyć o 70% ryzyko wystąpienia wad cewy nerwowej (bezmózgowie, przepuklina oponowo-rdzeniowa lub rdzenia kręgowego). Zmniejsza także ryzyko wystąpienia takich powikłań, jak krwawienie w ciąży, poronienie, przedwczesne oddzielenie łożyska, stan przedrzucawkowy, wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu i rozwoju dziecka, śmierć wewnątrzmaciczna, poród przedwczesny, depresja poporodowa (Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk, Laskowska 2007).

Profilaktyka pierwszorzędowa obejmuje również poradnictwo prekoncepcyjne (przedkoncepcyjne, Chazan 1997, 1999, 2001). Różni autorzy podobnie formułują cele tego rodzaju poradnictwa, zwracając uwagę na to, że powinno ono obejmować wszystkich rodziców,

a zwłaszcza kobiety w wieku prokreacyjnym, niezależnie od ich planów prokreacyjnych. S. Kamińska (2007: 32), omawiając rolę położnej w tym zakresie, podkreśla, że chodzi tu o „uświadomienie, jak ważne jest utrzymanie optymalnych warunków zdrowia w okresie przed, w trakcie i bezpośrednio po zapłodnieniu”. Poradnictwo to opiera się na danych pochodzących z wywiadu rodzinnego, ginekologicznego i położniczego oraz z badania ginekologicznego (ocena cytologiczna, wymaz), z podstawowych badań krwi (morfologia, OB, grupa krwi) i moczu, WR ewentualnie na nosicielstwo HIV, z badań w kierunku przeciwciał: toksoplazmozy, różyczki, wirusowego zapalenia wątroby typu B ewentualnie cytomegalii (w wypadku kobiet pracujących z małymi dziećmi lub w placówkach opieki zdrowotnej). Profilaktyka pierwszorzędowa obejmuje również skorzystanie (przed poczęciem dziecka) ze szczepień ochronnych dotyczących wirusowego zapalenia wątroby typu B (co najmniej pół roku wcześniej), różyczki (co najmniej 3 miesiące wcześniej). Ważnym elementem profilaktyki pierwszorzędowej w tym zakresie jest również leczenie ubytków uzębienia i chorób przewlekłych matki (np. stanów zapalnych narządu rodowego, chorób serca, chorób poszczególnych układów, padaczki), planowanie ciąży na czas remisji choroby, skorzystanie z konsultacji specjalistycznej (np. porady genetycznej), zapobieganie infekcjom, zwiększanie odporności ustroju, unikanie badań radiologicznych (zdjęć rentgenowskich i tomografii komputerowej, zwłaszcza w drugiej połowie cyklu), pozbycie się nałogów (narkotyki, alkohol, nikotyna, substancje energetyzujące, leki przeciwbólowe lub uspokajające), unikanie niekorzystnych czynników środowiska zewnętrznego (np. ekspozycji na promieniowanie jonizujące i niejonizujące, metale ciężkie, gazy anestetyczne, cytostatyki, pestycydy, rozpuszczalniki organiczne). Ponadto w ramach opieki przedkoncepcyjnej zwraca się również uwagę na wiek kobiety (najbardziej odpowiedni pod względem prokreacyjnym jest wiek między 18. a 30. rokiem życia), masę ciała (zarówno niedowaga, jak i nadwaga nie sprzyjają pomyślnej prokreacji), nawyki żywieniowe (Kornas-Biela 2011d), istniejące choroby przewlekłe (niektóre z nich mogą wymagać bardzo intensywnego i szczególnego postępowania od samego początku ciąży, np. choroba psychiczna, przewlekłe nadciśnienie, padaczka, cukrzyca, wady serca, choroby nerek i tarczycy, choroby onkologiczne, zakrzepica żylna, astma oskrzelowa), przyjmowane leki (np. hormonalne – czasami należy je odstawić, czasami zmniejszyć ich dawki, a czasami wyłączyć), uprzednie niepowodzenia prokreacyjne (zwłaszcza dwa przebyte poronienia samoistne i porody przedwczesne, urodzenie martwego dziecka lub dziecka z wadą wrodzoną wymagają bardziej intensywnego monitorowania od początku ciąży), potwierdzone większe niż populacyjne ryzyko genetyczne (Kornas-Biela 2005b). Należy

również podkreślić znaczenie stosowania przez kobiety metod rozpoznawania płodności dla wczesnego rozpoznania zaburzeń hormonalnych i chorób kobiecych, które mogą być pierwszym sygnałem do podjęcia diagnostyki medycznej, a nieleczone – utrudniać prokreację (np. Szczawińska 2001; Türek 2001).

Profilaktyka pierwszorzędowa w okresie ciąży ma na celu bezpośrednio zapobiegać wystąpieniu zaburzeń rozwoju dziecka lub zmniejszyć ryzyko ich wystąpienia i obejmuje wiele działań oraz usług ściśle medycznych, np. regularne badania kontrolne u ginekologa, badania przesiewowe przed każdą wizytą (ogólne badanie moczu i morfologia krwi); w pierwszym trymestrze: ocena funkcji tarczycy, oznaczenie grupy krwi, test wykluczający obecność przeciwciał antykościowych (VDRL), stężenie przeciwciał przeciwko WZW B oraz stężenie glukozy we krwi (*Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu* 2010); między 24. a 28. tygodniem ciąży – doustny test obciążenia glukozą; około 35.–37. tygodnia ciąży – przesiewowe badanie mikrobiologiczne – posiew z przedsionka pochwy i okolicy odbytu w kierunku *Streptococcus agalactiae* (*Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wykrywania nosicielstwa paciorkowców grupy B (GBS) u kobiet w ciąży i zapobiegania zakażeniom u noworodków* 2010) oraz pod koniec ciąży – badanie czynności skurczowej macicy i częstości rytmu serca dziecka (badania KTG). Nieobowiązkowymi, ale ważnymi badaniami laboratoryjnymi, zwłaszcza gdy kobieta nie zrobiła ich przed ciążą, są: test w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C), toksoplazmozy, różyczki, cytomegalii oraz (w przypadku osób z grupy ryzyka) w kierunku HIV. Ważne jest również podjęcie leczenia ubytków zębowych u dentysty.

Profilaktyka pierwszorzędowa, gdy kobieta już wie, że poczęła dziecko, obejmuje również wiele zaleceń, które są właściwe dla okresu przedkoncepcyjnego, np. unikanie szkodliwych czynników fizycznych i chemicznych, toksyn, hałasu, możliwości zarażenia się chorobami wirusowymi, bakteryjnymi, pasożytniczymi. Profilaktyka pierwszorzędowa w okresie ciąży jest ważna dla zdrowia dziecka i w dużym stopniu zależy od wiedzy i przekonań rodziców (zwłaszcza matki) dotyczących konieczności dokonania pewnych zmian w sposobie odżywiania, higienie, aktywności fizycznej, zaangażowaniu w pracę zawodową; rezygnacji z używek czy leków przyjmowanych bez wskazania lekarskiego (np. przeciwbólowych, nasennych, psychotropowych, moczopędnych i wielu innych – zob.: Rekomendacje), rezygnacji ze sportu wyczynowego, solarium, sauny, dłuższego kontaktu z komputerem i telefonem komórkowym. Wiele współczesnych udogodnień technologicznych stanowi

potencjalne zagrożenie dla zdrowia dziecka, podobnie jak nawyki żywieniowe lub standardy szczupłej sylwetki zagrażające jego zdrowiu wskutek niedożywienia ilościowego i jakościowego matki, w tym związanego z zaburzeniem w zakresie jedzenia typu pregoreksji (Kornas-Biela, 2011d). To, w jakim stopniu matka jest chętna do zmiany stylu życia, zależy od takich zmiennych, jak: jej wiek, wykształcenie, status społeczny, rodzaj wiedzy prenatalnej, stosunek do poczętego dziecka (oczekiwanie na dziecko, akceptacja jego istnienia, więź z nim, a w tym urealnienie jego obecności i pozytywne uczucia do niego), relacja z ojcem dziecka, otrzymywane wsparcie społeczne. Niestosowanie się przez matki do wskazań zdrowotnych dotyczących okresu ciąży może być traktowane jako forma prenatalnej przemocy wobec dziecka (Kornas-Biela, 2009a).

Profilaktyka pierwszorzędowa o charakterze psychologicznym

Profilaktyka pierwszorzędowa, która ma na celu troskę o psychiczne przygotowanie rodziców do poczęcia dziecka, jest równie ważna jak ta, która ma przygotować ich pod względem fizycznym. Od niej bowiem zależy motywacja do podjęcia starań o jak najlepszy stan zdrowia i unikania czynników szkodliwych dla prokreacji, m.in. rezygnacji z używek. Przygotowanie psychiczne do poczęcia jest w wielu wypadkach warunkiem zdrowego rozwoju dziecka. Nie wystarczy więc tylko zaplanować dziecko (świadomie podejmować współżycie w dniach płodnych w celu poczęcia dziecka), trzeba także przygotować dla niego miejsce w swoim łonie i w sercu, w umyśle i w życiu, czyli przygotować się pod względem psychicznym. Dotyczy to obojga rodziców, gdyż już od poczęcia (a nie dopiero od urodzenia) będą musieli dokonać wiele zmian w swoim życiu, by dziecko mogło się prawidłowo rozwijać.

Potocznie przygotowanie do rodzicielstwa jest kojarzone ze skompletowaniem wyprawki i zmianą wyposażenia domu, wizytami u lekarzy i lękiem przed porodem. Tymczasem obejmuje ono długi okres rozwoju rodziców, ich osobistego dojrzewania i wychowania do specyficznych, związanych z płcią, ról rodzicielskich w ich rodzinach macierzystych. Przygotowanie do poczęcia odbywa się więc dwadzieścia, trzydzieści lat przed tym, kiedy ono nastąpi. Na przygotowanie to nigdy nie jest za wcześnie, często jest za późno.

Bardziej bezpośrednie przygotowanie do poczęcia odbywa się już w okresie narzeczeńskim i małżeńskim i dotyczy m.in. sfery psychicznej i duchowej. Obejmuje ono wiele aspektów życia rodziców, w tym zabezpieczenie materialne rodziny, gdyż poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego jest ważne dla zachowania równowagi psychicznej w okresie

cięży, podczas przygotowania do porodu i po porodzie. Polega także na uwolnieniu się od silnych stresów, unikaniu sytuacji i osób obniżających nastroj, bardzo dużego przeciążenia psychicznego i fizycznego, a także na korzystaniu z technik relaksacyjnych i aktywnych form wypoczynku (por. Kornas-Biela 2009a: 65–73). Pomocna w psychicznym przygotowaniu się do poczęcia jest również literatura, zwłaszcza dotycząca psychofizycznego rozwoju dziecka przed urodzeniem.

Dziecko, aby realizować swoją osobową potencjalność, od początku musi wzrastać w pozytywnym klimacie uczuciowym. Wzajemne ciepłe relacje między członkami rodziny i pogodna atmosfera domowa zapewniają wsparcie emocjonalne, które jest jednym z najsilniejszych predyktorów silnej więzi rodziców z dzieckiem przed jego urodzeniem i po urodzeniu i które zabezpiecza matkę przed silnym stresem, niepokojem, depresją jako potencjalnymi psychogennymi uwarunkowaniami nieprawidłowości ciążywo-porodowych (Bielawska-Batorowicz 2006; Kornas-Biela 2009a).

Przygotowanie się do przyjścia dziecka na świat to nie tylko troska o dobry stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz stworzenie właściwego klimatu życia rodzinnego, lecz także troska o dojrzałą motywację rodzicielską. Chodzi tutaj o takie uporządkowanie własnego życia osobistego, relacji z innymi, przepracowanie konfliktów psychicznych, by decyzja o posiadaniu dziecka nie była podjęta w wyniku nacisku społecznego (presja rodziny) lub instrumentalnego (np. pozbycie się lęku o bycie niepłodnym, chęć udowodnienia „prawdziwej kobiecości”, dowartościowanie siebie, potrzeba posiadania obiektu miłości, chęć zatrzymania męczyzny, zrobienie komuś na złość, zabezpieczenie się na starość). Niedojrzałe, neurotyczne motywy posiadania dziecka mogą prowadzić do nieprawidłowych relacji z nim, obdarzania go warunkową miłością, ukształtowania się neurotycznej, a nawet psychotycznej osobowości dziecka.

Dojrzałe motywy posiadania dziecka oraz więź i miłość między rodzicami są źródłem pragnienia, by zaprosić dziecko na świat, a potem dbałości o przygotowanie dla niego miejsca we własnym sercu, radosnego oczekiwania, dbałości o wewnętrzną harmonię, wyciszenia się i życia nadzieją, zgodą na niepowtarzalną i odmienną od nas istotę, również na to, że może się ona długo lub w ogóle nie pojawić, co jest niezwykle istotne, gdyż planowanie poczęcia nie zapewnia osiągnięcia sukcesu. W wypadku innego podejścia łatwo o psychiczne załamanie i traktowanie trudności z poczęciem jako osobistej tragedii życiowej.

Psychiczne przygotowanie do poczęcia oznacza również uporządkowanie życia wewnętrznego, relacji z najbliższymi, zwłaszcza z rodzicami i rodzeństwem. Przetrwale i

nierozwiązane konflikty z dzieciństwa, wyparte ze świadomości urazy, doznane traumy czasami wymagają terapii, zanim para zdecyduje się na dziecko. Lęk przed tym, że konflikty i emocje przeżywane w dzieciństwie odżyją, może blokować kobietę przed podjęciem decyzji o macierzyństwie, wywoływać irracjonalne niepokoje dotyczące dziecka.

Ciąża i poród to okresy, w których zarówno w kobiecie, jak i w mężczyźnie musi dokonać się transformacja w zakresie „ja” fizycznego, psychicznego i społecznego. W tym czasie muszą oni nabyć nową tożsamość (przeobrażenie w matkę, ojca), co może być łatwiejsze lub trudniejsze w zależności od ich biografii życiowej, a zwłaszcza od wczesnodziecięcych doświadczeń „matkowania” im przez ich matkę, od „wewnętrznej matki”, która zajmuje ważną część psychicznej przestrzeni dorosłego już dziecka. Lęk przed kształtowaniem „nowej siebie”, „nowego siebie”, rodzeniem się na nowo, nadawaniem nowych znaczeń swemu życiu i przeżyciom może utrudniać podjęcie decyzji o poczęciu dziecka, zaakceptowanie go czy nawiązanie z nim więzi. Jakość więzi matki z dzieckiem w pre- i perinatalnym okresie życia dziecka w pewnym stopniu zależy bowiem od jakości relacji doświadczonej z własną matką w tym samym okresie rozwoju. Matki, którym trudno zdecydować się na dziecko, przewidują trudności w adaptowaniu się do wymagań macierzyństwa, częściej niż inne miały słabą więź z własną matką, źle znoszą swoją kobiecość i jej przejawy. Dlatego niektóre pary albo przed poczęciem dziecka, albo w okresie ciąży mogą wiele skorzystać z pomocy terapeutycznej w przeorganizowaniu swojej osobowości. (Kornas-Biela 2003a, b).

Warunkiem dobrego przygotowania się do poczęcia dziecka są ponadto dobre relacje między małżonkami. Wzajemne zaufanie w rozmowach (na temat motywów, oczekiwań i obaw, nadziei i niepokojów, spodziewanych trudności i radości oraz rozczarowań) przed poczęciem pomaga w dzieleniu się przeżyciami w czasie oczekiwania na urodzenie się dziecka, a samo to jest już ważnym wsparciem. Trudności z porozumieniem się w sprawie decyzji o poczęciu dziecka mogą wskazywać na to, że kobieta i mężczyzna mają różne priorytety, plany życiowe, systemy wartości, cele życiowe, oczekiwania wobec małżeństwa, zaufanie do małżonka, podejście do trwałości związku, poczucie bezpieczeństwa w związku i poczucie zaangażowania w związek.

Przygotowanie się do silnej biologicznej, fizycznej i uczuciowej więzi z dzieckiem jest wyrazem szacunku dla niego i stwarza korzystne warunki dla jego rozwoju. Takie przygotowanie jest nieobce ludom pierwotnym, wśród których istnieją różne rytuały poprzedzające poczęcie (np. w Gabonie na miesiąc przed poczęciem małżonkowie powstrzymują się od współżycia, a kobiety chodzą na piętach, aby mieć jak najmniejszy kontakt

z tym, co ziemskie) (Relier 1994: 54–55). Z przygotowaniem psychicznym powinno iść w parze przygotowanie duchowe na przyjęcie dziecka, które w zależności od stopnia i rodzaju zaangażowania religijnego rodziców może mieć różny charakter (por. chrześcijańskie podejście: Kornas-Biela 2009a: 372–393).

Profilaktyka drugo- i trzeciorzędowa

Profilaktyka drugorzędowa ma na celu wyłonienie grup ryzyka zdrowotnego wśród dzieci prenatalnych, podjęcie szybkiej diagnostyki i ewentualnej interwencji medycznej jeszcze przed urodzeniem lub zaplanowanie jej już po urodzeniu (np. wcześniejsze ukończenie ciąży, skierowanie matki do odbycia porodu w placówce o najwyższym stopniu referencyjności i przygotowanie zespołu lekarskiego do natychmiastowej operacji dziecka po urodzeniu). Profilaktyka na tym poziomie obejmuje wszelkie zabiegi i usługi, które zmierzają do wczesnego wykrycie zaburzeń, zwłaszcza w grupie ryzyka, i takiego pokierowania rozwojem dziecka, by choroba lub wada nie pogłębiały się. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do zaburzeń rozwoju, w przypadku których interwencja lekarska zastosowana jeszcze przed urodzeniem lub tuż po urodzeniu pozwala zmniejszyć powikłania, ograniczyć rozwój choroby lub uratować dziecko.

Profilaktyka drugorzędowa w grupie, w której ryzyko genetyczne jest małe (ryzyko populacyjne), obejmuje przede wszystkim rutynowe trzykrotne badania USG (między 11. a 13. i 18. a 22. tygodniem oraz po 30. tygodniu ciąży). Do profilaktyki drugorzędowej w grupie podwyższonego ryzyka genetycznego (wiek matki powyżej 35 lat, a ojca powyżej 55 lat, uprzednie poronienia, urodzenia dziecka z zespołem Downa, stwierdzenie u rodziców nieprawidłowości kariotypu) należą przesiewowe badania biochemiczne (test PAPP-A, test potrójny, test zintegrowany), echokardiografia płodu (Dangel 2007; Kornas-Biela 2011c: 168), badanie kosmówki (kosmków trofoblastu), amniocenteza (badanie komórek płodowych z płynu owodniowego) (Kornas-Biela 2002: 158–185), rezonans magnetyczny płodu, badanie komórek płodowych/wolnego DNA obecnych w krążeniu matczynym, kordocenteza. W związku z rozwojem usług związanych z prokreacją wspomaganą możliwa staje się terapia genowa i diagnostyka preimplantacyjna mająca na celu zbadanie jakości informacji genetycznej u embrionu ludzkiego przed jego implantacją. Zwiększające się możliwości medycyny w tym zakresie rodzą wiele problemów prawnych oraz moralnych (np. Machinek 2004: 53–71, 122, 168–183, 2005, 2007: 106–107; Biesaga 2006; Kowalski 2009: 77–113).

Profilaktyka trzeciorzędowa w najwcześniejszym okresie rozwoju dziecka polega na zaopiekowaniu się nim, jeśli w okresie prenatalnym zdiagnozowano, że jest ono obciążone poważnym problemem zdrowotnym. Opieka nad takim dzieckiem polega na udzieleniu mu (oraz jego rodzicom) pomocy medycznej oraz psychologicznej. Pomoc medyczna może być ukierunkowana na dziecko bezpośrednio lub pośrednio (przez organizm matki) i obejmować farmakoterapię (np. Janiak i in. 2005a) oraz leczenie chirurgiczne (Sroka i in., 2007; Ball, Deprest, 2010). Zasadność ich stosowania musi być poddana szczegółowej ocenie nie tylko medycznej, lecz także psychologicznej i etycznej (Jan Paweł II 1982; KKK 2275; Kraj 2005). Rodziny z dzieckiem, u którego w okresie prenatalnym zdiagnozowano, że jest obciążone chorobą letalną, powinny mieć możliwość skorzystania z pomocy perinatalnego hospicjum (np. Institut Jérôme Lejeune, Paryż, Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum im. Małego Księcia w Lublinie).

Profilaktyka drugo- i trzeciorzędowa o charakterze psychologicznym

Wszystkie badania prowadzone w grupie rodziców korzystających z diagnostyki prenatalnej w związku z istnieniem ryzyka, że ich dziecko umrze lub urodzi się z chorobą wrodzoną, zdecydowanie potwierdzają konieczność zapewnienia im pomocy psychologicznej. Jej brak sprzyja ujawnieniu się niedojrzałych i negatywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, co skutkuje pogorszeniem się zdrowia somatycznego, pojawieniem się objawów psychosomatycznych i niekorzystnymi zmianami w życiu osobistym. Im cięższa wada dziecka, im bardziej zagraża jego rozwojowi lub życiu, tym bardziej rodzicom potrzebne jest profesjonalne wsparcie psychiczne, a dziecku – różne formy prenatalnej komunikacji z nim. Stwarzają one korzystne warunki do kształtowania więzi z nim (która może być łatwo wygaszona wskutek stresu rodziców), a także zwiększają zasoby rozwojowe dziecka, pomagają mu osiągnąć, mimo obciążeń zdrowotnych, wyższy poziom rozwoju (Kornas-Biela 2009a).

Badania na temat doświadczeń rodziców w sytuacji niepomyślnej diagnozy prenatalnej oraz funkcjonowanie ośrodków wyspecjalizowanych w towarzystwie tym, którzy podjęli decyzję o urodzeniu chorego dziecka, dowodzą, że należy rozszerzyć zakres pomocy dostępnej dla tych osób (leczenie, interwencja kryzysowa, psychoterapia, poradnictwo, wsparcie, rehabilitacja). Szczególnej pomocy potrzebują rodzice, którzy zdecydowali się na urodzenie dziecka z chorobą letalną (Kornas-Biela, 2011b). Znajdują się oni w dramatycznej sytuacji

życiowej i należy im zapewnić kompleksową paliatywną opiekę medyczną i psychologiczną o charakterze hospicyjnym, polegającą głównie na nasieniu ulgi dziecku oraz zapewnieniu wsparcia społecznego, emocjonalnego i duchowego całej rodziny. Pomocy potrzebują również rodzice, którzy zdecydowali się skorzystać z selektywnej aborcji, choć potrzeba ta nie zawsze jest przez nich uświadamiana i werbalizowana (Eadem 2008, 2009b).

Zakończenie

Działania podejmowane w ramach profilaktyki chorób i wad wrodzonych oraz profilaktyki w zakresie zdrowia prokreacyjnego skupiają się głównie na aspekcie medycznym. Niezwykle ważne jest, by zaczęto doceniać także aspekt psychiczny, społeczny i duchowy. Ponadto wobec intensywnego rozwoju usług związanych z diagnostyką prenatalną potrzebne są dokładniejsze badania nad postawami społecznymi wobec diagnostyki prenatalnej, uwarunkowaniami decyzji o poddaniu się badaniom lub rezygnacji z nich, nad zmiennymi wpływającymi na przeżycia rodziców związane z zastosowaną procedurą diagnostyki prenatalnej, konsekwencjami zastosowania procedur diagnostycznych, społecznymi skutkami powszechnego dostępu do tych badań np. dla kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych. Coraz częściej podważa się przygotowawczy charakter diagnozy prenatalnej (tzn. bierze się pod uwagę to, w jakim stopniu jest ona rzeczywiście pomocna w przygotowaniu się na urodzenie dziecka, a w jakim – znaczenie większym stresem niż diagnoza postnatalna). Niektóre badania pokazują, że poznanie diagnozy mówiącej o wadzie lub chorobie dziecka jeszcze przed jego urodzeniem ma bardziej destrukcyjny wpływ na przeżycia rodziców niż poznanie jej po urodzeniu dziecka (np. Sanasuttipun 2000). Dokładniejszych badań wymaga również to, jak rozwój usług medycznych oddziałuje na funkcjonowanie rodziców i znaczenia rodzicielstwa (zmedykalizowanie prokreacji, zwiększenie poczucia odpowiedzialności za zdrowie dziecka, poczucie obowiązku stałej i dokładnej kontroli jego rozwoju, warunkowa więź rodziców z nim, wzrost oczekiwań wobec dziecka).

Bibliografia

Ball R.H., Deprest J. (2010), *Terapia prenatalna płodu z wadą naprawialną*, [w:] P.W. Callen (wyd. 1 polskie, red. R. Dębski), *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii* Warszawa: Wydawnictwo Elsevier Urban and Partner, t. II, s. 345–365.

- Barton-Smoczyńska I. (2006), *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki: Wydawnictwo NAF.
- Bidzan M. (2006), *Psychologiczne aspekty niepłodności*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bielan Z., Machaj A., Stankowska I. (2010), *Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu*, „Seksuologia Polska” 8(1), s. 41–46.
- Biesaga T. (2006), *Elementy etyki lekarskiej*, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: „Śląsk” Sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe.
- Brier N. (2008), *Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature*, „Journal of Women’s Health” 17(3): 451–464.
- Chazan B. (1997), *Opieka przedkoncepcyjna*, [w:] B. Chazan (red.), *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 34–41.
- Chazan B. (1999), *Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich*, [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL, s. 1631–77.
- Chazan B. (2001), *Opieka zdrowotna przedkoncepcyjna*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 5(4), Supl. 1, s. 121–125.
- Dangel J. (2007), *Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość*, „Nauka” 3, s. 31–47.
- Dąbrowska-Wnuk M. (2010), *Oczekiwanie na narodziny pierwszego dziecka jako sytuacja trudna w życiu mężczyzny*, [w:] T. Rostowska, A. Jarmołowska (red.), *Rozwojowe i wychowawcze aspekty życia rodzinnego*, Warszawa: Difin SA, s. 83–100.
- Gadzinowski J., Szczapa J., Szczapa T., Czech B. (2007), *Prewencja w opiece nad noworodkiem*, [w:] G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 21–36.
- Jan Paweł II (1982), *Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej. Przemówienie do uczestników Kongresu «Movimento per la vita» (Ruch na rzecz życia)*, Rzym, 4 grudnia 1982.
- Janiak K., Respondek-Liberska M., Wilczyński J., Sysa A. (2005), *Częstoskurcz u płodu – diagnoza, terapia prenatalna za pomocą beta-blokera (postnatalny zespół Wolfa Parkinsona-White’a) – opis przypadku*, „Ultrasonografia w Ginekologii i Położnictwie” 1, s. 269–272.
- Kalus A. (2002), *Bezdzielnosc w małżeństwie*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

- Kamińska S. (2007), *Współczesne położnictwo. Położna w opiece przedkoncepcyjnej*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 4, s. 32.
- Kazimierzczak M., Sipiński A. (2005), *Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 59(5), s. 413–417.
- Kornas-Biela D. (1993), *Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu*, [w:] E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL, s. 27–35.
- Kornas-Biela D. (1996), *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kornas-Biela D. (1999), *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL, s. 179–200.
- Kornas-Biela D. (2001), *Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów*, [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, s. 459–477.
- Kornas-Biela D. (2003a), *Podejście psychodynamiczne w psychologii prenatalnej*, „Czasopismo Psychologiczne” 9(2), s. 179–191.
- Kornas-Biela D. (2003b), *Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji*, „Przegląd Psychologiczny” 46(2), s. 179–196.
- Kornas-Biela D., (2004), *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kornas-Biela D. (2005a), *Diagnostyka prenatalna*, [w:] A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, s. 98–105.
- Kornas-Biela D. (2005b), *Poradnictwo genetyczne*, [w:] A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, s. 355–360.
- Kornas-Biela D. (2005c), *Psychodynamic approach to procreation failure*, [w:] N. Gozdek, M. Sygit (red.), *Health Promotion. Theoretical and Practical Aspects*, Lublin: Wydawnictwo WERSET, s. 187–194.
- Kornas-Biela D. (2006), *Jakość życia w kontekście diagnostyki prenatalnej*, [w:] T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia*, Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki, s. 87–104.

- Kornas-Biela D. (2008), *Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów*, „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” 4, s. 15–27.
- Kornas-Biela D. (2009a), *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela D. (2009b), *Psychologiczny kontekst podejmowania decyzji w sytuacji niepomyślnego rozpoznania choroby prenatalnej*, [w:] K.A. Kłosiński, S. Biela (red.), *Człowiek i jego decyzje*, Lublin: Wydawnictwo KUL, t. II, s. 343–360.
- Kornas-Biela D. (2011a), *Dobro moralne i dobro psychiczne w sytuacji prenatalnie zdiagnozowanej śmiertelnej choroby dziecka*, [w:] B. Dobrowolska, A. Pilewska-Kozak, I. Wrońska (red.), *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*, Lublin, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, s. 141–163.
- Kornas-Biela, D. (2011b), *Interdisciplinary care for families with a prenatal diagnosis of a lethal anomaly: social workers perspectives.*, [w:] E. Domagała-Zyśk, M. Nowak (red.), *European Social Work - Identity, International Problems and Interventions*, Lublin: Wydawnictwo Gaudium, (s. 326–340).
- Kornas-Biela D. (2011c), *Okres prenatalny*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 147–171.
- Kornas-Biela D. (2011d), *Psychopedagogiczne aspekty niedożywienia dzieci w prenatalnym okresie rozwoju*, [w:] Cz. Kępski (red.), *Głodne dzieci w Polsce*, Lublin, Wydawnictwo KUL, s. 53–73.
- Kraj T. (2005), *Terapia genowa*, [w:] A. Muszala (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, s. 457–464.
- Kowalski E. (2009), *Osoba i bioetyka*, Wydawnictwo Homo Dei.
- Kwaśniewska G. (2007), *Idea wczesnej interwencji – skuteczność działań i kierunki rozwoju w opiece nad dzieckiem i jego rodziną*, [w:] G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 88–93.
- Machinek M. (2004), *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn: Wydawnictwo Hosianum, wyd. II.
- Machinek M. (2005), *Diagnostyka preimplantacyjna*, [w:] A. Muszala (red.),

- Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, s. 94–98.
- Machinek M. (2007), *Spór o status ludzkiego embrionu*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
- Oleszczuk J., Sawulicka-Oleszczuk H., Laskowska M. (2007), *Zastosowanie kwasu foliowego w zapobieganiu wadom wrodzonym u dzieci jako element wczesnej profilaktyki dla przyszłych matek*, [w:] G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 10–20.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wykrywania nosicielstwa paciorkowców grupy B (GBS) u kobiet w ciąży i zapobiegania zakażeniom u noworodków*
([http://www.umlub.pl/upload/jednostkiam/mikrobiologia/rekomendacje%20PTG/GB Spdf.pdf](http://www.umlub.pl/upload/jednostkiam/mikrobiologia/rekomendacje%20PTG/GB%20Spdf.pdf)).
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu*
(<http://lex.pl/serwis/du/2010/1259.htm>;
<http://www.nucleagena.pl/files/rekomendacjaopiekapredporodowa.pdf>).
- Relier J.P. (1994), *Pokochać je, nim się narodzi. O więzi matka – dziecko przed urodzeniem*, Warszawa: Wydawnictwo Anchor .
- Sanasuttipun W. (2000), *The impact of early prenatal disclosure of congenital heart disease on adaptation of parents with young infants* [praca doktorska], Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Sroka M., Świątkowska-Freund M., Gołębiowski A., Czauderna P., Preis K. (2007), *Chirurgia prenatalna: przyszłość czy ślepy zaułek. Doświadczenia wstępne*, „Przegląd Pediatryczny” 37(1), s. 7–9.
- Szczawińska M. (2001), *Znaczenie naturalnego planowania rodziny dla wczesnej diagnostyki chorób kobiecych*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 5(4), Supl. 1, s. 73–
78. Tiara M. (2011), *Postawy wobec przyszłej prokreacji młodych mężatek pochodzących z różnych środowisk społecznych* [praca magisterska], Lublin: Katolicki Uniwersytet Jana Pawła II.
- Türk K. (2001), *Znaczenie obserwacji cyklu miesięcznego dla rozpoznawania, leczenia i profilaktyki chorób kobiecych*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 5(4), Supl. 1, s. 79–81.

Health aspects of family life in the period of pre-conception and the prenatal child development period

Summary

Health is without doubt the most important person's good, that is why each endangering situation threatening it causes psychologically difficult situation. Rational care for health is a sign of mental health. Reproductive health is a special type of health, and it is understood integrally as a state of well-being in physical, psychological, and social aspects, in all issues connected with reproductive system, its functions and processes. Reproductive health and the conceived child's health are such values whose fulfillment makes possible to realize the most important human's needs. Reproductive health conditions the offspring's health and the health of the child developing in the mother's womb influences her reproductive health (its successes/failures, mother's illnesses). Prevention of the reproductive health is connected with the parents whole life, and it even reaches the health of their ancestors. Prevention includes activities and services connected with health promotion (prenatal education), primary, secondary and tertiary prevention. Each of them should be directed not only at physical health (to prevent disorders, detect them early and prevent spreading of the effects of the disorders), but also at the parents psychological functioning (e.g. in the situation of the genetic risk, diagnostic research, unfavorable diagnosis, birth of the child with a birth defect or congenital disease), the child to be born and mutual relationships between the parents and the child (prenatal communication).