

JÓZEF Z. PIŁASIEWICZ  
Szczecin

KOBIETY  
ZGŁASZAJĄCE SIĘ NA ZABIEG PRZERWANIA CIĄŻY  
I ICH SYTUACJA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA

Raport niniejszy zawiera charakterystykę kobiet, które w okresie od 16 lipca do 30 sierpnia 1990 r. załatwiały niezbędne sprawy związane z zabiegiem przerwania ciąży w Spółdzielni Pracy Lekarzy "Medicus" w Szczecinie.

1. Wstęp

Nowe przepisy zmieniające warunki dopuszczalności przerywania ciąży sprawiły, że procedurę przygotowawczą do zabiegu poszerzono m. in. o konsultacje psychologiczne (Zarządzenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej) z 30 kwietnia 1990 r., Dz. U. nr 29). Nie ulega wątpliwości, że intencją prawodawcy była ochrona życia nienarodzonych poprzez skłanianie kobiet ciężarnych do urodzenia dzieci. Celem więc konsultacji jest powtórne przeanalizowanie wszystkich okoliczności i pobudek, które wpływają na decyzję o przerwaniu ciąży, oraz ułatwienie kobiecie podjęcia decyzji pozytywnej dla dziecka. Przepisy zawarte w zarządzeniu są na tyle ogólne, że pozwalają na dowolny dobór metod i technik prowadzenia konsultacji. Równocześnie jednak nie określają, czy i jak powinien być sformułowany wynik konsultacji. Stwarza to sytuację prawną, w której pojawia się wiele wątpliwości praktycznych, szczególnie wówczas, jeśli pierwotna decyzja jest podtrzymana i kobieta zamierza poddać się zabiegowi. Chodzi mianowicie o to, czy konsultant zobowiązany jest określać stan zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej lub opisywać jej motywację, ocenić zdolność do świadomego

kierowania własnym postępowaniem, czy też wyrażać swoje stanowisko wobec zamierzonej likwidacji poczętego życia.

W związku z wejściem w życie wspomnianego zarządzenia w placówkach służby zdrowia, w których przeprowadzane są zabiegi przerywania ciąży, usiłuje się zatrudnić psychologów (a w przypadku trudności ze znalezieniem odpowiedniego specjalisty – również psychiatrów). Zleca się im typowe zadania, a wśród nich przede wszystkim obowiązek przeprowadzania konsultacji z kobietami skierowanymi przez ginekologów i potwierdzania na piśmie faktu, że rozmowa na temat przerywania ciąży została przeprowadzona.

Kobiety, które zgłaszają się na konsultacje, na ogół już podjęły wstępną decyzję dokonania aborcji. Ze względu jednak na stopień ich zaangażowania w realizację tego zamiaru można wyodrębnić przynajmniej dwie kategorie kobiet. Pierwszą kategorię stanowią pacjentki placówek społecznej służby zdrowia, gdzie wszelkie świadczenia są bezpłatne. Korzystanie z usług uspołecznionej służby zdrowia nie wymaga zapłaty i nie powoduje określonych skutków finansowych. Korzystanie lub rezygnacja z usług tych placówek wolne jest od powściągliwości w nawiązywaniu kontaktów i od swoistego poczucia przymusu kontynuacji w przypadku zaniechania zamiaru aborcji. Kategorię drugą stanowią klientki gabinetów prywatnych i spółdzielczych. Sytuacja tej grupy jest zasadniczo różna od poprzedniej. Konieczność finansowego zaangażowania się w realizację zamiaru powoduje, że decyzje o poddaniu się zabiegowi w takich gabinetach podejmowane są z większą determinacją. Z kolei zerwanie kontraktu bez możliwości wycofania wkładu finansowego wymaga od klientki przynajmniej wielkoduszności.

Stąd też konsultanci powinni liczyć się z różnicami w sposobie reagowania kobiet na taką samą argumentację oraz z siłą sprzeciwu wobec nowych argumentów, z jaką będą trwać przy pierwotnej decyzji. Oczywiście, wielkość sprzeciwu i otwartość na informację jest uzależniona od szeregu innych czynników, jak chociażby poziomu inteligencji, wykształcenia czy typu światopoglądu. Nie należy więc nadmiernie akcentować roli pieniądza w realizacji tego typu projektów. Trzeba jednak zdać sobie sprawę z tego, że relacja między lekarzem a pacjentem/klientem w gabinecie prywatnym lub spółdzielczym zawiera element merkantylny i ułatwia jednej ze stron przyjęcie postawy typu "ja płacę i wymagam". Tego typu nastawienie wyklucza możliwość dialogu.

Przedstawione niżej dane dotyczą wybranych cech społeczno-demograficznych 192 kobiet ciężarnych, które zamierzały przerwać ciążę w gabinetach spółdzielczych, oraz niektórych motywów ich postępowania.

## 2. Cechy społeczno-demograficzne kobiet

### 2. 1. Wiek

Kobiety kierowane przez ginekologów na konsultacje stanowiły pod względem wieku grupę bardzo zróżnicowaną (rozpiętość wynosiła 33 lata). Najmłodsza matka liczyła 16 lat, najstarsza – 49. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła 30,6 lat. Dane pogrupowane z tego zakresu zawiera tabela nr 1.

Tabela nr 1  
Wiek kobiet

| Wiek    | Liczba | %     |
|---------|--------|-------|
| 17      | 3      | 1,6   |
| 18 – 22 | 27     | 14,0  |
| 23 – 27 | 33     | 17,2  |
| 28 – 32 | 49     | 25,5  |
| 33 – 37 | 53     | 27,6  |
| 38 – 42 | 23     | 12,0  |
| 43      | 4      | 2,1   |
| Razem   | 192    | 100,0 |

W liczbach bezwzględnych najliczniejszą podgrupę stanowiły kobiety w wieku 32 lat. Było ich łącznie 19. Następną pod względem liczebności była podgrupa kobiet 36-letnich (17) i dalej – 31- i 27-letnich (po 11). Usytuowanie tych podgrup na skali chronologicznej dzieli ją na trzy przedziały. Przedział pierwszy od 16 do 26 roku życia (52 osoby, 27,1%), przedział drugi od 27 do 36 roku życia (104 osoby, 54,2%) i przedział trzeci od 37 do 49 roku życia (36 osób, 18,7%).

### 2. 2. Stan cywilny

Stosując oficjalną terminologię wyodrębniono trzy kategorie kobiet, a mianowicie: A – panny (29; 15,1%); B – zamężne (149; 77,6%); C – rozwiedzione (13) i wdowy (1) (14; 7,3%).

Porównanie liczebności w wydzielonych podgrupach wykazuje, że panien było dwukrotnie więcej niż rozwódek, kobiet zamężnych natomiast było 5-krotnie więcej niż panien i 10-krotnie więcej niż rozwiedzionych. Przeciętnie więc na każde dziesięć kobiet zamężnych, które chciały przerwać ciążę, przypadały dwie panny i jedna rozwiedziona, zamierzająca zrobić to samo.

Jeśli jednak wprowadzimy inną terminologię, to w analizowanej grupie formalnie można wyodrębnić kobiety samotne i żyjące we wspólnocie małżeńskiej, czyli zamężne. Formalny charakter podziału wskazuje na różny status społeczny

tych osób i związane z tym społeczne reperkusje. Warto zwrócić uwagę, że wśród kobiet formalnie samotnych występują dwie podgrupy: kobiety przeżywające samotność pierwotną (panny) i kobiety przeżywające samotność wtórną (rozwidzione i wdowy). Kobiety z tych podgrup posiadają zdecydowanie różne doświadczenie życiowe (co znajduje swoje potwierdzenie w żyjącym potomstwie, o czym będzie dalej). Trudno jest natomiast mówić w stopniu wyczerpującym o nieformalnych związkach tych osób. Uzyskane w trakcie rozmów informacje wskazują, że związki formalne nie wykluczają więzi nieformalnych. Spośród 149 kobiet zamężnych cztery zaszły w ciążę z innym niż mąż mężczyzną. Z kolei niektóre kobiety miały trudności ze wskazaniem ojca dziecka, ponieważ kobieta miała równolegle wielu partnerów seksualnych. Były również przypadki, że kobieta samotna pozostawała w związku nieformalnym z mężczyzną, który miał swoją własną normalną rodzinę.

### 2. 3. Zawód

Większość kobiet z omawianej grupy (138; 71,9%) pracowała zawodowo. Niepracujące kobiety (54; 28,1%) pozostawały przeważnie na urloпах wychowawczych i zajmowały się prowadzeniem domu. Natomiast te, które pracowały poza domem, wykonywały pracę w różnych zawodach. Najwięcej zatrudnionych było w biurach i urzędach jako kasjerki, pracownice umysłowe, księgowe itp. Następną podgrupę stanowiły pracownice fizyczne (sprzątaczkі, robotnice). Dokładne dane przedstawiają się następująco: pracownice umysłowe (52; 27,1%), pracownice fizyczne (30; 15,6%), sprzedawczynie (24; 12,5%), nauczycielki i wychowawczynie przedszkolne (9; 4,7%), studentki i uczennice (9; 4,7%), szwaczki (8; 4,2%), pielęgniarki (3; 1,6%), kelnerki (2; 1,0%), lekarka (1; 0,5%). Razem 138 osób (71,9%).

Mężczyźni uznawani za ojców dzieci w większości pracowali zawodowo. Tylko niecałe 10% (18 osób) pozostawało bez zatrudnienia i trudno było określić, w jaki sposób zarabiają na życie. Mężczyźni pracujący zatrudnieni byli w następujących zawodach: robotnik (87; 45,3%), urzędnik (22; 11,5%), kierowca (21; 10,9%), inżynier (13; 6,8%), marynarz (12; 6,2%), żołnierz zawodowy (7; 3,6%), student (6; 3,1%), nauczyciel (3; 1,6%), rolnik (3; 1,6%). Razem 174 osoby (90,6%). Robotnicy stanowią najliczniejszą podgrupę wśród wskazanych ojców. Stąd też dominują oni jako partnerzy kobiet z różnych kategorii zawodowych. Najliczniejsze są ich związki z urzędniczkami (22), robotnicami (17) i sprzedawczyniami (13). Pewną ciekawostką jest to, że w 23 przypadkach partnerkami są kobiety niepracujące.

Interesującym zjawiskiem jest również relacja między zawodem ojca dziecka i sytuacją zatrudnieniową kobiet, którą ilustruje tabela nr 2.

Tabela nr 2  
Zawód ojca dziecka a praca zawodowa matki

| Zawód ojca        | Matka     |               |       |
|-------------------|-----------|---------------|-------|
|                   | pracująca | nie pracująca | Razem |
| robotnik          | 64        | 23            | 87    |
| urzędnik          | 17        | 5             | 22    |
| kierowca          | 14        | 7             | 21    |
| inżynier          | 11        | 2             | 13    |
| marynarz          | 6         | 6             | 12    |
| żołnierz zawodowy | 6         | 1             | 7     |
| student           | –         | 6             | 6     |
| nauczyciel        | 2         | 1             | 3     |
| rolnik            | 2         | 1             | 3     |
| nie pracujący     | 10        | 8             | 18    |
| Razem             | 132       | 60*           | 192   |

\* Doliczono 6 uczennic i studentek, które w zestawieniu dotyczącym zawodu matek występowały jako odrębna kategoria.

#### 2. 4. Macierzyństwo

Zdecydowana większość kobiet z omawianej grupy posiadała potomstwo. Jedynie około 14% było bezdzietnych i odnosiło się to prawie wyłącznie do pań. Spośród tych, które posiadały dzieci, większość (53,7%) stanowiły matki dwojga dzieci. Na drugim miejscu znajdowały się matki z jednym dzieckiem, a na trzecim – z trojgiem dzieci. Dalsze miejsca zajmowały matki z liczniejszym potomstwem. Dane szczegółowe zawiera tabela nr 3.

Tabela nr 3  
Macierzyństwo kobiet zamierzających przerwać ciążę

| Liczba dzieci | Liczba kobiet | %     |
|---------------|---------------|-------|
| 0             | 26            | 13,5  |
| 1             | 33            | 17,2  |
| 2             | 103           | 53,7  |
| 3             | 24            | 12,5  |
| 4             | 4             | 2,1   |
| 5             | 2             | 1,0   |
| Razem         | 192           | 100,0 |

Analizując układ danych, można powiedzieć, że w charakteryzowanej grupie kobiety bezdzietne zamierzały usunąć ciążę mniej więcej tak samo często jak

matki posiadające już troje dzieci. Zjawisko to było 4-krotnie rzadsze w porównaniu z matkami dwojga dzieci. Matki z jednym dzieckiem około 3-krotnie rzadziej zamierzały usunąć ciążę niż matki dwojga dzieci. Aby móc wyciągnąć wnioski ogólniejszej natury, należałoby porównać te dane z charakterystyką całej populacji kobiet w Polsce.

Nieco uwagi trzeba poświęcić kobietom samotnie wychowującym dzieci, tj. rozwódkom i wdowom. W omawianej grupie było 13 rozwiedzionych i jedna wdowa. Liczba posiadanych przez nie dzieci była zróżnicowana. Dwie miały po jednym dziecku, sześć – po dwoje, cztery – po troje, jedna – czworo. Wdowa miała dwoje dzieci. Z faktu, że zaszły w ciążę, wynika, iż były one aktywne towarzysko i seksualnie. Dwie z nich zaszły w ciążę ze swoimi byłymi mężami, licząc na ponowny trwały związek. Nadzieje te jednak okazały się złudne.

#### 2. 5. Analiza ilościowa zjawiska zachodzenia w ciążę

W opisywanej grupie kobiet zachodzenie w ciążę posiadało swoiste właściwości. Liczba kobiet, które zaszły w ciążę pierwszy i drugi raz, była równa (po 24), natomiast liczba kobiet, które były w ciąży trzeci raz w życiu, gwałtownie wzrosła (53). Nieznaczny spadek wystąpił wśród kobiet będących czwarty raz w ciąży (49). Dalszy spadek, już wyraźny, dotyczył kobiet z piątą ciążą (28). Kobiety z dalszymi ciążami występowały sporadycznie. Dane szczegółowe zawiera tabela nr 4.

Tabela nr 4  
Ilościowe zestawienie zachodzenia w ciążę

| Ciąża | Liczba kobiet | % kobiet |
|-------|---------------|----------|
| I     | 24            | 12,50    |
| II    | 24            | 12,50    |
| III   | 53            | 27,60    |
| IV    | 49            | 25,50    |
| V     | 28            | 14,58    |
| VI    | 8             | 4,20     |
| VII   | 2             | 1,04     |
| VIII  | 1             | 0,52     |
| IX    | 1             | 0,52     |
| X     | 2             | 1,04     |
|       | 192           | 100,0    |

Jeśli dane te będziemy rozpatrywać w kontekście zamiarów kobiet, to można powiedzieć, że stopień zagrożenia kolejnych ciąż był nierówny. W największym niebezpieczeństwie były ciążę trzecie i czwarte, a następnie kolejno piątą oraz pierwsze i drugie. Znacznie mniej były zagrożone ciążę szóste oraz pozostałe.

Powyższe przypuszczenie jest dopuszczalne przy założeniu, że wszystkie kobiety z opisywanej grupy miały szansę zajść w ciążę dziesięć razy. Z całą natomiast pewnością można przyjąć, że swoiste uwarunkowania decyzji nierodzenia pojawiają się najczęściej przy trzeciej ciąży. Upoważnia do tego wynik analizy związku między liczbą ciąż a liczbą dokonanych zabiegów przerwania (tab. nr 5).

Tabela nr 5  
Liczba ciąż i abortów

| Ciąża | Abortus |    |    |   |   |   |   |   | Razem |
|-------|---------|----|----|---|---|---|---|---|-------|
|       | 1       | 2  | 3  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |       |
| I     | 24      |    |    |   |   |   |   |   | 24    |
| II    | 22      | 2  |    |   |   |   |   |   | 24    |
| III   | 45      | 8  |    |   |   |   |   |   | 53    |
| IV    | 10      | 37 | 2  |   |   |   |   |   | 49    |
| V     | 1       | 9  | 17 | 1 |   |   |   |   | 28    |
| VI    | 1       | 1  | 4  | 2 |   |   |   |   | 8     |
| VII   |         | 1  | 1  |   |   |   |   |   | 2     |
| VIII  |         |    |    |   | 1 |   |   |   | 1     |
| IX    |         |    |    |   |   |   | 1 |   | 1     |
| X     |         |    |    |   |   | 1 |   | 1 | 2     |
| Razem | 103     | 58 | 24 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 192   |

Tak więc w omawianej grupie występuje podgrupa 26 kobiet, które zdecydowały się na usunięcie wszystkich ciąż. Wśród nich były 24 kobiety z pierwszą ciążą i dwie z drugą. Były to kobiety bezdzietne. Pozostałe kobiety posiadały już dzieci.

I tak wśród tych, które pierwszy raz zamierzały usunąć ciążę, dominowały matki z trzecią ciążą (45), a następnie z drugą i czwartą ciążą, czyli posiadające dwoje, jedno i troje dzieci. Natomiast wśród tych, które zamierzały poddać się zabiegowi drugi raz, dominowały kobiety z czwartą ciążą (dwoje dzieci), a wśród tych, które zamierzały zrobić to po raz trzeci – najwięcej było matek z piątą ciążą (z dwojgiem dzieci). Generalnie więc najbardziej zagrożone było trzecie poczęte dziecko.

Nieliczne były kobiety, które zaszły w ciążę więcej niż sześć razy i decydowały się na zabieg usunięcia ciąży, który był piątym lub następnym w życiu.

## 2. 6. Ciąża zagrożona a wiek najmłodszego dziecka

Relacja między wiekiem najmłodszego dziecka a faktem bycia w ciąży może być wskaźnikiem kultury współżycia seksualnego małżonków. Nie zamierzam wyciągać na tej podstawie zbyt daleko idących wniosków, ale pewne twierdzenia wydają się być uzasadnione. Otóż spośród 166 matek 16 (9,6%) zaszło w ciążę

w czasie krótszym niż rok od ostatniego porodu, w tym siedem przed upływem sześciu miesięcy. Następnich 86 (51,8%) matek zaszło w ciążę w czasie od jednego roku do sześciu lat po ostatnim porodzie, w tym 37 (22,3%) – do trzech lat, a pozostałe 49 (29,5%) – od czterech do sześciu lat po urodzeniu ostatniego dziecka. Kolejnych 55 (33,2%) matek miało najmłodsze dzieci w wieku 7–14 lat, a pozostałych 9 (5,4%) – w wieku 15–19 lat.

Tak więc ponad 60% matek z omawianej grupy zamierzało przerwać ciążę, mając najmłodsze dziecko w wieku poniżej siedmiu lat, czyli w wieku przedszkolnym. Pozostałe matki miały najmłodsze dzieci w wieku szkoły podstawowej lub średniej. Dane szczegółowe zawiera tabela nr 6.

Tabela nr 6  
Wiek najmłodszego dziecka a kolejna ciąża matki

| Wiek najmłodszego dziecka | Matki w kolejnej ciąży |      |
|---------------------------|------------------------|------|
|                           | liczba                 | %    |
| do 6 m-cy                 | 7                      | 4,2  |
| 7 – 12 m-cy               | 9                      | 5,4  |
| 13 m-cy – 3 lata          | 37                     | 22,3 |
| 4 – 6 lat                 | 49                     | 29,5 |
| 7 – 14 lat                | 55                     | 33,2 |
| 15 – 19 lat               | 9                      | 5,4  |

Jeśli chodzi o matki, które zaszły w ciążę w kilka miesięcy po porodzie, to trudno fakt ten tłumaczyć inaczej, niż brakiem opanowania popędu i niską świadomością ochrony zdrowia kobiety.

### 3. Uzasadnienie decyzji o przerwaniu ciąży

Motywy, którymi kierowały się kobiety podejmując decyzję o przerwaniu ciąży, były zróżnicowane. Cechą wspólną był odczuwalny przymus i jakaś konieczność dokonania czynu. Najczęściej powoływały się na okoliczności zewnętrzne, chociaż nie brakowało również akcentów subiektywnych. Z jednej strony wymieniane więc były trudne warunki finansowe, ciasne mieszkanie lub jego brak, konflikt serologiczny, obciążenia dziedziczne, groźba utraty pracy itp., z drugiej zaś – niechęć do dzieci, pragnienie wygody, komplikacje w realizacji planów osobistych, obawa przed wyrządzeniem przykrości najbliższym, poczucie choroby i starości.

Do czynników odgrywających szczególną rolę w podejmowaniu decyzji o aborcji, należały: postawa ojca dziecka wobec ciąży oraz postawa religijna matki.



Zaliczyć tu można również chęć utrzymania związku małżeńskiego w przypadku ciąży pozamałżeńskiej. Czynniki te tworzyły pewną hierarchię, uporządkowaną według bardzo osobistych kryteriów. W każdym indywidualnym przypadku kobiety wymieniały kilka powodów, które w ich odczuciu tworzyły wystarczające uzasadnienie decyzji o przerwaniu ciąży. Występowało tu wyraźnie zjawisko synergii negatywnej. Przeżywanie wątpliwości raczej nie było ujawniane, a jeżeli tak, to rzadko.

Najlepszą ilustracją stosowanej przez kobiety argumentacji są niżej wymienione wypowiedzi:

"Wiem swoje, nie chcę więcej – troje wystarczy".

Rozwiedziona, l. 38, troje dzieci, 3 raz usuwa ciążę.

"Jestem wierząca, ale jak nie mogę, to co zrobić".

Zamężna, l. 34, troje dzieci, 3 raz usuwa ciążę.

"Kobieta sama powinna decydować, czy ma urodzić, czy nie, i ani ustawa, ani ksiądz nie powinien o tym decydować".

Zamężna, l. 34, dwoje dzieci, 1 raz usuwa ciążę.

"Mąż raczej byłby skłonny, żeby było trzecie dziecko, ale czy ja wiem? Zresztą – jak jeden zarobi na pięcioro?"

Zamężna, l. 35, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Jakby było, to by było. Decyzja ciężka, ale ja nie widzę szans. Wierzę w Boga, ale nie w kler".

Zamężna, l. 37, 2 dzieci, 1 raz usuwa ciążę. (Wcześniej 2 samoistne poronienia).

"Nie stać nas na trzecie dziecko i ja nie jestem w stanie wychować trzeciego dziecka, bo mąż jest gościem w domu".

Żona marynarza, l. 27, dwoje dzieci, 1 raz usuwa ciążę.

"Nie stać mnie na to dziecko, nie mogę krzywdzić tych, które są. Jestem sama nie mam nikogo".

Zamężna, l. 37, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę, mąż alkoholik – odszedł z domu.

"Szkoda mi tych dzieci, które są. Z jednej pensji jest nam ciężko. Ja niedawno dostałam pracę, mogłabym ją stracić".

Zamężna, l. 33, troje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Nie mieści mi się w głowie, że mogłabym mieć jeszcze dziecko".

Zamężna, l. 29, troje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Nie wyobrażam sobie, jak mogłabym być panną z dzieckiem. Ojciec mnie bardzo kocha i nie mogę mu tego zrobić. Ja chcę się uczyć i byłoby nierozsądne teraz urodzić".

Panna, l. 18, bezdzietna, 1 raz usuwa ciążę.

"Sumienie – jest to najtrudniejszy problem".

Panna, lat 21, 2 raz usuwa ciążę.

"Przeraża mnie to w pewnym stopniu, że życie drugiego biorę na własne sumienie".

Panna, l. 24, 1 raz usuwa ciążę.

"Uważam, że nie ma innego wyjścia. Wiem, że to jest grzechem".

Zamężna, l. 24, jedno dziecko, 2 raz usuwa ciążę (ciąża pozamałżeńska).

"Wiem, że pójde do piekła".

Zamężna, l. 35, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Na razie nie czuję wyrzutów sumienia. Gdyby były inne warunki materialne, to zdecydowałabym się".

Zona marynarza, l. 36, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Teraz w tych warunkach nie mogę mieć trzeciego dziecka. Nie mam do niego żadnych uczuć i nie zagłębiam się, czy to jest moralne, czy nie".

Zamężna, l. 24, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Nie chciałabym jeszcze mieć dziecka. Ja nic nie mam, muszę się dorobić, mieszkam w hotelu".

Panna, l. 25, 2 raz usuwa ciążę (wychowanka Domu Dziecka).

"Brak warunków mieszkaniowych i finansowych. Wiele koleżanek boryka się z kłopotami. Dla swojego dziecka chciałabym lepszych warunków".

Panna, l. 23, 1 raz usuwa ciążę.

"Nie wytrzymujemy finansowo. Prawdopodobnie rozejdziemy się".

Zamężna, l. 21, jedno dziecko, 2 raz usuwa ciążę.

"On się nie chce żenić ani mieć dzieci. Jeśli zechcę urodzić – to pieniądze na stół i koniec znajomości".

Panna z dzieckiem, l. 32, 1 raz usuwa ciążę.

"Mąż jak się dowiedział, że jestem w ciąży – ponownie odszedł do tamtej kobiety. Zostawił mi pieniądze na skrobankę. Jeśli usunę – to zwariuję, nie ma dla mnie życia".

Zamężna, l. 40, dwoje dzieci, 8 raz usuwa ciążę.

"Od roku mąż ma kochankę i nie wiem, czy nie wyprowadzi się. I co wtedy?"

Zamężna, l. 30, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Nie widzę się w roli matki. Jest już za późno".

Zamężna, l. 42, troje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Gdybym była młodsza, to może. Ale teraz jest już za późno. A poza tym człowiek się odzwyczaił".

Zamężna, l. 36, dwoje dzieci, 3 raz usuwa ciążę.

"Zbyt późny wiek – już nie czas na dzieci. To już jest przesądzone i nie ma się co zastanawiać".

Zamężna, l. 42, dwoje dzieci, 3 raz usuwa ciążę.

"Po prostu jest już za późno. Jestem katoliczką i wiem, że to jest dramat. Ale proszę mi wierzyć, że nie mogę. (wychodząc) "Nie mówię dziękuję, bo mimo wszystko ciężko jest, jak przy każdym przestępstwie".

Zamężna, l. 40, dwoje dzieci, 1 raz usuwa ciążę.

"Jestem zbyt nerwowa, żeby mieć więcej dzieci".

Panna, l. 33, dwoje dzieci, 2 raz usuwa ciążę.

"Gdybym była młodsza o 5 lat – zdecydowałabym się. Obawiam się urodzić chore dziecko. Jestem zbyt stara".

Zamężna, l. 38, dwoje dzieci, 3 raz usuwa ciążę, (mąż nadużywa alkoholu).

Przytoczone wyżej cytaty z rozmów nie zostały skategoryzowane, chociaż pewne motywy powtarzają się. Często, jako argument pojawia się wiek, który jest nieodpowiedni do rodzenia dzieci, innym razem są to kłopoty materialne albo osłabiona więź między małżonkami. Czasami obawa utraty pracy.

Wydaje się, że powoływanie się na trudności materialne było motywem pozornym co najmniej w 90%. Sądząc po ubiorze matek i biorąc pod uwagę cenę zabiegu, nie można było wnioskować o ubóstwie, nawet w przypadku osób samotnych.

Jeśli chodzi o stan zdrowia matek, to część z nich posiadała wiarygodne dokumenty, potwierdzające różne przypadłości somatyczne i psychiczne. Poniższe zestawienie ilustruje rodzaje niedyspozycji zdrowotnych i częstotliwość ich występowania u kobiet ciężarnych. I tak kobiety, które zamierzały przerwać ciążę, cierpiały na:

- ogólnie zły stan zdrowia (schorzenia ginekologiczne, choroby układu pokarmowego, układu krążenia, itp. – 12 osób),
- konflikt serologiczny (RH(-) – 9),
- wielokrotne samoistne poronienia (5),
- obciążenia dziedziczne (wodogłowie u dzieci urodzonych oraz celiakia) (6),
- niewydolność nerek (5),
- renta po wypadkach (2),
- epilepsja (2),
- schizofrenia (1).

Łącznie więc u 42 kobiet w systemie motywacyjnym dominowały czynniki związane ze stanem zdrowia lub obawą przed wydaniem na świat dziecka obciążonego schorzeniami.

Jeśli chodzi o postawę ojców wobec zamierzonego zabiegu przerwania ciąży, to przeważnie była ona akceptująca (144). Na pytanie, czy w podejmowaniu decyzji o aborcji uczestniczył ojciec dziecka, zazwyczaj odpowiedzi były twierdzące. Mężczyźni zgadzali się z zamiarem przerwania ciąży. W 10 przypadkach kobiety twierdziły, że ojcowie domagali się wykonania zabiegu. Pewnym problemem w tym kontekście jest wyjaśnienie, kto był autorem pomysłu. Wszystko zdaje się wskazywać na to, że stroną inicjującą były kobiety. Następna bowiem grupa ojców (38) określona została jako obojętna, a dalszych 10 – jako kategorycznie przeciwnych realizacji projektu. Głównym powodem sprzeciwu były przekonania religijne. Generalnie jednak można powiedzieć, że podejmowaniu decyzji o aborcji towarzyszy kobietom poczucie przeraźliwego osamotnienia.

Szerszego omówienia wymaga postawa religijna kobiet. Do jej określenia posłużyła odpowiedź na pytanie: "Jaki jest pani stosunek do religii?" Na zastosowanie jakiegoś sensownego kwestionariusza w tej materii nie było warunków. Otóż deklarowany stosunek do religii pozwolił wyodrębnić cztery kategorie

kobiet: bardzo wierzące (7 osób), wierzące umiarkowanie (145), nie praktykujące (11), obojętne (29). Pytanie o stosunek do religii miało na celu również sprowokowanie wypowiedzi na temat poczucia winy lub przynajmniej niekonsekwencji w postępowaniu wobec uznawanych wartości. Rezultaty tego podejścia są przedstawione w tabeli nr 7.

Tabela nr 7  
Stosunek do religii a poczucie winy

| Stosunek do religii | Poczucie winy – wyrzuty sumienia | Brak poczucia winy | Stan trudny do określenia | Razem |
|---------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------|-------|
| bardzo wierząca     | 7                                | –                  | –                         | 7     |
| wierząca            | 57                               | 33                 | 55                        | 145   |
| nie praktykująca    | 3                                | 5                  | 3                         | 11    |
| obojętne            | 8                                | 9                  | 12                        | 29    |
| Razem               | 75                               | 47                 | 70                        | 192   |

Pozytywny stosunek do religii zadeklarowały łącznie 152 kobiety. Wyrzuty sumienia z powodu zamierzonego czynu odczuwały tylko 64, a więc mniej niż połowa. Z pozostałych wierzących 33 nie odczuwały wyrzutów sumienia, a 55 przeżywało stan trudny do określenia w kategoriach poczucia winy. Kobiety nie praktykujące i religijnie obojętne stanowiły zdecydowaną mniejszość (40). Proporcje w tej podgrupie układały się inaczej. Dominowały w niej kobiety o nieokreślonych odczuciach (15) prawie na równi z tymi, które nie miały poczucia winy (14). Kobiety z poczuciem winy stanowiły najmniej liczną podgrupę (11). Ustalanie związków między stosunkiem do religii a poczuciem winy w tej sytuacji wydaje się być zabiegiem ryzykownym przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, omawiana podgrupa kobiet nie jest reprezentatywna, jej dobór wynikał z przypadku, po drugie, deklarowana wiara i odczuwane przeżycia są kategoriami wybitnie subiektywnymi.

Jedno wszakże jest pewne, że tylko w przypadku silnego poczucia wiary występuje również świadomość winy. Jeżeli jednak przyjmiemy, że deklarowana wiara odzwierciedla faktyczne przekonania, to powstaje sporo wątpliwości na temat wpływu tych przekonań na postępowanie.

#### 4. Uwagi końcowe

Na zakończenie pragnę przedstawić kilka uwag.

a) Rozmowy z pacjentkami zmierzały do wzbudzenia wątpliwości, czy decyzja o przerwaniu ciąży jest uzasadniona a jeśli tak, to w jaki sposób, oraz czy jest ostateczna. Rozbudzenie tych wątpliwości prowadziło z reguły do wybuchów płaczu, złości, a nawet arogancji. Bardzo rzadko natomiast sprzyjało refleksji.

b) Postawy kobiet wobec psychologa były zróżnicowane. Z jednej strony wyróżnić można było postawę kapitulancą, nacechowaną całkowitym poddaniem i uległością w odbiorze argumentów, z drugiej zaś przejawiało się nastawienie agresywne. Między tymi skrajnościami pojawiały się zachowania, które określić można jako gotowość do kontrolowanych zwierzeń i chęć "załatwienia sprawy". Z rzadka występowało wyraźne zażenowanie i wstyd, w każdym natomiast przypadku dawał się zauważyć lęk, lepiej lub gorzej maskowany.

c) Wśród kobiet podejmujących rzeczową rozmowę, mimo że ograniczoną, pojawiały się skargi na zaburzenia cyklu miesięcznego. Zazwyczaj związane to było z sytuacjami stresowymi, np. pogrzeb w rodzinie, otrzymanie mieszkania, zaciągnięcie dużej pożyczki, likwidacja zakładu pracy, pozostawanie na zasiłku dla bezrobotnych. Zaburzenia cyklu w związku z przekwitaniem nie zdarzały się.

d) Wśród przyczyn (powodów) zabiegu przerwania ciąży podawane były komplikacje planów życiowych. Zwykle plany te opisywane były jako projekty wyjazdu zagranicę w celu podjęcia pracy, dorobienia się, poprawienia trudnego położenia materialnego itd. Rzeczywistość pokazuje jednak, że nie zawsze wyjazd i pobyt zagranicą skłania do uporządkowania życia osobistego i zdyscyplinowania. Dziewczęta-kobiety nawiązują kontakty intymne często z przygodnie spotkanymi mężczyznami. Utrwalają się związki nieformalne, które drastycznie są zrywane przez mężczyzn w chwili, gdy okazuje się, że partnerka jest w ciąży. Ciąg dalszy jest typowy: powrót do kraju i poddanie się zabiegowi przerwania ciąży. W trosce o reputację dziewczyn rodzina stwarza pozorne uzasadnienie powrotu. Wszystko to przebiega w atmosferze pośpiechu, irytacji, zawiedzionych nadziei i szukania winnych.

e) Dość dziwnym zjawiskiem jest ogólnikowe określenie przez lekarzy kierujących na zabieg przyczyn takiej decyzji. Wpisany do skierowań eufemistyczny termin "wskazania społeczne" kryje w sobie zarówno rzeczywiste społeczne okoliczności decyzji, jak też bliżej nie sprecyzowane motywy osobiste, szczególnie gdy kobieta nie chce zaciągać zobowiązań macierzyńskich lub gdy ojciec dziecka jest niepewny. Wydaje się, że w skierowaniu powinien być podawany konkretny, główny powód rozpoczęcia przygotowań do aborcji.

f) Pewnym paradoksem jest, że rozmowy prowadzone są tylko z kobietami, podczas gdy mężczyźni korzystają ze swoistego przywileju "bycia poza sferą nara-

żenia na oddziaływanie". Wydaje się, że całościowe rozwiązywanie problemu powinno bezwzględnie angażować oboje rodziców we wszystkich jego fazach. Dotyczy to również, a może nawet przede wszystkim, rozwiązania negatywnego, tj. zabicia dziecka.

g) Praca psychologa w odniesieniu do omawianej problematyki odznacza się znikomą skutecznością. Poza wywołaniem reakcji emocjonalnych psycholog nie ma możliwości rzetelnego wskazania innej drogi postępowania i przekonania, że jest ona realna. Psycholog dysponuje jedynie słowem i uczciwie nie może niczego kobiecie obiecać. Nie może przydzielić mieszkania, nie może zatrudnić za godziwe wynagrodzenie, nie może zapewnić ożenku ani niczego, na czym kobiecie ciężarnej zależy. Sześciotygodniowa praca w Spółdzielni Lekarzy Specjalistów "Medicus" w Szczecinie pozwoliła mi odczuć własną bezsilność i instrumentalne traktowanie przez ginekologów. W żargonie lekarzy pracę psychologa w omawianym zakresie określa się jako "wydawanie przepustek do czyścica".

h) Na podstawie zebranych doświadczeń można sformułować kilka problemów, które wymagają rozwiązania w jak najkrótszym terminie. Są to:

- dojrzałość mężczyzn do przyjmowania odpowiedzialności za własną aktywność seksualną;
- świadomość religijna i jej wpływ na różne dziedziny aktywności człowieka,
- świadomość porządku moralnego w życiu osobistym i społecznym.
- dojrzałość do świadomego rodzicielstwa.

#### WOMEN WHO COME HOSPITAL FOR ABORTION AND THEIR SOCIAL AND DEMOGRAPHIC SITUATION

##### S u m m a r y

The paper presents a characteristic of women from the town of Szczecin and its nearby surroundings who wanted to have abortion in July and August 1990. This operation was supposed to be carried out in Doctors Specialists co-operative "Medicus" in Szczecin.

Mothers who had a psychological examination (NO 192) differed in respect of many social and demographic characteristics and in respect of the motivation of the intended act. Women at the age of 28 to 37 dominated in this group. They were married and had mostly two children, and worked.

The main reason to have abortion was a fear to have their existential conditions get worse or also the conditions of their family. It seems, however, that this reason was only apparent. A lot points to that when women had to decide they could not fall back on their husbands for support, and their religious-moral formation was insufficient for the acceptance of another child.

That is why many problems arise here which deal, among other things, with maturity to responsible parenthood and conditions as well as methods of effective aid for pregnant women in a traumatic situation.

*Translated by Jan Kłos*