

Aleksandra Krukowska

Motywacja kobiet do urodzenia dziecka po niekorzystnej diagnozie prenatalnej

Niepełnosprawność nr 2, 117-122

2009

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.

Aleksandra Krukowska

Motywacja kobiet do urodzenia dziecka po niekorzystnej diagnozie prenatalnej

Wprowadzenie

Jednym z istotnych problemów, który dotyczy społeczeństwa, jest fakt posiadania zdrowego potomstwa. Podstawowym czynnikiem lękotwórczym w przebiegu ciąży jest obawa przed urodzeniem dziecka chorego. Pragnienie urodzenia zdrowego dziecka jest naturalne i kobiety wykazują troskę o to, by w fazie prenatalnej stworzyć dziecku właściwe warunki do rozwoju. Kiedy rodzi się noworodek, na ogół nikt się nie spodziewa, że będzie chory. Nawet kiedy lekarze mają powody do obaw, czy to z racji występujących w rodzinie chorób genetycznych, starszego wieku matki, rodzina żywi nadzieję, że urodzi się dziecko zdrowe. Rozpoznanie złego stanu noworodka stanowi cios dla rodziców (M. Kościelewska, 1998, s. 4). Wiadomość tę szczególnie ciężko przeżywa matka dziecka, która z reguły jako pierwsza dowiaduje się o chorobie dziecka. Diagnoza zazwyczaj przekazywana jest sucho i bez emocji. Nie udziela się informacji o przyczynach i formach terapii. Na barki kobiety spadają nowe obowiązki związane z wychowaniem, rehabilitacją i nauką dziecka (Dąbrowska, 2005, s. 34–35; Kornas-Biela, 1996, s. 9–10).

Narodziny, a następnie wychowanie noworodka niepełnosprawnego, pociągają za sobą zmiany w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym rodziny. Wpływają na sytuację materialną, stan fizyczny i psychiczny, na rodzinne plany i ambicje. Wiążą się z koniecznością poświęcania większej ilości czasu i energii choremu dziecku. Rodzice muszą zapoznać się z chorobą niemowlaka, przedefiniować siebie jako rodziców i zmienić funkcjonowanie domu, by przyjąć chorobę nowego członka rodziny (Dąbrowska, tamże, s. 39). Dzięki rozwijającej się technice medycznej powstały nowe metody diagnostyczne umożliwiające wykrycie wad wrodzonych i chorób uwarunkowanych genetycznie. Wady wrodzone stwierdza się u około 3% żywo urodzonych noworodków. Etiologia wad jest różnorodna, zaliczyć tu można nieprawidłowości spowodowane aberracjami chro-

mosomowymi lub mutacjami genowymi, tzw. wady genetyczne oraz nieprawidłowości układów lub narządów, tzw. wady rozwojowe (Zespół Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych 2006, s. 9; Sieroszewski, Suzin, 2003, s. 1276). Rozwój diagnostyki prenatalnej umożliwia przed III trymestrem ciąży wykrycie nieprawidłowości u dziecka. Jednak nie zawsze badania prenatalne mają pozytywne skutki. Bywa, że rodzice po otrzymaniu niekorzystnej diagnozy decydują się na usunięcie choroby wraz z chorym.

1. Metoda badań

Przeprowadzając badania, jako narzędzie badawcze wykorzystano ankietę składającą się z 38 pytań. Pytania poprzedzone były danymi biograficznymi. Początkowe pytania dotyczyły wiedzy na temat prenatalnego rozwoju życia człowieka oraz planów prokreacyjnych. Część główna ankiety dotyczyła okoliczności poinformowania rodziców o chorobie dziecka, poglądów na temat badań prenatalnych oraz poczucia kompetencji w przypadku urodzenia się dziecka niepełnosprawnego. Pytania końcowe odnosiły się do stosunku badanych wobec aborcji i przekonań religijnych.

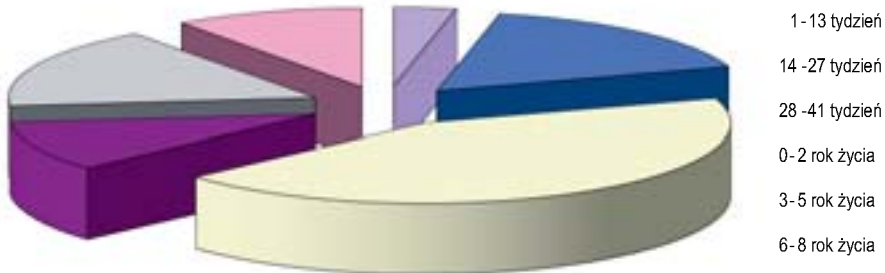
2. Charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone w Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie (1 ankiet), Poradni Genetycznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (3 ankiet), Klinice Położnictwa Perinatologii Akademii Medycznej w Lublinie (3 ankiet), Klinice Położnictwa Chorób Kobięcych oraz Perinatologii Akademii Medycznej w Poznaniu (15 ankiet), Miejskim Przedszkolu Integracyjnym nr 8 w Słupsku (7 ankiet) oraz w Ośrodku Wczesnej Interwencji w Gdańsku (1 ankiet). Prace badawcze rozpoczęto 15.11.2006., a skończono 24.04.2007. Badania przeprowadzono po uprzedniej zgodzie pacjentek. Czas badania wynosił około 30 minut.

Badaniami objęto łącznie 30 matek, z czego 11 w przeciągu 8 lat urodziło dzieci z chorobą wrodzoną, a 19 było w ciąży z niekorzystną diagnozą. Wszystkie kobiety zostały poinformowane o ryzyku urodzenia dziecka chorego oraz o możliwości diagnostyki prenatalnej. Wiek badanych wahał się w granicach 20–44 lat. Największą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 30–34 lata (30%). Najmniej było kobiet w granicach 35–44 (20%). 83,3% kobiet to mężatki. Przeważało wykształcenie średnie 36,7% i powyżej (30%). 6,7% matek studiowało. Większa część badanych mieszkała na wsi (30%) lub w miastach do 100 tys. mieszkańców (43,3%).

Większość respondentek nie planowała poczęcia dziecka, ale od początku je zaakceptowała. Dla 36% kobiet poczęte dziecko było planowane i oczekiwane.

Wśród badanych nie było przypadku, żeby nieplanowane dziecko nie było zaakceptowane. Wiek dziecka w momencie przeprowadzenia badania ankietowego przedstawiono na rys. 1.



Rys. 1. Wiek dziecka podczas badania ankietowego

Wśród kobiet ciężarnych, większość była w III trymestrze ciąży (28–41 tydzień ciąży – 43%). Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety w I trymestrze ciąży (1–13 tydzień ciąży – 3%). Matki wychowujące dzieci niepełnosprawne stanowiły w badaniach mniejszość (37%). Wśród nich najwięcej miało dzieci w wieku przedszkolnym (3–5 lat).

3. Wyniki badań i wnioski

Na podstawie analizy badań wyciągnięto wnioski, iż kobiety decydują się na urodzenie dziecka z wadą, ponieważ uznają, że dziecko od poczęcia posiada prawo do życia. Większość badanych (70%) uznała poczęcie za moment rozwoju człowieka. 36,7 % matek decydując się na urodzenie dziecka upośledzonego, kierowało się prawem do życia każdego człowieka (patrz tabl. 1). Ma to związek z poziomem wiedzy dotyczącej prenatalnego rozwoju dziecka. Kobiety mają świadomość, że w 3 miesiącu życia wewnątrzmacicznego płód przypomina wyglądem małego człowieka.

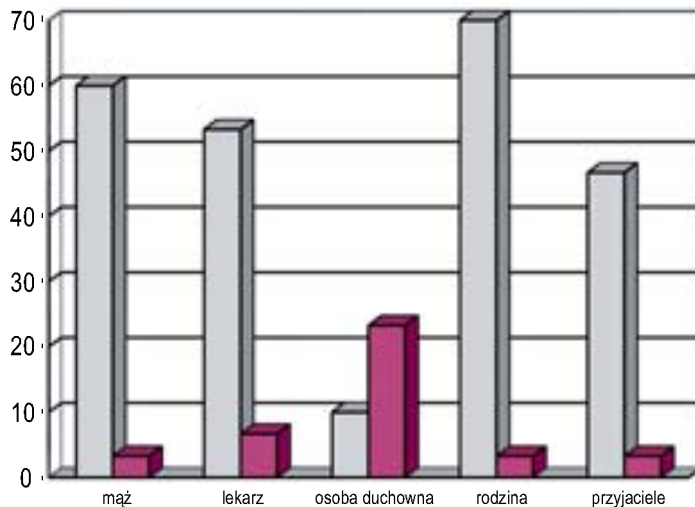
Badania wykazały, że na decyzję o urodzeniu dziecka ma także wpływ niezgoda na aborcję. Respondentki jednak w niektórych sytuacjach dopuszczały przerywanie ciąży. Najczęstszą przyczyną usprawiedliwiającą dokonanie aborcji jest zagrożenie życia kobiety oraz gdy ciąża jest skutkiem gwałtu. Ryzyko urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną uzyskało aprobatę połowy badanych, ale tylko w rzadkich przypadkach. Stwierdzenie wady u płodu jako motyw aborcji znalazło się na miejscu piątym.

Tablica 1. Motywy urodzenia dziecka chorego

Treść motywu	Liczebność [n]	Odsetek osób badanych [%]
Prawo do życia każdego człowieka	11	36,7
Miłość do dziecka	11	36,7
Owoc miłości	9	30,0
Sprawdzenie się w roli matki	4	13,3
Ze względu na wiarę	4	13,3
Jest możliwość rehabilitacji dziecka	4	13,3
Niezgoda na aborcję	3	10,0
Diagnoza może być mylna	3	10,0
Strach przed aborcją	2	6,7
Kobieta ma wsparcie społeczne	2	6,7

Decyzja o przerwaniu ciąży powinna zależeć, zdaniem większości ankietowanych, od rodziców. Sześć respondentek jako godnych zaufania w podjęciu decyzji wskazuje lekarza oraz ustawodawstwo. Postawa taka może wskazywać na niepewność badanych co do dalszego prowadzenia ciąży. Jedynie 8 matek jest zdania, że takiej decyzji nikt nie może podjąć. Na podstawie powyższej analizy można powiedzieć, że kobiety mają poczucie strachu przed decyzją o aborcji i odpowiedzialność za podjęcie decyzji pozostawiają innym osobom.

Jak wykazały badania znaczący wpływ na podjęcie decyzji o kontynuacji ciąży ma rodzina.



Rys. 2. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne okazało się ważnym czynnikiem dla badanych. Na drugim miejscu badane matki w podjęciu decyzji wspierał mąż (60%). W wychowaniu dziecka niepełnosprawnej kobiety będą mogły także liczyć na przyjaciół (46,7). Bliscy od początku zaakceptowali dziecko. Warto byłoby, aby w tej trudnej sytuacji kobieta miała wsparcie osoby duchownej. Wsparcie społeczne daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa oraz akceptację. Kobiety mogące liczyć na pomoc ze strony bliskich częściej decydują się na urodzenie dziecka specjalnej troski.

Wyznawany system wartości oraz zaangażowanie religijne matki wpływają na decyzję dotyczącą aborcji. Kobiety wierzące rzadziej podejmują decyzję o usunięciu ciąży. W życiu doznają pomocy Boga, przez co nie boją się podjąć trudu macierzyńskiego. Uznają, że życie człowieka upośledzonego ma sens. Kobiety deklarujące się jako wierzące, uznają niezgodność aborcji z nauczaniem Kościoła oraz Pismem Świętym.

Z przeprowadzonych badań nie wynikło potwierdzenie się tezy dotyczącej urodzenia dziecka ze względu na błędną diagnozę. Mimo iż wszystkie badane dowiedziały się o niekorzystnej diagnozie badań przed urodzeniem dziecka, to jednak 2/3 respondentek uważała, że wynik badań jest raczej pewny. Tylko 13,3% kobiet zaprzeczyło wynikowi. Jednak aż 63,3% ankietowanych jest zdania, że w wyniku badań nie istniało ryzyko pomyłki i tylko 10% kobiet podało nadzieję na błędną diagnozę jako motyw urodzenia dziecka (patrz tab. 1). Wynika z tego, że kobiety dopuszczają do siebie myśl o urodzeniu chorego noworodka.

Bibliografia

- Dąbrowska M. (2005), *Zjawisko wypalania wśród matek dzieci niepełnosprawnych*, OW „Impuls”, Kraków
- Kornas-Biela D. (1996), *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin
- Kościelewska M. (1998), *Rodziny dzieci niepełnosprawnych*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa
- Sieroszewski P., Suzin J. (2003), *Schemat wykrywania wad wrodzonych płodu w I połowie ciąży*, „Ginekologia Polska” nr 10
- Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2000–2002* (2006), [w:] A. Latos-Bieleńska, A. Materna-Kiryłuk (red.), *Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań

Motivation of women to give birth to a child after the unfavorable prenatal diagnosis

One of the basic factors for the appearance of states of anxiety during pregnancy is the fear of having an ill child. The motivations – in the situation of an adverse prenatal diagnosis – pushing women to give birth to an ill or disabled child seem to be an important

research question. The results of empirical research presented in the article are an analysis of data gathered with the survey focused on the biographical data, the knowledge about prenatal development, procreation plans, ways of acquiring knowledge on the illnesses affecting fetus, the attitude towards prenatal examination, the sense of competence in case of bearing a disabled child, the attitude towards abortion and religious beliefs. The research was carried out on 30 mothers in a few medical and educational posts in Polish cities.