

Wioletta Wójcik

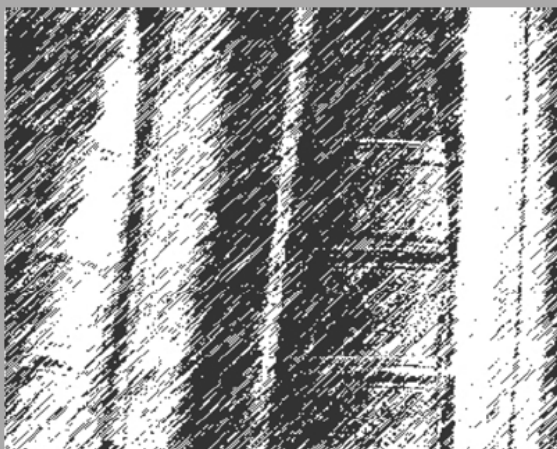
Zaniedbanie prenatalne : wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia

Chowanna 2, 95-106

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



WIOLETTA WÓJCIK

Zaniedbanie prenatalne – wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia

[...] od tego, czy to pierwsze śródmaciczne środowisko życia dziecka jest zdrowe, prawidłowo zbudowane i sprawnie funkcjonujące w pozytywnej atmosferze uczuciowej, nie nękanie negatywnymi czynnikami, zależy optymalny rozwój dziecka albo też ulega on zakłóceniu o nieraz bardzo przykrych konsekwencjach dla całego życia człowieka¹.

Prenatal negligence – a challenge for the education of health from the moment of conception

Abstract: Negligence is one of the forms of violence towards children. The article analyses the issue of prenatal negligence. It is looked at on the basis of the literature of the subject and the studies conducted.

Key words: prenatal negligence, violence, prenatal development.

¹ Cytat zaczerpnięty z artykułu D. Kornas-Biela (1989, s. 158).

Zaniedbanie prenatalne w literaturze przedmiotu

Przez wiele stuleci uważano, że stosowanie przemocy wobec dziecka jest czymś naturalnym, wręcz koniecznym dla jego dobra. Takiego zdania jest niestety nadal wielu rodziców i opiekunów. W dalszym ciągu wielkie dramaty małego człowieka rozgrywają się w „zaciszu domowego ogniska”, a nawet dużo wcześniej „pod sercem matki”.

W literaturze przedmiotu dotyczącej stosowania przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej czy zaniedbania wobec dzieci widoczne jest coraz większe zainteresowanie badaczy formami złego traktowania dzieci już od chwili ich narodzenia. W związku ze zwiększającym się zainteresowaniem tematyką stopniowo wzrasta również świadomość społeczna na ten temat, a to, co uświadomione i zdefiniowane, zaczyna naprawdę istnieć i prowadzi do podjęcia działań cywilno-prawnych, mających na celu przeciwdziałanie tego typu zachowaniom. Przyjmowane są ustawy, deklaracje, odbywają się konferencje naukowe, a wszystko po to, aby wiedza na temat istoty, przyczyn i konsekwencji przemocy wobec najbardziej bezbronnych, czyli dzieci, była wciąż pogłębiana i udoskonalana. Wiedza ta udostępniana opinii publicznej sprawia, że coraz więcej ludzi właściwie reaguje na zachowania świadczące o stosowaniu przemocy wobec dzieci. Jednak bardzo często warunkiem wystąpienia takiej reakcji są jednoznaczne, niebudzące wątpliwości, a więc fizyczne obrażenia na ciele dziecka, efekty zachowań świadczących o stosowaniu przemocy. Tym samym nie zauważa się przejawów przemocy, których następstwa są niewidoczne dla oczu, dotyczą bowiem sfery psychiki dziecka, mechanizmów regulujących zachowanie albo takich, które dotyczą dzieci w wewnątrzłonowej fazie życia. Brak reakcji na zachowania kobiet w ciąży, mogące w istotny sposób zagrażać zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci, może być związany z niejednoznacznym stosunkiem opinii publicznej do ustawy anty-aborcyjnej, a więc do kwestii, od którego momentu płód jest dzieckiem. Wybitny francuski genetyk Jérôme Lejeune podjął próbę odpowiedzi na to bardzo istotne pytanie: od kiedy człowiek? Jego sparafrazowana wypowiedź została przytoczona w artykule W. Fijałkowskiego (2000). Zdaniem genetyka, nowo powstała zygota ludzka jest indywidualnością niepowtarzalną ze względu na jedyny w swym kształcie kod genetyczny, tym samym zarodek ludzki jest od początku osobą, mającą duszę, bagaż doświadczeń i przeżyć. Aby zrozumieć w pełni sens tego stwierdzenia, wyobraźmy sobie – co w dobie rozwoju elektroniki nie jest trudne – że zygota przypomina małeńki magnetofon, który jest wyposażony w kasetę z taśmą. Pozostaje sobie tylko odpowiedzieć na pytanie: pustą czy nagrany?

John Lock był przekonany, że urodzony człowiek to *tabula rasa*, czyli „niezapisana tablica”. My dzisiaj wiemy bez wątpienia, że chodzi tu o taśmę „nagrana”, czyli zawierającą całkowity zapis informacji genetycznej o człowieku. Chwila połączenia się rodzicielskich komórek rozrodczych oznacza moment włączenia przycisku. Od tej pory zaczyna się zapisywać cały bieg życia nowo powstałego człowieka, który będzie dokładnie, lecz nieświadomie odtwarzany w późniejszym pozaonowym życiu.

Dlatego też bardzo ważne jest to, co zostanie na tej „taśmie życia” zapisane i czy nie zostanie ona uszkodzona. A za to odpowiedzialna jest w dużej mierze matka poczętego dziecka. Jednak obserwacja codziennego życia oraz wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań wskazują, że bardzo często kobiety w ciąży nie liczą się z dobrem dziecka i w związku z tym często świadomie i nieprzypadkowo podejmują zachowania, które zagrażają właściwemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka, przejawiają więc zachowania świadczące o stosowaniu przemocy wobec dziecka.

Definiowanie w literaturze przedmiotu zjawiska przemocy, a w szczególności przemocy wobec dziecka jest zadaniem wbrew powszechnym przekonaniom bardzo trudnym. Trudność ta jednak nie stanowi przeszkody w podejmowaniu przez badaczy licznych prób stworzenia coraz doskonalszej definicji przemocy, której powstanie jest wskazane ze względu na fakt podejmowania analiz teoretycznych tego zjawiska, dociekań badawczych oraz wszelkich interwencji wobec występowania zjawiska przemocy. W anglosaskiej literaturze przedmiotu do ogólnego określenia sposobów niewłaściwego traktowania dziecka używa się sformułowań *abuse*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza „nadużycie, zniewaga, znęcanie, maltretowanie” lub *maltreatment* – „maltretowanie”. W piśmiennictwie polskim, np. w opracowaniu Eleonory Bielańskiej-Batorowicz (1993, s. 297), funkcję ogólnego terminu pełni sformułowanie „złe traktowanie” bądź „maltretowanie”, zaś termin „przemoc” zarezerwowany jest dla niektórych form złego traktowania dzieci. Definiując pojęcie „złe traktowanie”, autorka odwołuje się do zaproponowanej przez P. Stattona definicji, według której jest to „sytuacja, w której jedna osoba odnosi się do drugiej w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru tej relacji [...] Złe traktowanie jest więc produktem relacji między ludźmi i daje się rozpoznawać i interpretować wyłącznie w ramach tej relacji” (Bielańska-Batorowicz, 1993, s. 298).

E. Bielańska-Batorowicz opisała w sposób syntetyczny siedem form złego traktowania dziecka. Są to: „1) przemoc fizyczna (*physical abuse*), 2) przemoc seksualna (*sexual abuse*), 3) przemoc emocjonalna (*emotional abuse*), 4) zaniedbanie (*neglect*), 5) opóźnienie rozwoju fizycznego (bez uwarunkowań organicznych) (*failure to thrive*), 6) zaniedbanie

prenatalne (*interuterine abuse*), 7) wykorzystywanie rytualne (*ritual abuse*)” (1993, s. 306–311).

Przemoc wobec dzieci stała się jednym z najpoważniejszych problemów wszystkich społeczeństw, tym bardziej że w literaturze przedmiotu zaczęto zwracać uwagę na przemoc dotykającą także dzieci jeszcze nie-narodzonych. Dzieciom tym już od chwili poczęcia odebrano prawo do „dobrego, godnego startu”, do pełnego wykorzystania możliwości rozwojowych, a negatywne konsekwencje złego traktowania dziecka poczętego są widoczne w postnatalnym życiu dziecka w postaci zaburzeń zarówno fizycznego, jak i psychicznego rozwoju.

Zastanawiające jest jedynie to, dlaczego badacze zwrócili uwagę na ten problem dopiero teraz. Przecież wcześniej też wiele kobiet w czasie ciąży paliło papierosy, piło alkohol, nie dbało o siebie ani o dziecko. Mimo to nikt nie określał tego jako zaniedbanie prenatalne (zob. Biela wska - Batorowicz, 1993, s. 310; Kornas - Biela, 1991, s. 169) czy maltretowanie prenatalne (zob. Soriano, 2002, s. 69). Sytuacja zaczęła się zmieniać, kiedy zwrócono uwagę na fakt, że istota „noszona pod sercem matki” (Kornas - Biela, 2001, s. 225) to nie tylko płód, „masa wzrastających, różnicujących się i specjalizujących komórek, tkanek i układów”, ale przede wszystkim dziecko.

Dorota Kornas - Biela (2001, s. 226) proponuje wprowadzenie pojęcia „dziecko prenatalne” jako określenie dziecka w prenatalnym okresie rozwoju. Skoro zatem już w tym okresie mowa o istnieniu dziecka, to tym samym uzasadnione jest zwracanie uwagi na złe traktowanie dziecka prenatalnego.

Tematyka zaniedbywania prenatalnego budzi coraz większe zainteresowanie nie tylko w krajach zachodnich, ale także w Polsce. Jednak nim zaczęto opisywać to zjawisko w sposób naukowy, podjęto próby jego zdefiniowania i nazwania. Zachowania kobiety ciężarnej, które należy uznać za przejawy „maltretowania i zaniedbywania dziecka” jeszcze przed narodzeniem, to: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków (Kornas - Biela, 1989, s. 169).

Korzystając z definicji pojęcia zaniedbania prenatalnego (zob. Biela wska - Batorowicz, 1993, s. 310; Kornas - Biela, 1991, s. 169; Soriano, 2002, s. 69) i z określenia D. Kornas - Bieli (2001, s. 225) „dziecko prenatalne” oraz opierając się na ujęciu definicyjnym złego traktowania dziecka według P. Stattona (za: Biela wska - Batorowicz, 1993, s. 298), jestem skłonna „zaniedbaniem prenatalnym” nazwać „sytuację, w której kobieta w ciąży (matka), rozmyślnie lub przez zaniedbanie odnosi się do swojego dziecka prenatalnego w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru relacji matka – dziecko, doprowadzając tym samym do zagrożenia życia

lub zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka prenatalnego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania, jak: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków, przeżywanie stresu, myśli aborcyjne, nieregularne wizyty u ginekologa lub ich brak, niewłaściwe odżywianie się, nieprzestrzeganie zasad higieny wypoczynku, snu i pracy” (Wójcik, 2005, s. 26).

Zaniedbanie prenatalne – wyniki badań własnych

Podjęcie badań naukowych w zakresie zaniedbania prenatalnego wydaje się uzasadnione z powodów, które można ująć jako szereg niebezpieczeństw w wymiarze jednostkowym i społecznym. Zaniedbanie prenatalne jako forma przemocy wobec dziecka wiąże się przede wszystkim z ograniczeniem potencjału rozwojowego najbardziej bezbronnej istoty – dziecka, które powinno być wspierane i chronione przez rodziców. Negatywne konsekwencje złego traktowania dziecka poczętego są widoczne w postnatalnym życiu w postaci zaburzeń rozwoju zarówno fizycznego, jak i psychicznego (por. Wójcik, 2005, s. 33–60), co z kolei powoduje negatywne konsekwencje natury psychospołecznej. W literaturze przedmiotu zauważalne jest ponadto istotne „zaniedbanie” problemu zaniedbania dziecka prenatalnego, któremu przysługuje pełnia praw człowieka już od poczęcia.

Nie ulega wątpliwości, że ciąża stanowi okres, w którym dokonują się liczne i istotne zmiany nie tylko w fizjologii i psychice kobiety, ale także w jej relacjach z otoczeniem, z środowiskiem rodzinnym, a w szczególności z partnerem. Całe to spektrum zmian ma na celu przygotowanie do podjęcia nowej roli społecznej – roli matki. Jednak biorąc pod uwagę fakt, że istota „noszona pod sercem matki” (Kornas-Biela, 2001, s. 225) to nie tylko płód, ale przede wszystkim dziecko, należy z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że kobieta także staje się matką od chwili poczęcia dziecka. Od pierwszych chwil życia dziecka jest więc odpowiedzialna za zapewnienie mu odpowiednich warunków do najlepszego uaktualniania możliwości rozwojowych. W celu zdiagnozowania, czy w rzeczywistości kobiety w ciąży są odpowiedzialne za zapewnienie jak najlepszych warunków rozwoju prenatalnego dziecka, przeprowadziłam badania metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankietowania wśród 41 kobiet w czasie porodu, przebywających na oddziale noworodkowym w Szpitalu nr 3 w Zagórzcu oraz w Szpitalu nr 2

w Sosnowcu. Ankiety zostały rozdane kobietom, które urodziły żywe, zdrowe dziecko. Wyniki badań ankietowych wskazują dość jednoznacznie, że większość, bo aż 90,2% kobiet w ciąży nie uwzględnia w odpowiedni sposób dobra dziecka i w związku z tym często świadomie i nieprzypadkowo podejmuje zachowania, które zagrażają zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka. Jedynie 9,8% respondentek świadomie unikało wszelkich zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci. Podobne wyniki dotyczące powszechności tych zachowań w okresie ciąży uzyskałam w badaniach przeprowadzonych na użytek pracy magisterskiej pod kierunkiem prof. Katarzyny Popiołek (W ó j c i k, w przygotowaniu). W związku z tym problem zaniedbania prenatalnego można określić jako problem społeczny, dotyczący bezpośrednio dziecka prenatalnego, ale także pośrednio całego społeczeństwa, do którego dzieci te należą.

Do najczęstszych form zaniedbania prenatalnego w grupie badanych kobiet należy: przeżywanie stresów związanych z życiem rodzinnym i zawodowym, picie alkoholu, czynne palenie papierosów, myśli aborcyjne (zob. N e y, 1993, s. 95–97; 1999), nieprzestrzeganie higieny snu oraz przebywanie w zadymionych pomieszczeniach (palenie bierne). Na dalszych miejscach w rankingu najczęściej obserwowanych zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym wśród badanych kobiet znajdują się: przyjmowanie w czasie ciąży tabletek przeciwbólowych, takich jak aspiryna, niekontrolowane zażywanie witamin, podjęcie próby usunięcia ciąży wskutek zażycia tabletki wczesnoporonnej, co dla D. K o r n a s - B i e l i (2004) jest tożsame z medycznym zabiegiem aborcji. Nieliczne z badanych kobiet nie przestrzegały zasad higieny pracy czasie ciąży, pracując w uciążliwych warunkach i po godzinach pracy, nie przestrzegały w czasie ciąży zaleceń lekarza ginekologa-położnika. W grupie badanych kobiet znalazły się także 15–19-letnie dziewczęta, które w czasie ciąży zażywały narkotyki. Tak więc zasadne wydaje się stwierdzenie, że w badanej grupie kobiet reprezentowane były wszystkie formy zaniedbania prenatalnego.

Na podstawie przeprowadzonych badań próbowałam ponadto przeanalizować uwarunkowania zaniedbania prenatalnego. Wyniki wskazują dość jednoznacznie na zależność natężenia zaniedbania prenatalnego od wieku. Zależność ta jest z pewnością bardziej złożona i zdeterminowana wpływem innych zmiennych niezależnych oraz pośredniczących, takich jak wykształcenie, sytuacja osobista czy wsparcie udzielane przez partnera i rodziców. Ma to związek także z poziomem uświadomienia na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci, z poziomem posiadanej wiedzy, z jej adekwatnością oraz z dojrzałością biopsychospołeczną badanych kobiet. Wyniki badań wskazują, że kobiety nieprzejawiające zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym

posiadają raczej wysoki poziom wiedzy na temat szkodliwości wyróżnionych zachowań dla zdrowia i życia prenatalnych dzieci, a tym samym można przypuszczać, iż charakteryzuje je raczej wysoka świadomość negatywnych konsekwencji tego typu zachowań (wyniki potwierdzone w badaniach magisterskich z 2007 roku). Żadna z kobiet należących do tej grupy nie zaklasyfikowała podanych zachowań do kategorii „zachowania niezagrażające”. Inaczej przedstawiało się to w grupie kobiet przejawiających zachowania świadczące o stosowaniu zaniedbania prenatalnego. Może się to wiązać z rzeczywiście niskim poziomem wiedzy na temat szkodliwości tego typu zachowań bądź też z pewnego rodzaju zaprzeczaniem obiektywnym faktom świadczącym o negatywnych następstwach podejmowania tego typu zachowań. Zaprzeczanie może służyć redukcji napięcia spowodowanego dysonansem poznawczym u osób posiadających taką wiedzę, ale nie wcielających jej w życie dla dobra dziecka. Innym wytłumaczeniem jest posiadanie wiedzy na temat zachowań zagrażających zdrowiu bez jej głębszego zrozumienia. Badane kobiety najwięcej informacji na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci, a tym samym na temat zachowań koniecznych do prawidłowego przebiegu ciąży uzyskują od lekarza prowadzącego ciążę, będącego ekspertem w tej dziedzinie. W następnej kolejności jako istotne i często wykorzystywane źródła wiedzy respondentki wymieniają książki i gazety na temat ciąży. Jednak te źródła spełniają swą rolę jedynie w biernym przekazywaniu wiedzy bez wpływu na jej zrozumienie i przestrzeganie przez kobiety w ciąży.

Większą moc wpływu na zmianę postaw wobec danych informacji może mieć doświadczony ekspert w tej dziedzinie, czyli mama lub teściowa kobiety w ciąży, i takie wiarygodne źródło informacji wskazuje część respondentek. Jednak zwracając się po informacje na temat ciąży i porodu do starszego pokolenia, kobiety narażają się niekiedy na relacje mocno koloryzowane lub nieprawdziwe. To z kolei utwierdza je w przekonaniu, że ciąża może być traktowana jako choroba, co wyzwała reakcje lękowe (Bielawska-Batorowicz, 1987, s. 689). Najmniej popularne okazały się informacje przekazywane przez koleżanki i specjalistów w szkole rodzenia oraz przez telewizję.

Należy podkreślić, że badane zmienne niezależne nie wywierają izolowanego wpływu na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym, lecz raczej współwystępują.

Innymi czynnikami mającymi pośredni wpływ na przejawianie zaniedbania prenatalnego są warunki mieszkaniowe badanych kobiet, ich stan cywilny w chwili zajścia w ciążę oraz związane z tym motywy zajścia w ciążę. Te trzy zmienne, każda osobno i wszystkie razem, sugerują, iż największy odsetek kobiet zaniedbujących swe prenatalne dzieci za-

szło w nieplanowaną ciążę. Większość kobiet przejawiających zachowania świadczące o stosowaniu zaniedbania prenatalnego o wysokiej wartości liczbowej deklaruje stan panieństwa w chwili zajścia w ciążę. Można w związku z tym przypuszczać z dużym prawdopodobieństwem, że były to ciążę nieplanowane, na co wskazuje taki sam odsetek kobiet deklarujących brak motywów, czyli nieplanowanie ciąży. Te same kobiety z różnych przyczyn nadal mieszkają z rodzicami. Zdaniem prof. A. Kępińskiego (2002, s. 89), sytuacja, kiedy młodzi małżonkowie (partnerzy) mieszkają ze starszym pokoleniem, może być przyczyną licznych konfliktów, sporów, które uniemożliwiają nawiązanie prawidłowej relacji między dwojgiem ludzi. To z kolei powoduje zaburzenia zdrowia psychicznego i tym samym jest przyczyną patologii życia codziennego, a do takiej kategorii jestem skłonna zaliczyć także zjawisko zaniedbania prenatalnego. Potwierdza się zatem złożoność wzajemnych wpływów zmiennych niezależnych, czyli uwarunkowań wartości zaniedbania prenatalnego. W literaturze przedmiotu podkreśla się współwystępowanie zajścia w nieplanowaną ciążę z gorszym stanem emocjonalnym kobiet zarówno na początku, jak i w trakcie trwania ciąży (Bielańska-Batorowicz, 1987, s. 683), co potwierdzają wyniki moich badań, przeprowadzanych jednak na nielicznej próbie. Stan emocjonalny kobiety w ciąży jest zagadnieniem bardzo istotnym, ponieważ emocje przeżywane przez człowieka wywierają znaczny wpływ na organy wewnętrzne (tzw. fizjologiczna komponenta procesu emocjonalnego), a więc na środowisko wewnątrzmacicznego rozwoju dziecka. Znaczący odsetek w grupie badawczej stanowiły kobiety deklarujące odczuwanie na wieść o zajściu w ciążę raczej negatywnych emocji, takich jak strach przed reakcją rodziców, przed samotnym wychowywaniem dziecka, przed reakcją partnera, złość, poczucie utraty marzeń i zaprzepaszczenia planów. Negatywne reakcje na wieść o zajściu w ciążę mogą generować negatywne nastawienie do dziecka oraz brak dbałości o jego prawidłowy, niezakłócony rozwój fizyczny i psychiczny. Z badań prowadzonych przez Grażynę Makiełło-Jarzę (w: Bielańska-Batorowicz, 1987, s. 685) wynika, że akceptacja ciąży częściej występuje u mężatek i powoduje ukształtowanie się pozytywnej postawy macierzyńskiej. Natomiast uczestniczące w badaniach kobiety niezamężne odnosiły się do ciąży i dziecka z niechęcią. Taka postawa u części z nich pogłębiała się po porodzie.

Samopoczucie kobiety oczekującej dziecka zależy również od jej relacji z partnerem i rodzicami. Ciąża jest bowiem okresem sprzyjającym zacieśnieniu więzi partnerskich i rodzinnych, ale także wywoływaniu konfliktów i zadrażnień. Naukowe obserwacje i zestawienia pozwalają na wysunięcie wniosku, że znaczny odsetek kobiet z grupy badanych przejawiających zaniedbanie prenatalne deklarował bardzo zróżnicowane

reakcje partnera, w tym też negatywne. Połowa określała reakcje ojca dziecka jako uczucia ambiwalentne. Część partnerów kobiet przejawiających zaniedbanie prenatalne na wieść o konieczności podjęcia roli ojca odczuwało strach przed przyszłością i nowymi zadaniami życiowymi. Partnerami kobiet przejawiających zachowania zaniedbania prenatalnego o wysokim natężeniu byli także mężczyźni, którzy wyparli się ojcostwa, pozostawiając kobiety same sobie. Takie negatywne reakcje partnera na wieść o zajściu kobiety w ciążę oraz brak wsparcia ze strony najbliższej osoby w tym szczególnym okresie, jakim jest ciąża, mogą generować negatywne nastawienie kobiety do dziecka. Współwystępowanie jakości odczuwanego w czasie trwania ciąży wsparcia ze strony ojca dziecka oraz przejawów zaniedbania prenatalnego potwierdzają wyniki badań w modelu korelacyjnym na próbie 109 kobiet z 2007 roku (zob. W ó j - c i k, w przygotowaniu).

Akceptowanie oczekującej dziecka pary przez przyszłych dziadków ułatwia obojgu partnerom przystosowanie się do nadchodzących zmian. Manifestowanie niechęci bądź złości zwiększa u kobiet poczucie niepewności, utrudnia osiągnięcie równowagi emocjonalnej.

Wsparcie ze strony rodziny jest bardzo istotne szczególnie w wypadku braku akceptacji stanu ciąży ze strony ojca dziecka. Z analizy kwestionariuszy kobiet, których partnerzy wyparli się dziecka, wynika, że również rodzice manifestują niezadowolenie, stwierdzając np. „marnujesz sobie życie”. Takie reakcje otoczenia rodzinnego miały miejsce również w wypadku pozytywnego nastawienia ojca dziecka, jednak ich skutki nie są wówczas aż tak szkodliwe.

Ustabilizowana sytuacja rodzinna, opieka ze strony partnera, jego pozytywne nastawienie do ojcostwa zostały zidentyfikowane jako czynniki wpływające na postawę kobiet wobec ciąży także w polskich badaniach Grażyny Makiello-Jarża (za: B i e l a w s k a - B a t o r o w i c z, 1987, s. 689).

Potwierdza się ponadto, że w porównaniu z kobietami niezamężnymi kobiety zamężne oceniają swoją ciążę pozytywniej i manifestują korzystniejsze dla rozwoju dziecka postawy macierzyńskie.

W przygotowywanej pod kierunkiem prof. Katarzyny Popiołek pracy magisterskiej wyróżniłam trzy typy postaw wobec problemu zaniedbania prenatalnego: świadomie ochraniająca, obojętna i zaniedbująca. Postawy te analizowano jako determinanty analogicznych typów zachowań. Z analizy jakościowej wynika, że świadome ochranianie zdrowia i życia swego prenatalnego dziecka współwystępuje z prezentowaniem postawy świadomie ochraniającej. Natomiast przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym w znaczącej większości jest uwarunkowane prezentowaniem postawy obojętnej wobec problemu zaniedbania prenatalnego oraz postawy zaniedbującej. Potwierdzone zostało założenie

nie o występowaniu dodatniej korelacji pomiędzy wartościami natężenia zaniedbania prenatalnego a wartościami liczbowymi przypisanymi określonym postawom. W związku z tym zasadne wydaje się stwierdzenie, iż przejawianie postawy zaniedbującej determinuje behawioralne przejawianie zaniedbania prenatalnego.

Istotne wydaje się to, że każda postawa jest stosunkowo trwałą oceną – pozytywną lub negatywną – ludzi, obiektów, idei, zjawisk. Postawy są trwałe w tym sensie, że utrzymują się przez dłuższy czas. Postawy są oceną w tym sensie, że są one pozytywną lub negatywną reakcją na coś. Ludzie nie są bowiem neutralnymi obserwatorami świata, ale stale oceniają to, co widzą. Na postawę składają się trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Komponent emocjonalny obejmuje reakcje emocjonalne wobec przedmiotu postawy, w tym wypadku problemu społecznego, jakim jest zaniedbanie prenatalne. Komponentem poznawczym są myśli i przekonania wobec przedmiotu postawy, a komponentem behawioralnym – dające się zaobserwować zachowanie wobec przedmiotu postawy.

Chociaż postawy są trwałe, to jednak można je zmieniać. I to ważne spostrzeżenie należy wykorzystywać w profilaktyce zjawiska zaniedbania prenatalnego na wszystkich trzech poziomach działań profilaktycznych. Zgodnie z zasadą, że „lepiej zapobiegać niż leczyć”, należy wyzwolić działania prewencyjne, aby zapewnić dziecku prawidłowy rozwój. Zakładając, że postawy predysponują do określonego typu zachowań, należałoby podjąć trud kształtowania postaw świadomie ochraniających, wykorzystując teoretyczne wskazania efektywności komunikatów perswazyjnych. Ponadto, jak pokazano w badaniach teorii dysonansu poznawczego, postawy ulegają zmianie, gdy ludzie angażują się w obronę stanowiska sprzecznego z własną postawą przy niskim uzasadnieniu zewnętrznym, to znaczy przy braku nagrody. Jeśli to się zdarzy, poszukują wewnętrznego uzasadnienia swego zachowania, dostosowując do niego własną postawę. Tego typu sposoby zmiany postaw, szczególnie tych zaniedbujących i obojętnych, należałoby wykorzystać w praktyce edukacyjnej szkół na lekcjach z edukacji zdrowotnej, seksualnej oraz na zajęciach edukacji prenatalnej.

Wśród zmiennych, które nie wykazują istotnego wpływu na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym, należy wyróżnić między innymi wykształcenie. Można przypuszczać, że jest to związane z niedookreśleniem charakteru szkoły średniej oraz brakiem informacji na temat umieszczenia w siatce programowej danych szkół uświadamiających zajęć z przygotowania do życia w rodzinie. Zmienną zakłócającą zależność pomiędzy wykształceniem a natężeniem zaniedbania prenatalnego może być również status materialny oraz sytuacja

osobista badanych kobiet. Dlatego też nie da się w tym wypadku wyciągnąć jednoznacznych wniosków. Również subiektywna ocena własnej sytuacji materialnej nie ma istotnego wpływu na przejawianie lub nie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym.

Żadna z badanych kobiet nie poddała się zabiegowi aborcji. Również poronienie samoistne nie determinuje późniejszego unikania zachowań zagrażających zdrowiu i życiu dziecka. Nie ma więc podstaw do stwierdzenia jakoby przeszłość ginekologiczna i doświadczenia związane z ewentualnymi poprzednimi ciążami stanowiły uwarunkowanie zaniedbania prenatalnego.

Podobnie uczestnictwo w szkole rodzenia w zasadzie nie różnicuje kobiet ze względu na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym. Wskazuje na to chociażby fakt, że żadna z kobiet nieprzejawiających zaniedbania prenatalnego nie uczęszczała do szkoły rodzenia. Brak wpływu na występowanie zjawiska zaniedbania prenatalnego ujawnił się już w analizie odpowiedzi dotyczących źródeł wiedzy na temat zachowań zagrażających ciąży oraz zachowań koniecznych do prawidłowego przebiegu ciąży (tylko nieznaczna część kobiet wskazała szkołę rodzenia jako źródło informacji). Po przeanalizowaniu programów szkół rodzenia w województwie śląskim oraz na podstawie praktyki zawodowej mogę stwierdzić, że kwestie sprzyjania rozwojowi potencjału nienarodzonego dziecka są raczej pomijane, natomiast priorytetowo traktowane jest przygotowanie do rodzenia. Z pewnością działalność dydaktyczna tego typu placówki w zakresie edukacji prenatalnej przyniosłaby wymierne skutki.

Nakreślony obraz zaniedbania prenatalnego zmusza do postawienia wielu pytań i zadań zmierzających do eliminowania tego zjawiska, stawia wyzwania osobom i instytucjom zajmującym się opieką i wychowaniem dziewcząt w okresie przedkoncepcyjnym oraz przygotowaniem kobiet będących w ciąży.

Uważa się powszechnie, że rozwój prenatalny dziecka jest uzależniony wyłącznie od odziedziczonych genów. Tymczasem równie istotny wpływ w tym okresie wywiera środowisko wewnątrzmaciczne, którego jakość zależy od matki. Może ona świadomie bądź nieświadomie powodować zagrożenia dla rozwijającego się płodu. Wprawdzie nie wszystkie czynniki determinujące rozwój dziecka mogą być kontrolowane przez „właścicielkę wewnątrzmacicznego domu płodu”, ale jednak część z nich pozostaje pod jej kontrolą. Niesankcjonowanym obowiązkiem każdej matki jest niwelowanie szkodliwych wpływów, a tym samym zwiększanie prawdopodobieństwa właściwego rozwoju. W literaturze przedmiotu podaje się, że znaczącą większość zaburzeń powodują defekty genetyczne. Przyczyną ciężkich uszkodzeń mogą być również choroby zakaźne, takie jak

różyczka i AIDS. Są to niejako naturalne zagrożenia dla płodu, na które matka w zasadzie nie ma wpływu, dlatego tym bardziej powinna ograniczać wpływ szkodliwych czynników pozagenetycznych (teratogenów).

Bibliografia

- Bielawska-Batorowicz E., 1987: *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 20, nr 3.
- Bielawska-Batorowicz E., 1993: *O formach złego traktowania dzieci*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 36, nr 3.
- Fijałkowski W., 2000: *Rodzicielstwo przed urodzeniem dziecka*. Dostępne w Internecie: <http://adonai.pl/life/p2.htm> [data dostępu: 12 grudnia 2004].
- Kępiński A., 2002: *Psychopatologia nerwic*. Kraków.
- Kornas-Biela D., 2004: *Mit o nieszkodliwości środków wczesnoporonnych i ich antykoncepcyjnym działaniu – kontekst psychospołeczny*. „Służba Życiu”, nr 2.
- Kornas-Biela D., 1991: *Przystosowanie do rodzicielstwa*. „Powiernik Rodzin”, nr 2.
- Kornas-Biela D., 1989: *Zagrożenie rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia*. W: *Sytuacja dziecka w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa.
- Kornas-Biela D., 2001: *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*. W: *Oblicza dzieciństwa*. Red. D. Kornas-Biela. Lublin.
- Ney P., 1999: *Syndrom postaborcyjny*. „Służba Życiu”, nr 4.
- Ney P., 1993: *Child Neglect: The Precursor to Child Abuse*. “Pre – and Perinatal Psychology Journal”, Vol. 8(2), Winter.
- Soriano A., 2002: *Przemoc wobec dzieci*. Kraków.
- Wójcik W., 2005: *Zaniedbanie prenatalne, nieprzypadkowe zachowania kobiet w ciąży zagrażające zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci*. [Niepublikowana praca magisterska] Katowice.
- Wójcik W., w przygotowaniu: *Psychospołeczne uwarunkowania antyzdrowotnych zachowań prenatalnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym*. [Niepublikowana praca magisterska] Katowice.