Opinia kobiet ciężarnych na temat diagnostyki prenatalnej – badanie jednośrodkowe

Pregnant women's opinion about prenatal screening: A single-center study

Anna W. Szablewska^{1,A–D}, Anna Michalik^{2,D–F}

¹Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(3):185–193

Adres do korespondencji

Anna W. Szablewska
e-mail: abazychowska@gumed.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 29.08.2017 r.
Po recenzji: 11.12.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 16.02.2018 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Diagnostyka prenatalna stanowi jedno z największych osiągnięć współczesnej perinatologii. Dzięki niej można we wczesnym stadium ciąży uzyskać istotne informacje o zagrożeniach dla płodu oraz podjąć racjonalne działania prewencyjne bądź lecznicze. Szacuje się, iż w ogólnej populacji u 2–4% żywo urodzonych noworodków rozpoznawana jest przynajmniej 1 wada wrodzona. Częstość występowania chorób uwarunkowanych genetycznie oraz wad wrodzonych uzmysławia, jak wiele rodzin jest obciążonych problemami natury psychologicznej i społecznej.

Cel pracy. Celem pracy było poznanie opinii kobiet ciężarnych na temat diagnostyki prenatalnej.

Materiał i metody. Materiał kliniczny obejmował grupę 105 ciężarnych, które poddały się diagnostyce prenatalnej: 79 z nich było w grupie ryzyka wystąpienia wady wrodzonej (grupa A), 26 nie miało bezpośrednich wskazań medycznych do przeprowadzenia diagnostyki prenatalnej (grupa B). Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariuszy ankiety (Kwestionariusz Percepcji Ryzyka Genetycznego, Kwestionariusz Postaw Wobec Diagnostyki Prenatalnej oraz Kwestionariusz Diagnostyki Prenatalnej autorstwa Kornas-Bieli). Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki. Wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami pod względem: wieku, liczby posiadanych dzieci oraz czasu potrzebnego do namysłu od momentu uzyskania informacji o możliwości poddania się diagnostyce a podjęciem decyzji o jej przeprowadzeniu. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy liczbą posiadanych dzieci a dopuszczalnością przerwania ciąży.

Wnioski. Diagnostyka prenatalna jest akceptowana przez ciężarne. Aprobują one badania prenatalne, nawet jeśli stwierdzona na ich podstawie nieprawidłowość nie jest możliwa do wyleczenia. Zarówno ciężarnym posiadającym wskazania medyczne do przeprowadzenia badań prenatalnych, jak i tym, które zdecydowały się na nie mimo braku wskazań, towarzyszyło takie samo uczucie lęku. Kobiety posiadające potomstwo uważają aborcję ze względu na wadę płodu za niedopuszczalną.

Słowa kluczowe: ciąża, diagnostyka prenatalna, opieka prenatalna, opinie ciężarnych

DOI

10.17219/pzp/85359

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Prenatal diagnostics is one of the most important achievements of modern perinatology. We can obtain important information about the risks to the fetus in early pregnancy and take appropriate preventive or curative measures. It is estimated that in the general population, 2–4% of live births are diagnosed with at least one congenital malformation. The incidence of genetically determined diseases and deficiencies make aware how many families are affected by psychological and social problems.

Objectives. The aim of the study was to recognize pregnant women's opinion about prenatal diagnosis.

Material and methods. The clinical material included 105 pregnant women who underwent prenatal diagnosis: 79 of them were at risk of congenital malformation (Group A), while 26 had no direct medical indication for prenatal diagnosis (Group B). The study was conducted using a questionnaire survey (Genetic Risk Perception Questionnaire, Prenatal Diagnostic Positive Questionnaire, and Pregnancy Diagnostic Questionnaire; Kornas-Biela). The statistical analysis was based on statistical software STATISTICA 10.

Results. A statistically significant difference was found between the groups in terms of age, number of children and time needed for reflection between obtaining information about the possibility of being diagnosed and a decision made. There was a statistically significant dependence between the number of children possessed and the probability of termination of pregnancy.

Conclusions. Prenatal diagnosis is accepted by pregnant women. Pregnant women approve prenatal examinations even if the abnormality is not possible to treat. Both group felt anxiety on the same level. Women who have children consider performing abortion in the case of confirmed fetus malformation as unacceptable.

Key words: pregnancy, prenatal diagnosis, prenatal care, pregnant women's opinion

Wprowadzenie

Współcześnie badania prenatalne odgrywają istotną rolę w położnictwie. Dzięki nim można we wczesnym stadium ciąży uzyskać najważniejsze informacje o zagrożeniach dla płodu oraz podjąć racjonalne działania prewencyjne lub lecznicze. Niestety często diagnostyka prenatalna ma charakter diagnostyki wtórnej, a więc działania zapobiegawcze nie są możliwe lub ich skuteczność jest minimalna. W takiej sytuacji konfrontacja z wynikami badań, które wskazują na istnienie malformacji płodu, wymaga od rodziców uruchomienia mechanizmów adaptacyjnych, zależnych od wielu obiektywnych i subiektywnych zmiennych.

Szacuje się, że w ogólnej populacji u 2–4% żywo urodzonych noworodków rozpoznawana jest przynajmniej 1 wada wrodzona.¹ Rodzice, którzy są obciążeni ryzykiem występowania wad u ich potomstwa, bardzo często borykają się z niepowodzeniami prokreacyjnymi (niepłodność, porody martwe oraz poronienia nawykowe, rodzicielstwo dziecka niepełnosprawnego).² W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w rozwoju płodu jeszcze na etapie ciąży, zgodnie z polskimi rekomendacjami oraz regulacjami prawnymi, opieka nad pacjentką może przebiegać trójtrowo (w zależności od etapu ciąży, na którym stwierdzona jest wada, rodzaju samej wady, istniejących możliwości terapeutycznych oraz decyzji rodziców): można wdrożyć leczenie wewnątrzmaciczne; w przypadku braku możliwości terapeutycznych można przygotować rodziców na konsekwencje wynikające z choroby płodu lub umożliwić im skorzystanie z prawa do przerwania ciąży. Potrzebne jest podjęcie działań udoskonalających i rozwijających system opieki medycznej nad rodzinami obciążonymi ryzykiem genetycznym, aby nie tylko zapewnić lepsze rozpoznawa-

nie i leczenie chorób, ale i zagwarantować im potrzebną pomoc psychologiczną.

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników osoba prowadząca ciążę (lekarz lub położna) powinna zaproponować przeprowadzenie przesiewowych badań prenatalnych w kierunku najczęściej występujących aberracji chromosomowych i wad rozwojowych wszystkim pacjentkom. Badania przesiewowe obejmują badania biochemiczne z surowicy krwi matki oraz badania ultrasonograficzne (USG). Pierwsze USG wykonuje się rutynowo w I trymestrze ciąży, między 11+0 a 13+6 tygodniem. Podczas badania dokonuje się m.in. pomiaru tzw. przezierności fałdu karkowego (ang. *nuchal translucency* – NT) oraz oceny obecności kości nosowej u płodu (ang. *nasal bone* – NB). Biochemicznym badaniem przesiewowym wykonywanym w I trymestrze ciąży jest test podwójny. Składa się on z oznaczenia poziomu stężenia proteiny PAPP-A (ang. *pregnancy associated plasma protein A*) oraz podjednostki β -hCG w krwi ciężarnej. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników rekomenduje przeprowadzenie testu między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży, wspólnie z oceną NT. Następnie prowadzi się komputerową ocenę ryzyka aberracji chromosomowych u płodu i podejmuje decyzję o kolejnych etapach postępowania diagnostycznego. Skriningowe badanie USG w II trymestrze ciąży należy wykonać w 18.–23. tygodniu ciąży. Stwarza ono możliwość wykrycia większości wad ośrodkowego układu nerwowego oraz zagrożeń aneuploidią chromosomową. Badaniem biochemicznym wykonywanym w 14.–21. tygodniu ciąży jest test potrójny. Powinno ono zostać zaproponowane kobietom ciężarnym, które nie wykonały wcześniejszych badań przesiewowych bądź jako uzupełnienie badań I trymestrze. W teście potrójnym oznacza się równocześnie stę-

żenie α -fetoproteiny (AFP), podjednostki β -gonadotropiny kosmówkowej oraz niezwiązane estriolu (E_3).

Wykonanie badań inwazyjnych proponuje się pacjentkom po badaniach skriningowych. Najwcześniej stosowaną techniką inwazyjną jest biopsja kosmówki – przeprowadzana w 8.–12. tygodniu ciąży. Drugim sposobem pozyskiwania materiału genetycznego płodu jest amniopunkcja, polegająca na pobraniu igłą z jamy owodniowej płynu owodniowego oraz jego komórek. Ze względu na moment wykonania amniopunkcji dzieli się ją na wczesną (przeprowadzaną w 11.–15. tygodniu ciąży) i klasyczną (wykonywaną w 16.–18. tygodniu ciąży). Kolejną techniką inwazyjną stosowaną w diagnostyce prenatalnej jest kordocenteza polegająca na przezskórnym pobraniu krwi pępowinowej w miejscu łóżyskowego przyłączenia pępowiny. Kordocentezę stosuje się, by uzyskać próbki krwi płodowej do badań diagnostycznych, cytogenetycznych bądź do zastosowania terapii wewnątrzmacicznej w 18.–20. tygodniu ciąży. Do badań inwazyjnych należy również fetoskopia, czyli bezpośrednie, endoskopowe oglądanie płodu *in utero* za pomocą urządzeń optycznych. Optymalnym terminem do jej przeprowadzenia jest 18.–19. tydzień ciąży.

W aktualnym piśmiennictwie dotyczącym diagnostyki prenatalnej wciąż niewielu polskich autorów koncentruje się na jej psychologicznych aspektach. Poddanie się badaniom diagnostycznym podczas ciąży często wiąże się z poczuciem winy oraz negatywnymi emocjami, takimi jak lęk, bezsilność czy zniecierpliwienie, oraz dylematami etycznymi.^{3–7} Wymienione problemy skłaniają do rozważań na temat motywacji pacjentek do poddania się diagnostyce prenatalnej oraz przeżyć towarzyszących badaniom. Kolejnym niezwykle ważnym aspektem jest kształtowanie się, w dobie rozwoju medycyny perinatalnej, opinii kobiet ciężarnych w różnych grupach społecznych na temat diagnostyki prenatalnej.

Celem pracy było poznanie opinii pacjentek zakładu leczenia otwartego na temat diagnostyki prenatalnej (zarówno procedur inwazyjnych, jak i nieinwazyjnych) poprzez analizę czynników takich, jak: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, poziom wykształcenia, liczba posiadanych dzieci, stosunek do religii, wcześniejsze doświadczenia związane z rodzeniem, lęk przed poddaniem się badaniom. W artykule zawarto ocenę różnic w opiniach na temat badań prenatalnych pomiędzy kobietami poddającymi się im ze względu na wskazania medyczne a ciężarnymi wykonującymi je bez wskazań bezpośrednich.

Materiał i metody

Materiał kliniczny obejmował grupę 105 kobiet ciężarnych, które były pacjentkami jednej z 3 placówek w Trójmieście realizujących Program Badań Prenatalnych (PBP) finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W miejscu, w którym przeprowadzono badanie, rocznie z PBP korzysta ok. 400 kobiet ciężarnych. Program Ba-

dań Prenatalnych obejmuje zabiegi diagnostyczne wykonywane przez szpitale, kliniki oraz prywatne placówki medyczne posiadające kontrakt z NFZ-em. Program Badań Prenatalnych jest kierowany do ciężarnych >35. r.ż. oraz do tych, które znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia wad genetycznych płodu (zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane*⁸). Celem programu jest umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad i ich wczesne rozpoznanie poprzez testy biochemiczne i badanie USG, zwiększenie dostępności do badań prenatalnych, a także wdrożenie systemu organizacyjnego badań prenatalnych w Polsce. Program podzielony jest na etapy i zawiera świadczenia, takie jak: badania nieinwazyjne (badanie USG w I trymestrze ciąży wraz z opisaniem istotnych diagnostycznie markerów oraz testy z surowicy krwi matki, zależne od tygodnia ciąży); wykonanie komputerowej oceny ryzyka choroby płodu na podstawie testów przesiewowych zgodnie ze standardami Fundacji Medycyny Płodowej; porada genetyczna, procedury inwazyjne oraz badania genetyczne. Warunkiem skorzystania z prawa do bezpłatnego badania jest posiadanie skierowania od lekarza specjalisty: ginekologa-położnika. Odpłatnie może się na nie zdecydować każda kobieta ciężarna, niezależnie od wskazań.

Kryterium włączenia do badania było skorzystanie przez pacjentkę z oferowanego w przychodni programu. Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny i anonimowy. Dane respondentek były chronione zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r.⁹

Kobiety ciężarne podzielono na dwie grupy: 79 z nich (75%) stanowiły ciężarne, które poddały się badaniom prenatalnym ze względu na wskazania medyczne (wiek >35. r.ż., obciążenie występowaniem wad wrodzonych i chorób genetycznych w rodzinie, nieprawidłowe wyniki badań USG oraz biochemicznych – grupa A), natomiast 26 respondentek (25%) skorzystało z możliwości poddania się badaniom prenatalnym odpłatnie, mimo iż nie należały do grupy ryzyka wystąpienia wady wrodzonej u ich dziecka (grupa B). Charakterystykę badanych grup przedstawiono w tabeli 1.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz zawierał 21 pytań – zarówno skategoryzowanych, jak i otwartych. W jego pierwszej części zawarto pytania o dane demograficzne, takie jak: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie. Kolejne pytania służyły ocenie przeszłości położniczej. W celu oceny odczuć, postaw oraz stosunku do badań prenatalnych posłużono się punktami mającymi formę twierdzeń. W tym celu w badaniu wykorzystano wybrane pytania z Kwestionariusza Percepcji Ryzyka Genetycznego, Kwestionariusza Postaw Wobec Diagnostyki Prenatalnej oraz Kwestionariusza Diagnostyki Prenatalnej autorstwa Kornas-Bieli.¹⁰ Ankietowana ustosunkowywała się do nich

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy
Table 1. Study group characteristic

Zmienna	Grupa A (n = 79)		Grupa B (n = 26)		Ogółem (n = 105)	
	n	%	n	%	n	%
Wiek						
M ±SD	36,6 ±3,6		28,15 ±3,5		–	
przedział	(26; 46)		(21; 33)		–	
Miejsce zamieszkania						
miasto >200 tys. mieszkańców	24	30	9	35	33	31,43
miasto 100–200 tys. mieszkańców	10	13	5	19	15	14,29
miasto 20–100 tys. mieszkańców	16	20	7	27	23	21,90
miasto <20 tys. mieszkańców	7	9	1	4	8	7,62
wieś	22	28	4	14	26	24,76
Wykształcenie						
wyższe	45	57	13	50	58	55,24
średnie	25	32	9	35	34	32,38
zawodowe	8	10	1	4	9	8,57
podstawowe	1	1	3	12	4	3,81
Stan cywilny						
związek małżeński	64	81	17	65	81	77,14
panna	7	9	7	27	14	13,33
związek partnerski	5	6	1	4	6	5,71
rozwidziona	3	4	1	4	4	3,81
Liczba dzieci						
0	16	20	14	54	30	28,57
1	35	44	10	38	45	42,86
2	22	28	2	8	24	22,86
3	4	5	0	0	4	3,81
4	2	3	0	0	2	1,90
>4	0	0	0	0	0	0,00

M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

poprzez zaznaczenie odpowiedzi najbardziej zbliżonej do jej odczuć i poglądów. W pytaniach dotyczących lęku towarzyszącemu poddaniu się diagnostyce prenatalnej oraz trudności z podjęciem decyzji posłużono się skalą Likerta. Ankietowana określała swoją opinię, oznaczając właściwą opcję na skali słownej: „zdecydowanie tak”, „tak”, „trudno powiedzieć”, „nie”, „zdecydowanie nie”. Do obu grup skierowano jednakowo brzmiące kwestionariusze ankiety.

Analizie poddano również dokumentację medyczną ankietowanych pacjentek prowadzoną w przychodni. Zawierała ona dane kliniczne, wywiady położnicze (uwzględniające przebieg obecnej ciąży) oraz wyniki badań przeprowadzonych w poradni.

Uzyskane dane przeanalizowano w programie statystycznym STATISTICA 10. Podczas badania związków między zmiennymi kategorycznymi posłużono się testem niezależności χ^2 . W celu oceny związku zmiennych kategorycznych i ciągłych o rozkładzie normalnym porównano średnie przy pomocy testu t Studenta. Przyjętym poziomem istotności statystycznej była wartość $p \leq 0,005$.

Dane w grupie A

Ponad połowa (46; 58%) pacjentek podała, że przebieg poprzednich ciąż i porodów był prawidłowy, dla 14 (18%) obecna ciąża była pierwszą. W 19 przypadkach (24%) po-

przednia ciąża i/lub poród miały nieprawidłowy przebieg (poronienia, ciążę pozamaciczną, ciążę podwyższonego ryzyka położniczego, cięcia cesarskie ze względu na zagrożającą zamartwicę płodu).

Aż 67 (85%) ankietowanych od razu zdecydowało się na przeprowadzenie badań, a 12 (15%) po długim namyśle. Opinię kobiet ciężarnych z grupy A na temat tego, czy uważały decyzję o poddaniu się badaniom prenatalnym za trudną, przedstawiono na ryc. 1.

W pytaniu, w którym poproszono ankietowane o określenie swojego stosunku do religii, 1 (1%) ciężarna podała, że jest zdecydowanie niewierząca; 2 (3%) uważały się za osoby niewierzące, ale przywiązane do tradycji religijnych; 2 (3%) podały, iż nie interesują się sprawami religii – są wobec nich obojętne; 12 respondentek (15%) zadeklarowało, iż są osobami interesującymi się sprawami religii, ale nie mającymi na nie określonego poglądu; 24 (30%) uważało się za osoby wierzące, ale niepraktykujące, natomiast 38 ciężarnych (48%) – za osoby wierzące i praktykujące regularnie. Na ryc. 2 zobrazowano ocenę ciężarnych z grupy A na temat tego, czy badanie prenatalne wiązało się z uczuciem lęku.

Na pytanie, czy pacjentka poddałaby się w okresie ciąży badaniom wykrywającym ciężką chorobę lub wadę niemożliwą do leczenia u dziecka, 62 kobiety ciężarne (79%) odpowiedziały, że tak; 11 ankietowanych (13%) odpowiedziało,

że raczej tak; 2 pacjentki (3%) stwierdziły, że raczej nie; 2 (3%), że nie; 2 (3%) nie wiedziały. W tabeli 2 przedstawiono opinię pacjentek z grupy A na temat tego, czy dziecko może być przedmiotem badań lekarskich niemają

Ryc. 1. Stopień, w jakim kobiety ciężarne z grupy A uważały decyzję o poddaniu się badaniom prenatalnym za trudną

Fig. 1. The level at which pregnant women in group A considered the decision to undergo prenatal testing to be difficult

jących na celu jego leczenia, lecz inne cele. Na ryc. 3 zawarto informacje na temat opinii ciężarnych z grupy A na temat przerwania ciąży w przypadku stwierdzenia wady lub ciężkiej choroby u dziecka przed urodzeniem.

Ryc. 2. Ocena ciężarnych z grupy A, czy badanie prenatalne wiązało się z uczuciem lęku

Fig. 2. The assessment by pregnant women in group A whether prenatal testing was connected with anxiety

Ryc. 3. Opinia ciężarnych z grupy A na temat przerwania ciąży w przypadku stwierdzenia wady lub ciężkiej choroby u dziecka przed urodzeniem

Fig. 3. Pregnant women’s opinion about abortion in case of confirmation of congenital malformation or serious baby’s disease before birth in group A

Tabela 2. Opinia pacjentek z grupy A na temat tego, czy dziecko może być przedmiotem badań lekarskich niemających na celu jego leczenia, lecz inne cele

Table 2. The opinion of patients in group A whether the child may be a subject of medical examinations not intended for his/her treatment but for other purposes

Czy dziecko może być przedmiotem badań lekarskich niemających na celu jego leczenia?	Liczba osób	Skumulowana liczba osób	Procent	Skumulowany procent
Tak	36	36	45	45
Tak, ale bez zagrożenia dla dziecka	3	39	4	49
Nie wiem	11	50	14	63
Nie, ponieważ mogłoby to zaszkodzić dziecku	3	53	4	67
Nie	26	79	33	100

Dane w grupie B

U 8 respondentek (30%) przebieg poprzednich ciąży i porodów był prawidłowy, natomiast 9 (35%) badanych kobiet zadeklarowało, że obecna ciąża jest ich pierwszą. W 9 przypadkach (35%) przebieg poprzednich ciąży i/lub porodów był powikłany.

Aż 26 (100%) ankietowanych zdecydowało się na przeprowadzenie badań od razu, a 0 (0%) po długim namyśle. Opinię kobiet ciężarnych z grupy B na temat tego, czy uważały decyzję o poddaniu się badaniom prenatalnym za trudną, przedstawiono na ryc. 4.

W pytaniu, w którym poproszono ankietowane o określenie swojego stosunku do religii, 0 ciężarnych (0%) podało, że jest zdecydowanie niewierząca; 1 (4%) uważała się za osobę niewierzącą, ale przywiązaną do tradycji religijnych; 0 (0%) podało, iż nie interesują się sprawa-

mi religii – są im obojętne; 1 respondentka (4%) zadeklarowała, iż jest osobą interesującą się sprawami religii, ale niemającą na nie określonego poglądu; 15 (58%) uważało się za osoby wierzące, ale niepraktykujące, natomiast 9 ciężarnych (35%) – za osoby wierzące i praktykujące regularnie.

Na pytanie, czy pacjentka poddałaby się w okresie ciąży badaniom wykrywającym ciężką chorobę lub wadę niemożliwą do leczenia u dziecka, 24 (92%) ciężarne odpowiedziały, że tak; 2 respondentki (8%) udzieliły odpowiedzi „raczej tak”; 0 (0%) uznało, że nie. W tabeli 3 przedstawiono opinię pacjentek z grupy B na temat tego, czy dziecko może być przedmiotem badań lekarskich niemających na celu jego leczenia, lecz inne cele. Na ryc. 6 zobrazowano opinię ciężarnych z grupy B na temat przerwania ciąży w przypadku stwierdzenia wady lub ciężkiej choroby u dziecka przed urodzeniem.

Ryc. 4. Stopień, w jakim ciężarne z grupy B uważały decyzję o poddaniu się badaniom prenatalnym za trudną

Fig. 4. The level at which pregnant women in group B considered the decision to undergo prenatal testing to be difficult

Ryc. 5. Ocena ciężarnych z grupy B, czy badanie prenatalne wiązało się z uczuciem lęku

Fig. 5. The assessment by pregnant women in group B whether prenatal testing was connected with anxiety

Ryc. 6. Opinia ciężarnych z grupy B na temat przerwania ciąży w przypadku stwierdzenia wady lub ciężkiej choroby u dziecka przed urodzeniem

Fig. 6. Pregnant women's opinion about abortion in case of confirmation of congenital malformation or serious baby's disease before birth in group B

Tabela 3. Opinia pacjentek z grupy B na temat tego, czy dziecko może być przedmiotem badań lekarskich niemających na celu jego leczenia, lecz inne cele

Table 3. The opinion of patients in group B whether the child may be a subject of medical examinations not intended for his/her treatment but for other purposes

Czy dziecko może być przedmiotem badań lekarskich niemających na celu jego leczenia?	Liczba osób	Skumulowana liczba osób	Procent	Skumulowany procent
Tak	10	10	38	38
Tak, ale bez zagrożenia dla dziecka	3	13	12	50
Nie wiem	3	16	12	62
Nie, ponieważ mogłoby to zaszkodzić dziecku	0	16	0	62
Nie	10	26	38	100

Porównanie zależności istotnych statystycznie pomiędzy grupami A i B

Stwierdzono statystycznie znamienne różnice, porównując grupę A oraz grupę B pod względem wieku (tabela 4), liczby dzieci (tabela 5) i czasu potrzebnego do podjęcia decyzji o poddaniu się badaniom prenatalnym (tabela 6).

W przypadku pozostałych zmiennych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą A i B.

Analizując korelacje pomiędzy poszczególnymi zmiennymi, wykazano, iż liczba posiadanych dzieci ma wpływ na opinię ciężarnych na temat przerwania ciąży w przypadku stwierdzenia wady lub ciężkiej choroby u dziecka przed urodzeniem. Ciężarne posiadające jedno dziecko lub więcej w większości przypadków odrzucają możliwość przerwania ciąży.

Omówienie

Wraz z rozwojem diagnostyki prenatalnej wzrasta liczba identyfikacji trwałych wad, które są podstawą do podjęcia przez matkę/rodziców decyzji o terminacji ciąży. Matka dziecka staje się więc głównym beneficjentem programów rozwoju diagnostyki prenatalnej, który w przypadku wykrycia wady dokonuje wyboru – urodzić chore dziecko lub dokonać aborcji.¹¹ Mimo ogólnej akceptowalności badań prenatalnych samo poddanie się im wiąże się z poczuciem winy u ciężarnej.¹² Według Żekanowskiego „wiele kobiet wyraźnie odczuwa związek pomiędzy zgodą na diagnostykę prenatalną a wyborem przerywania ciąży w przypadku wykrycia defektu genetycznego u płodu”.¹³

Według danych polskich większość kobiet po uzyskaniu wyniku diagnozy prenatalnej stwierdzającego wadę

Tabela 4. Porównanie wartości statystycznych grup A i B pod względem wieku

Table 4. Comparison of statistical values of groups A and B in respect of age

M (grupa A)	M (grupa B)	t	df	p	n ważnych (grupa A)	n ważnych (grupa B)	SD (grupa A)	SD (grupa B)	Iloraz F – wariacje	p – wariacje
36,67	28,15	10,519	103	0,000	79	26	3,601	3,518	1,048	0,931

t – test t Studenta; df – liczba stopni swobody; F – test Fishera.
Test t Studenta: p = 0,000.

Tabela 5. Porównanie wartości statystycznych grup A i B pod względem liczby dzieci

Table 5. Comparison of statistical values of groups A and B in respect of the number of children

M (grupa A)	M (grupa B)	t	df	p	n ważnych (grupa A)	n ważnych (grupa B)	SD (grupa A)	SD (grupa B)	Iloraz F – wariacje	p – wariacje
1,25	0,54	3,647	103	0,0004	79	26	0,926	0,647	2,051	0,045

Tabela 6. Porównanie wartości statystycznych grup A i B pod względem czasu potrzebnego do podjęcia decyzji o poddaniu się badaniom prenatalnym

Table 6. Comparison of statistical values of groups A and B in respect of amount of time required to make a decision to undergo prenatal testing

M (grupa A)	M (grupa B)	t	df	p	n ważnych (grupa A)	n ważnych (grupa B)	SD (grupa A)	SD (grupa B)	Iloraz F – wariacje	p – wariacje
1,15	1,00	2,137	103	0,035	79	26	0,361	0,000	0,000	1,000

płodowi decyduje się na przerwanie ciąży.¹⁴ Rodzice są bardzo zdeterminowani, by uzyskać informację potwierdzającą zdrowie dziecka, zatem każdy wynik i przekazana przez personel medyczny informacja ma siłę dowodu odzwierciedlającego stan faktyczny. Autorzy analizujący postawy i reakcje matek związane z badaniami prenatalnymi zauważyli, iż nawet wykonywanie rutynowych badań USG nie pozostaje obojętne dla pacjentek. Badania diagnostyczne wywołują u kobiet ciężarnych lęk, bezradność, niepewność. Naukowcy na podstawie prowadzonych obserwacji stwierdzili także, że reakcje emocjonalne zależą od subiektywnej oceny wielkości problemu, jaki ma zostać rozstrzygnięty, cech osobowych, potrzeby kontroli zdarzeń oraz określonego światopoglądu.^{11,15–17}

W 2009 r. w czasopiśmie „Medycyna Rodzinna” zrelacjonowano wyniki sondażu, którego celem było poznanie opinii pacjentów na temat badań prenatalnych wykonywanych u kobiet w ciąży. Badanie obejmowało grupę 700 pacjentów (436 kobiet i 264 mężczyzn) przebywających na oddziałach i w poradniach Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Mikołaja Pirogowa w Łodzi. Aż 661 (94,43%) respondentów uważało, że kobiety w ciąży powinny mieć swobodny dostęp do badań prenatalnych, 31 (4,43%) miało odmienną opinię na ten temat, a 8 (1,14%) pacjentów nie miało zdania.^{18,19} Według danych Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 1999 r. 78% ankietowanych aprobuje badania prenatalne, a jedynie 6% zgadza się ze stwierdzeniem, iż są one czymś złym, ponieważ ich wyniki mogą skłonić do przerwania ciąży (16% nie ma zdania na ten temat).²⁰

W badaniu własnym aspekt postawy wobec diagnostyki prenatalnej zbadano pytaniem o stosunek respondentek do poddania się diagnostyce prenatalnej jako metodzie zdiagnozowania nieuleczalnej choroby wrodzonej, a nie jako metodzie zapewniającej wczesne wdrożenie leczenia płodu. Wyniki badań Kornas-Bieli, autorki wykorzystanego w pracy narzędzia badawczego, ukazały, że diagnostyka prenatalna jest metodą aprobowaną przez większość respondentów. W większości doniesień akceptacja diagnostyki prenatalnej wynika z potrzeby upewnienia się, iż dziecko jest zdrowe lub chęci wcześniejszego przygotowania się rodziców na ewentualne trudności.^{21,12,22}

W analizowanym materiale ogólny stosunek do badań prenatalnych potwierdził się. Większość ankietowanych uważa, że powinno się przeprowadzać diagnostykę podczas ciąży, nawet jeśli nie przyniesie ona korzyści dla dziecka, a np. przyczyni się do rozwoju nauki oraz w przypadku, gdy wykryta nieprawidłowość jest niemożliwa do leczenia.

Wykształcenie

W populacji polskiej większość kobiet poddawanych diagnostyce prenatalnej deklaruje wykształcenie średnie lub wyższe.²³ Najczęściej to związane z większą motywacją do poszukiwania informacji na temat przepro-

wadzanych badań, a co za tym idzie – większą wiedzą na temat stosowanych procedur. Ma to ścisły związek z nasileniem się uczucia lęku przed wykonywaniem diagnostyki. W badaniach własnych założenie to potwierdziło się, ponieważ kobiety deklarujące wykształcenie wyższe i średnie miały trudność z podjęciem decyzji o poddaniu się badaniu prenatalnemu, co może być związane z ich większą świadomością możliwych zagrożeń.

Posiadanie dzieci

W dostępnych danych istnieje niewiele doniesień na temat wpływu dzietności na postawę wobec diagnostyki prenatalnej. W aktualnym piśmiennictwie znajdują się sprzeczne informacje dotyczące zależności pomiędzy liczbą posiadanych dzieci a stosunkiem do aborcji. Według niektórych badaczy liczba dzieci istotnie wpływa na decyzję o poddaniu się zabiegowi terminacji ciąży po stwierdzeniu nieprawidłowości u płodu.¹⁴ Doniesienia z międzynarodowych badań przeprowadzonych przez Marteau et al. ukazują, że kobiety nieposiadające dzieci częściej decydowały się przerwać ciążę, natomiast posiadające potomstwo – na jej kontynuację.^{24,25} Z badań własnych wynika, iż kobiety posiadające już dzieci nie dopuszczają myśli o poddaniu się zabiegowi terminacji ciąży po stwierdzeniu nieuleczalnej wady wrodzonej oraz potrzebują więcej czasu do namysłu przy podjęciu decyzji o samym poddaniu się badaniu prenatalnemu.

Lęk

Z dostępnych doniesień wynika, że poddanie się badaniom prenatalnym jest ściśle związane z uczuciem lęku. Jest ono dominującym czynnikiem motywującym kobiety do rezygnacji lub do poddania się diagnostyce. Z badań Nakić Radoś wynika, że zarówno pacjentki oczekujące na poddanie się badaniom nieinwazyjnym (USG), jak i inwazyjnym (amniopunkcja) odczuwają porównywalny niepokój.²⁶

Według Weinmann i Johnston diagnostyka prenatalna powoduje po pierwsze niepokój związany z inwazyjnością procedury i związane z nią ryzyko poronienia, a po drugie niepokój o wynik badania.²⁷ Z prac Tercyak et al. wynika, iż poziom niepokoju u kobiet po otrzymaniu wyników badań inwazyjnych (głównie amniopunkcji) był niższy niż u ciężarnych, które nie wymagały poddania się tej procedurze.²⁸ Zdaniem Tercyak et al. przeprowadzenie amniopunkcji może korzystnie wpływać na matczyną adaptację do stanu ciąży.²⁸

W badaniach własnych potwierdzono, iż poddanie się diagnostyce prenatalnej wiąże się u kobiety ciężarnej z uczuciem lęku. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, iż odczuwany przez ciężarne niepokój jest większy wśród wieloródek oraz tych kobiet, które przeszły komplikacje podczas ciąży i porodów lub doświadczyły niepowodzeń prokreacyjnych.

Stosunek do religii

Badanie przeprowadzone przez CBOS ukazało, że religijność wiąże się z rzadszą akceptacją procedur diagnostyki prenatalnej, co jednak w dużej mierze wynika ze znacznej liczby osób niemających sprecyzowanej opinii na ten temat.²⁰ Ponadto z analizy wynika także, że w aspekcie religijności należy oddzielić same procedury diagnostyczne od zamiaru przerwania ciąży. Akceptowalność diagnostyki prenatalnej nie jest wprost proporcjonalna do aprobaty aborcji ze względu na stwierdzenie u płodu wady wrodzonej.²⁹

Zgodnie z regulacjami Katechizmu Kościoła Katolickiego diagnostyka prenatalna jest dopuszczalna, jeżeli szanuje integralność embrionu i płodu, nie prowadzi do przerwania ciąży oraz jeśli podejmowane działania mają na celu leczenie, poprawę stanu zdrowia lub ratowanie życia płodu.²⁸

Wnioski

Diagnostyka prenatalna jest ogólnie akceptowana przez ciężarne.

Wszystkie respondentki aprobują przeprowadzanie badań prenatalnych, nawet jeśli stwierdzonej nieprawidłowości/wady nie można leczyć.

Zarówno ciężarnym posiadającym wskazania medyczne do przeprowadzenia badań prenatalnych, jak i tym, które decydowały się na nie mimo braku wskazań, towarzyszył taki sam lęk/niepokój.

Kobiety ciężarne nieposiadające bezpośrednich wskazań medycznych do przeprowadzenia diagnostyki prenatalnej po uzyskaniu informacji o możliwości poddania się wspomnianym procedurom podejmowały decyzję o ich wykonaniu, nie potrzebując czasu do namysłu.

Kobiety posiadające potomstwo uważają aborcję związaną ze stwierdzeniem wady wrodzonej za niedopuszczalną.

Piśmiennictwo

1. Zespół Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005–2006 – dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego; 2010.
2. Pasińska M, Haus O, Ludwikowski G, Droźniewska M, Duszeńko E, Piotrowicz M. Analiza genetycznych przyczyn niepowodzeń ciążowych u par z poronieniami i urodzeniem dziecka martwego lub żywego z wadami wrodzonymi. *Pediatr Pol.* 2007;82(4):292–299.
3. Gula J, Gałkowski J. *W imieniu dziecka poczętego*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL; 1988.
4. Lindgren P, Stadin M, Blomberg I, Nordin K, Sahlgren H, Ingvaldstad Malmgren C. Information about first trimester screening and self-reported distress among pregnant women and partners: Comparing two methods of information giving in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(10):1243–1250. doi:10.1111/aogs.13195.
5. Lazar J, Hylarides MJ. Analysis of the psychosocial impact of care-taking on the parents of an infant with severe congenital heart defect. *BMJ Case Rep.* 2017. doi:10.1136/bcr-2016-218351.
6. Wilpers AB, Kennedy HP, Wall D, Funk M, Bahtiyar MO. Maternal anxiety related to prenatal diagnoses of fetal anomalies that require surgery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(3):456–464.
7. Richmond Z, Fleischer R, Chopra M, et al. The impact of non-invasive prenatal testing on anxiety in women considered at high or low risk for aneuploidy after combined first trimester screening. *Prenat Diagn.* 2017;37(10):975–982. doi:10.1002/pd.511.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. Dz. U. z 2004 r. Nr 276, poz. 2740.
9. Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
10. Kornas-Biela D. *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL; 1996.
11. Łuczak-Wawrzyniak J. Diagnostyka prenatalna – analiza celu badania z perspektywy lekarza, matki/rodziców, płodu/dziecka. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2013;6(1):7–13.
12. Press N, Browner CH. Why women say yes to prenatal diagnosis. *Soc Sci Med.* 1997;45(7):979–989.
13. Żekanowski C. Genetyka medyczna – problemy i zagrożenia. W: Chyrowicz B, red. *Granice ingerencji w naturę*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2001:111.
14. Michalik A, Preis K. Demographic factors determining termination of pregnancy following the detection of lethal fetal malignancy. *J Matern Neonatal Med.* 2014;27(13):1301–1304.
15. Georgsson Öhman S, Waldenström U. Second-trimester routine ultrasound screening: Expectations and experiences in a nationwide Swedish sample. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;32(1):15–22.
16. Hurford E, Hawkins A, Hudgins L, Taylor J. The decision to continue a pregnancy affected by Down syndrome: Timing of decision and satisfaction with receiving a prenatal diagnosis. *J Genet Couns.* 2013;22(5):587–593.
17. Aune I, Möller A. “I want a choice, but I don’t want to decide”: A qualitative study of pregnant women’s experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. *Midwifery.* 2012;28(1):14–23.
18. Wroński K. Should every pregnant woman have a free access to prenatal examinations? Legal aspects of conducting prenatal examinations in Poland. *Med Rodz.* 2009;1(1):2–10.
19. Frączek P, Jabłońska M, Pawlikowski J. Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce. *Med Ogólna Nauki Zdr.* 2013;19(2):103–109.
20. CBOS. Opinie o badaniach prenatalnych – komunikat z badań. Warszawa: CBOS; 1999.
21. van Schendel RV, Kleinveld JH, Dondorp WJ, et al. Attitudes of pregnant women and male partners towards non-invasive prenatal testing and widening the scope of prenatal screening. *Eur J Hum Genet.* 2014;22(12):1345–1350.
22. Tymstra T, Bajema C, Beekhuis JR, Mantingh A. Women’s opinions on the offer and use of prenatal diagnosis. *Prenat Diagn.* 1991;11(12):893–898.
23. Pasińska M, Przybylski G, Kazdepa-Ziemińska A. Ocena świadomości kobiet ciężarnych z Poradni Badań Prenatalnych na wpływ dymu tytoniowego na stan zdrowotny noworodków. *Probl Hig Epidemiol.* 2007;88(3):39–43.
24. Marteau TM, Dormandy E. Facilitating informed choice in prenatal testing: How well are we doing? *Am J Med Genet.* 2001;106(3):185–190. doi:10.1002/ajmg.10006.
25. Marteau TM, Nippert I, Hall S, et al. Outcomes of pregnancies diagnosed with Klinefelter syndrome: The possible influence of health professionals. *Prenat Diagn.* 2002;22(7):562–566.
26. Nakić Radoš S, Košec V, Gall V. The psychological effects of prenatal diagnostic procedures: Maternal anxiety before and after invasive and noninvasive procedures. *Prenat Diagn.* 2013;33(12):1194–1200.
27. Weinman J, Johnston M. Stressful medical procedures: An analysis of the effects of psychological interventions and of the stressfulness of the procedures. *Top Heal Psychol.* 1988;32(2):205–217.
28. Tercyak K, Johnson S, Roberts S. Psychological response to prenatal genetic counseling and amniocentesis. *Patient Educ.* 2001;43(1):73–84.
29. Sher C, Romano-Zelekha O, Green MS, Shohat T. Factors affecting performance of prenatal genetic testing by Israeli Jewish women. *Am J Med Genet.* 2003;120A(3):418–422.
30. Katechizm Kościoła Katolickiego. Poznań: Pallottinum; 2009:336–337.