

Z ZAGADNIENÍ PSYCHOLOGII PROKREACYJNEJ

Pod redakcją
ELEONORY BIELAWSKIEJ-BATOROWICZ
DOROTY KORNAS-BIELI

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU 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

S P I S T R E S C I

Wprowadzenie	7
I. Przegląd zagadnień	
Teresa Kukołowicz <i>Wychowawcze działania Kościoła w kształtowaniu postaw wobec dziecka w prenatalnej fazie życia</i>	17
Dorota Kornas-Biela <i>Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu</i>	27
Urszula Dudziak, Józef Szopiński <i>Założenia programowe Szkoły Młodych Rodziców</i>	37
Włodzimierz Fijałkowski <i>Konsekwencje psychologiczne uczestnictwa ojca w porodzie</i>	47
Dorota Kornas-Biela <i>Potrzeby rodziców po śmierci dziecka w okresie okołoporodowym</i>	61
II. Z badań empirycznych	
Mariola Janczur-Bidzan <i>Psychologiczna charakterystyka kobiet leczonych z powodu niepłodności</i>	79
Dorota Kornas-Biela <i>Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących narodzenia dziecka</i>	91
Ewa Jarosik, Anna Faińska, Dorota Kornas-Biela <i>Postawy lekarzy wobec diagnostyki prenatalnej i przerywania ciąży</i>	99

PRZEŻYCIA ZWIĄZANE Z DIAGNOSTYKĄ PRENATALNĄ A POSTAWY WOBEC NIEJ W LITERATURZE PRZEDMIOTU

Postęp naukowo-techniczny umożliwił wprowadzenie do medycyny nie tylko nowych metod leczenia, ale i nowych badań diagnostycznych, pozwalających na trafniejszą i bardziej wszechstronną ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz na wcześniejsze wykrycie chorób. Nowe metody diagnostyczne wykorzystywane są również w ginekologii i położnictwie, umożliwiając między innymi dokładne monitorowanie przebiegu ciąży i wykrywanie wad rozwojowych płodu. Badania przeprowadzane w okresie prenatalnym pozwalają na stwierdzenie aberracji chromosomów, rozpoznanie ponad 100 różnych chorób metabolicznych, a także na wykrywanie wad ośrodkowego układu nerwowego u płodu i innych wad rozwojowych (Kędzia 1991). Do najczęściej stosowanych obecnie w diagnostyce prenatalnej należą amniopunkcja (amniocenteza), fetoskopia, ultrasonografia (USG), biopsja kosmówki (CVS) (Kędzia 1991, Gulanowska 1991, Czekanowski 1988).

Badania wspomniane powyżej wykonywane są w różnych okresach ciąży (np. CVS jest możliwe do wykonania znacznie wcześniej niż amniopunkcja) i niosą ze sobą niejednakowe niebezpieczeństwo dla zdrowia matki i dziecka. Za nieinwazyjne, a tym samym nieszkodliwe, powszechnie uważane jest badanie ultrasonograficzne (Suzin i Respondek 1991, Czekanowski 1988). W przypadku innych metod ryzyko wystąpienia powikłań dalszego przebiegu ciąży wynosi od 0,1 - 0,5% (Kędzia 1991) do 1 - 2% (Czekanowski 1988) i 3% (Rotz, wg Gulanowska 1991). Do najczęściej wspomnianych powikłań należą krwawienia, zakażenia i wyzwoleń przedwczesnej czynności skurczowej macicy (Czekanowski 1988, Pisarski i Klejewski 1991).

Dominującym przeżyciem, które motywuje kobietę do skorzystania z badań prenatalnych i rezygnacji z nich, towarzyszącym jej zarówno w trakcie badań, jak i wtedy, gdy im się nie poddaje, jest niepokój. Jest on największy w grupie kobiet, które poddają się diagnostyce ze względu na ryzyko genetyczne, następnie w grupie kobiet, które korzystają z badań z powodu chęci zabez-

pieczenia się przed urodzeniem dziecka chorego (na własne życzenie), a najmniejszy w grupie kobiet, u których istnieje ryzyko związane z wiekiem. Kobiety, które nie mają wyższego niż populacyjne ryzyka, lecz korzystają z badań z powodu trapiącego je niepokoju o zdrowie dziecka, przeżywają okres ciąży jako trudny, gdyż ich lęk ma negatywny wpływ na całość życia codziennego, utrudnia koncentrację na rozwiązywaniu problemów, paraliżuje inicjatywę i zaburza kontakty z innymi ludźmi, zwłaszcza w rodzinie (Sjögren 1989). Niepokój związany z okresem ciąży, z dostępnymi badaniami lekarskimi, ma różną treść. Do niego dołączają się inne czynniki natury psychologicznej i sytuacyjnej, najczęściej o charakterze społecznym, które decydują o podjęciu określonych zachowań medycznych.

Tym, co skłania kobietę do poddania się badaniom prenatalnym, są przede wszystkim następujące czynniki (Sjögren 1989, Langer 1989):

- silny lęk przed urodzeniem dziecka chorego. Lęk ten jest na tyle silny, że przeważa często nad lękami przed samą procedurą badań i niedogodnościami, jakie ona niesie. Lęk ten może mieć różną przyczynę i potęgowany jest przez grę pozostałych czynników;

- poczucie mniejszej wartości i niska samoocena, wywołujące nawet przy małym ryzyku silny lęk przed urodzeniem dziecka niepełnowartościowego jako małej kopii siebie;

- negatywny lub słaby związek z własną matką w dzieciństwie, powodujący trudności w identyfikacji z własną płcią i podjęciu przypisanych do niej ról społecznych. Wynikający stąd obraz siebie jako kobiety powoduje złą adaptację do sytuacji ciąży i poczucie niekompetencji biologicznej związanej z macierzyństwem;

- odbieranie ciąży (na skutek uprzednich różnych doświadczeń np. opinii innych kobiet, zwłaszcza własnej matki) nie jako naturalnego i wartościowego przeżycia, ale jako czegoś niebezpiecznego, nieznanego i budzącego lęk;

- dążenie do perfekcji w życiu i kontroli wszystkiego, co się w życiu zdarza;

- system wartości, w którym preferuje się wartości o charakterze utylitarnym, hedonistycznym, materialnym nad wartościami

religijnymi, moralnymi i społecznymi;

- subiektywna ocena ryzyka genetycznego jako dużego i słaba umiejętność podejmowania ryzyka w życiu;

- przeszłe negatywne doświadczenia prokreacyjne;

- traktowanie niepełnosprawności jako bardzo ciężkiej i stresującej, uniemożliwiającej życie szczęśliwe zarówno osobie nią dotkniętej, jak i jej otoczeniu, a tym samym chęć zabezpieczenia dziecka (poprzez przerwanie ciąży) przed cierpieniem w przyszłości;

- niechęć do zaburzenia sobie dotychczasowego życia i przekonanie o konieczności zapewnienia innym członkom rodziny komfortu "normalnego życia";

- przekonanie o nieumiejętności poradzenia sobie z trudami wychowania dziecka niepełnosprawnego i braku możliwości nawiązania z nim emocjonalnego kontaktu;

- pozytywna opinia partnera lub przewidywanie przez kobietę jego życzenia co do diagnostyki prenatalnej. Czasem to zupełnie subiektywne interpretowanie przez kobietę woli mężczyzny ma jedynie uzasadnić sensowność jej decyzji;

- poczucie nacisku ze strony otoczenia, które w przypadku nieskorzystania przez kobietę z badań prenatalnych i urodzenia dziecka chorego zareagowałoby potępieniem, odsunięciem, obwinianiem, przyznaniem mniejszych praw do świadczeń społecznych (bo "sama sobie winna");

- namawianie przez lekarza lub jego sugestie, czasem "wyczytane" przez kobietę jedynie ze sposobu interpretacji przekazanych w czasie wizyty informacji;

- brak osoby, wobec której kobieta mogłaby wyrazić swoje niepokoje, zwerbalizować swoje uczucia i zobaczyć je z innej perspektywy, osoby, która podjęłaby działania mające na celu zmniejszenie stanu lękowego kobiety.

Uwarunkowania decyzji o rezygnacji z poddania się badaniom prenatalnym są często przeciwieństwem czynników wyżej wymienionych, lecz nie tylko. Można tu wspomnieć o roli następujących czynników (Endres, Scholz i Murken 1989):

- lęk przed bólem podczas badania;

- lęk przed uszkodzeniem dziecka podczas badania;

- lęk przed poronieniem;

- lęk przed okresem oczekiwania na wynik;
- lęk przed pomyłką w diagnozie i niepewność co do wiarygodności testowych wyników;
- lęk przed powtórnymi badaniami;
- lęk przed trudnością podjęcia decyzji co do życia dziecka, jeśli okaże się, że jest ono obciążone chorobą wrodzoną;
- lęk przed informowaniem otoczenia, co się stało z dzieckiem, jeśli w wyniku badań prenatalnych zostanie podjęta decyzja o aborcji;
- ocena ryzyka testowania (negatywnych konsekwencji badań dla dziecka, przebiegu ciąży lub zdrowia kobiety) jako większego niż ryzyko urodzenia dziecka chorego;
- umiejętność podejmowania ryzyka i efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem, jakie ono niesie;
- poczucie kompetencji wychowawczej również w sytuacjach trudnych;
- optymizm życiowy i wiara, że to, co życie niesie jest pozytywne;
- negatywny stosunek do medykalizacji okresu ciąży;
- niechęć do badań lekarskich, w których kobieta traktowana jest przedmiotowo i naruszana jest jej potrzeba intymności i prywatności;
- niechęć do sprzeciwiania się naturze;
- przekonanie o ograniczeniach diagnozy do minimalnej liczby schorzeń, a tym samym brak możliwości ustrzeżenia się przed znacznie większą liczbą innych chorób;
- akceptacja możliwości posiadania dziecka nie w pełni sprawnego i przekonanie o możliwości nawiązania z nim intelektualnej i uczuciowej komunikacji;
- przekonanie, że życie osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia może być szczęśliwe;
- preferencja wartości moralnych i religijnych;
- negatywny stosunek partnera do badań prenatalnych;
- negatywny stosunek lekarza lub wysuwane przez niego obiektywnie co do badań prenatalnych.

Diagnostyka prenatalna ma swoje pozytywne i negatywne, które również decydują o tym, na ile jest ona akceptowana. Do pozytywnych skutków badań prenatalnych zalicza się przede wszystkim

uspokojenie kobiety i obniżenie niepokoju nawet poniżej poziomu, który jest normalny dla trzeciego trymestru ciąży. To uspokojenie spowodowane wykluczeniem choroby dziecka przenosi się bowiem na inne sfery życia. Dotyczy to przede wszystkim kobiet w ciąży ryzyka genetycznego, bo te kobiety, które poddają się badaniom z powodu subiektywnie odczuwanego ryzyka, przed porodem znów przeżywają lęk, gdyż nie są pewne wiarygodności wyników i tego, czy dziecko nie jest obciążone schorzeniem niemożliwym do zdiagnozowania.

Szczególnie popularnym badaniem prenatalnym jest badanie USG. Zwraca się uwagę na to, że badanie to daje szereg pozytywnych efektów (Reading i Cox 1981, Fletcher 1983, Ringler 1989, Reading i in. 1982). Następuje bowiem:

- urealnienie obecności dziecka;
- wizualizacja wyglądu dziecka;
- nadanie płodowi statusu człowieka;
- wzrost przeświadczenia o autonomii płodu;
- zmiana w percepcji siebie i roli własnego ciała w procesie ciąży;
- zmniejszenie koncentracji na własnym ciele a skupienie uwagi na dziecku, co wpływa na słabsze odczuwanie dolegliwości ciążowych;
- wyczulenie na odbiór ruchów dziecka;
- lepsza realizacja zaleceń profilaktyczno - leczniczych (np. zmniejszenie liczby wypalanych papierosów, zastosowanie diety);
- zmniejszenie uczuć ambiwalentnych do dziecka;
- zwiększenie przywiązania matki do dziecka;
- zwiększenie potrzeby komunikacji z dzieckiem przed narodzeniem;
- rozbudzenie potrzeby szybkiego dotykowego kontaktu z dzieckiem po narodzeniu;
- uspokojenie matki co do stanu zdrowia dziecka.

Obecność męża w czasie badania umożliwia również i jemu korzystanie z wielu wymienionych wyżej pozytywnych skutków psychologicznych USG oraz wpływa na zwiększenie się więzi małżeńskiej i potrzeby wspólnej troski o prawidłowy przebieg ciąży i porodu. Z wielu względów badanie to czasem jest bardziej pomocne ojcu niż

matce dziecka.

Wszystkie wymienione wyżej pozytywne konsekwencje USG mogą wystąpić wtedy, gdy:

- kobieta jest przygotowana na to, czego może od badań oczekiwać;

- zapewni się kobiecie możliwość oglądania tego, co widzi lekarz na ekranie;

- kobieta uzyska wyjaśnienie tego, co można dostrzec na ekranie USG;

- kobieta ma możliwość stawiania pytań i uzyskuje na nie odpowiedzi;

- atmosfera badań jest spokojna i serdeczna;

- kobieta ma poczucie, że jest to rutynowe badanie, a nie procedura nastawiona jedynie na wykrywanie wad płodu;

- wyraz twarzy, ton głosu i sposób mówienia lekarza nie sugeruje niczego niepokojącego.

Jeśli w badaniu uczestniczy mąż, to on również musi mieć zapewnione powyższe warunki, a zwłaszcza, co jest ważne dla mężczyzny, możliwość stawiania pytań dotyczących medycznych i technicznych aspektów USG.

Ocena negatywnych konsekwencji zastosowania czy rozwoju badań prenatalnych jest zależna od rodzaju metody diagnostycznej. Wyraźne różnice występują np. w ocenie amniopunkcji i CVS. Czasem zwraca się uwagę na to, że nawet badanie USG może mieć niepożądane skutki, np. kiedy lekarz nic nie mówi, co widzi na ekranie albo nawet komentuje to, ale w języku niezrozumiałym dla kobiety, kiedy jego zachowanie budzi jej podejrzenie o stan zdrowia dziecka, kiedy informacja o płci dziecka jest niezgodna z oczekiwaniami kobiety lub jej partnera.

Do negatywnych skutków przypisywanych wszystkim badaniom prenatalnym skoncentrowanym na diagnozie stanu zdrowia dziecka celem umożliwienia aborcji selektywnej można zaliczyć (Sjögren 1989, Langer 1989):

- rozbudzenie wiary w rodzicach, że można ustrzec się przed urodzeniem dziecka chorego i zapewnić sobie "doskonale dziecko";

- zmianę znaczenia prokreacji w świadomości społecznej;

- zwiększenie nasilenia postaw oceniających wartość i sens życia według kryterium zdrowia i sprawności psychofizycznej;

- wzrost społecznych oczekiwań co do warunków, jakie musi spełnić dziecko, aby jego narodzenie mogło być zaakceptowane;

- wzrost poczucia odpowiedzialności rodziców za jakość działań prokreacyjnych, które podlegają społecznej ocenie, co wzmacnia poczucie winy i odrzucenia w przypadku niespełnienia oczekiwań społecznych;

- zwiększenie nasilenia postaw negatywnych wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin;

- medykację naturalnego procesu ciąży;

- zwiększenie poczucia zagrożenia i bezradności wobec tego, co dziecku zagraża;

- zmniejszenie poczucia autonomii pacjenta, odczuwanie dominacji ze strony technicznych aparatów i personelu medycznego;

- zagrożenia dla potrzeb intymności i prywatności kobiety.

W przypadku badań amniopunkcyjnych, które są często stosowaną metodą w ciąży ryzyka genetycznego, zwraca się uwagę na dodatkowe negatywne konsekwencje:

- długotrwały niepokój, który zagraża zdrowiu psychosomatycznemu matki i prawidłowości rozwoju psychofizycznego dziecka;

- oczekiwanie w napięciu powoduje silniejsze zaznaczanie się dolegliwości ciążyowych;

- niechęć do nawiązywania kontaktu z dzieckiem, brak fantazji na jego temat, odczuwanie obcości wobec "tego, co rośnie w brzuchu", a tym samym opóźnienie kształtowania się uczuć macierzyńskich i ewentualne trudności w nawiązywaniu głębokiej więzi emocjonalnej z dzieckiem;

- rozwijanie się dziecka przez połowę swego życia przed narodzeniem w "próżni emocjonalnej";

- brak radości z okresu ciąży, poczucie jej nienormalności;

- stosunek do własnego ciała jak do wroga, który stawia matkę wobec ewentualności ośmieszenia z racji niemożności sprośnięcia stawianym wymaganiom;

- stosunek do dziecka jak do wroga, który testuje zdolności prokreacyjne kobiety i jej sprawność biologiczną;

- lęk przed ewentualnością zakończenia ciąży, przed separacją z dzieckiem i przewidywaną żałobą po jego stracie może, w sytuacji wykluczenia choroby, przerodzić się w poczucie winy za warunkową miłość do dziecka, a tym samym spowodować przyjęcie

niewłaściwych postaw macierzyńskich (cechujących się np. nadmiernym dystansem uczuciowym lub nadmierną koncentracją na dziecku).

W związku z licznymi negatywnymi emocjonalnymi konsekwencjami, jakie mogą nieść ze sobą prenatalne badania diagnostyczne, wskazane jest odpowiednie przygotowanie kobiet i ich rodzin do ich przeprowadzenia. Przygotowanie to wymaga działania w dwu etapach. W pierwszym powinno nastąpić informowanie personelu medycznego o psychologicznych aspektach badań prenatalnych i możliwych reakcjach pacjentek, a także o konieczności dostarczania im szybko wszechstronnych danych o przebiegu i wynikach badania. W ten sposób można wpłynąć na postawy personelu medycznego i postępowanie wobec pacjentów. Drugi etap to informowanie kobiety i jej rodziny przez lekarza zlecającego badanie o jego rodzaju i sposobie przeprowadzania, uzasadnienie jego stosowania, wyjaśnianie znaczenia wyników i możliwości wystąpienia pomyłek, a także powikłań dalszego przebiegu ciąży, nawet jeśli niebezpieczeństwo ich wystąpienia jest niewielkie. Informowanie kobiety o proponowanym badaniu winno być wolne od wszelkich form nacisku i wpływania na jej decyzję, zaś brak zgody na udział w badaniu należy przyjąć po uprzednim upewnieniu się, że mamy do czynienia z decyzją przemyślaną i podjętą w oparciu o analizę wszystkich niezbędnych przesłanek. Prenatalne badania diagnostyczne stanowią szansę na wykrywanie chorób i nieprawidłowości rozwoju dziecka, szansę na wcześniejsze rozpoczęcie leczenia, o ile jest ono możliwe. W żadnym jednak wypadku nie powinny być traktowane jako obligatoryjne, nawet dla tych rodziców, którzy ponoszą większe od populacyjnego ryzyko posiadania dziecka z wadą wrodzoną.

BIBLIOGRAFIA

Czekanowski R., *Wybrane zagadnienia z perinatologii*, Warszawa 1988, PZWL.

Endres M., Scholz C., Murken J., *Reasons women decide against undergoing prenatal diagnosis*, [w:] E. V. van Hall, W. Everaerd (eds.) *The Free Woman. Women's Health in 1990s*, Lancs 1989, The Parthenon Publishing Group.

Fletcher J., *Is sex selection ethical?*, "Progress in Clinical and Biological Research", 1983, 128, 333-348.

Gulanowska H., *Wybrane zagadnienia diagnostyki prenatalnej*, [w:] J. W. Gałkowski, J. Gula (red.) *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym, Lublin 1991, Redakcja Wydawnictw KUL.

- Kędzia H., Podstawy genetyki, [w:] T. Pisarski (red.) *Ginekologia i położnictwo. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 1991, PZWL.
- Langer M., *Patient - Doctor relationship in prenatal diagnosis*, [w:] E. V. van Hall, W. Everaerd (eds.) *The Free Woman. Women's Health in 1990s*, Lancs 1989, The Parthenon Publishing Group.
- Pisarski T., Klejewski A., *Biopsja kosmówki*, [w:] T. Pisarski (red.) *Ginekologia i położnictwo. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 1991, PZWL.
- Reading A. E., Campbell S., Cox D. N., Sledmere C. M., *Health beliefs and health care behaviour in pregnancy*, "Psychological Medicine", 1982, 12, 379-383.
- Reading A. E., Cox D. N., *The effects of ultrasound examination on maternal anxiety levels*, "Journal of Behavioural Medicine", 1981, 5, 3, 237-247.
- Ringler M., *The influence of prenatal diagnosis on parent-fetus bonding*, [w:] E. V. van Hall, W. Everaerd (eds.) *The Free Woman. Women's Health in 1990s*, Lancs 1989, The Parthenon Publishing Group.
- Sjögren B., *Autonomy in decision-making in prenatal diagnosis*, [w:] E. V. van Hall, W. Everaerd (eds.) *The Free Woman. Women's Health in 1990s*, Lancs 1989, The Parthenon Publishing Group.
- Suzin J., Respondek A., *Znaczenie badań ultrasonograficznych*, [w:] A. Komorowska (red.) *Ginekologia wieku rozwojowego*, Warszawa 1991, PZWL.