

FIDES ET RATIO

ŻYCIE I PŁODNOŚĆ.
UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE

3(43)2020

KWARTALNIK
NAUKOWY
TOWARZYSTWA
UNIWERSYTECKIEGO
FIDES ET RATIO



ŻYCIE i PŁODNOŚĆ

UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE

Numer Kwartalnika pod red. Ewy Ślizień-Kuczapskiej
oraz Marii Ryś i Urszuli Tataj-Puzyny

3 (43) 2020

Zespół Redakcyjny: dr hab. Maria Ryś, prof. UKSW (redaktor naczelny); dr Irena Grochowska (zastępca redaktora naczelnego), dr Urszula Tataj-Puzyna (zastępca redaktora naczelnego), dr Paweł Kwas (sekretarz)

Redaktorzy tematyczni:

nauk medycznych i nauk o zdrowiu

dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM

dr hab. n. med. Katarzyna Kucharska, prof. UKSW

dr hab. n. med. Urszula Ołdakowska-Jedynak

nauk społecznych

dr hab. Zbigniew Gaś, prof. WSEI

dr hab. Maria Ryś, prof. UKSW

nauk humanistycznych i sztuki

ks. dr hab. Andrzej Kobyliński, prof. UKSW

dr hab. Małgorzata Wrześniak, prof. UKSW

nauk teologicznych

ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki

ks. prof. dr hab. Adam Skreczko

Rada Naukowa: ks. prof. dr hab. Tadeusz Biesaga (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie), dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM (Wydział Nauk Medycznych UWM), prof. Nana Iashvili (Akademia Sztuk Pięknych Tbilisi, Gruzja), prof. dr. med. n. med. Jan Oleszczuk (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski, prof. UKSW, dr hab. Paolo Puma (Uniwersytet Florencki, Włochy), dr Oxana Remeniaka (Akademia Mohylańska w Kijowie, Ukraina), dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta, prof. UKSW, ks. prof. dr hab. Adam Skreczko (UKSW), dr Mária Slivková (OZ Felix Familia, Słowacja)

Recenzenci: Ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki (Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie); dr Grażyna Bączek (Warszawski Uniwersytet Medyczny); dr hab. Agnieszka Bender, prof. UKSW; ks. Jan Bielecki, prof. UKSW; prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski (Warszawski Uniwersytet Medyczny); dr Agata Czarnecka (UMK); dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM (Wydział Nauk Medycznych UWM); prof. n. med. René Ecochard (Professor of Medicine and Public Health, Université Claude Bernard Lyon, Francja); prof. dr hab. n. med. Marian Gabryś (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu); prof. dr hab. n. med. Janusz Gadzinowski (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu); dr Agnieszka Hennel-Brzozowska (Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków); prof. dr hab. Olgierd Hryniewicz (PAN); dr Maria Jankowska (APS); mgr Aleksandra Kimball (Warner Brothers Studios, USA); dr Jolanta Kraśniewska (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie); ks. dr hab. Andrzej Kobyliński, prof. UKSW; dr Grażyna Koszałka (Hamburg, Polish Pastoral Council of Western Europe); dr hab. Teresa Krasowska, prof. AM; ks. prof. dr hab. Henryk Krzyszczo (em. Uniwersytet Śląski); ks. dr hab. Paweł Mazanka, prof. UKSW; prof. dr hab. Alina T. Midro (Uniwersytet Medyczny, Białystok); dr Elżbieta Napora (AJD); prof. dr hab. Katarzyna Olbrycht (Uniwersytet Śląski); dr Marta Osuchowska (UKSW); dr hab. n. med. Tadeusz Pietras, prof. UŁ; ks. prof. dr hab. Jan Przybyłowski (UKSW); dr n. med. Wojciech Puzyna (Szpital Specjalistyczny św.

Zofii w Warszawie); dr hab. n. med. Michał Rabijewski (Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie); ks. prof. dr hab. Adam Skreczko (UKSW); o. dr hab. Borys Soiński, prof. UAM; dr hab. Witold Starnawski, prof. UKSW; dr Małgorzata Starzomska (UKSW); dr Dorota Sys (Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie); ks. dr Władysław Szewczyk; dr Elżbieta Tracewicz (Life Adjustment Center, USA); dr Urszula Tataj-Puzyna (Warszawski Uniwersytet Medyczny); dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta, prof. UKSW; dr Paulina Wesolowska (Medical University of Vienna); dr hab. Krzysztof Wojcieszek, prof. WSKiP; mgr Aleksandra Woś-Mysliwiec (President of Policy Committee, USA); dr hab. Małgorzata Wrześniak, prof. UKSW; ks. dr hab. Dominik Zamiatała, prof. UKSW.

Redaktorzy językowi: mgr Zofia Kończewska-Murdzek; mgr Krzysztof Kraśniewski;
mgr Małgorzata Walaszczyk

Koordynator ds. Rozwoju Kwartalnika: dr Dorota Sys

Redaktor statystyczny: mgr Karol Kwas

Spis treści:

Część I.

<i>Agnieszka Katarzyńska</i> , Charakterystyka współczesnego nupturienta	8
<i>Karolina Wróbel</i> , Life in early adulthood and threats to the individual	24
<i>Marta Komorowska-Pudło</i> , Psychospołeczne uwarunkowania postaw młodych dorosłych wobec rodzicielstwa	33
<i>Zofia Frączek</i> , Ochrona rodziny i wartości życia rodzinnego w perspektywie wybranych polskich regulacji prawnych, w dokumentach międzynarodowych oraz aktualnych propozycjach rządowych	51
<i>Agnieszka Marianowicz-Szczygieł</i> , Rodzina w procesie przemian społecznych. Multiseksualność a ryzyko implozji demograficznej	69
<i>ks. Wojciech Kućko</i> , Poszukiwanie wskazań dla profesji asystenta rodziny w świetle adhortacji <i>Amoris laetitia</i> papieża Franciszka	88
<i>Marta Komorowska-Pudło, Iwona Rawicka</i> , Sposoby planowania rodzicielstwa a jakość małżeństwa młodych dorosłych	102
<i>Dawid Wiech</i> , Prawo dziecka do integralnego rozwoju własnej tożsamości w kontekście współczesnych zagrożeń społeczno-duchowych	128
<i>Monika Barbara Pytka, Sylwia Gołda, Katarzyna Kanadys</i> , Kształtowanie zdrowia dziecka na przykładzie spożycia probiotyków wśród dzieci w wieku 1 – 6 lat	138
<i>Justyna Stępkowska, Emilia Żurada</i> , Okresowa abstynencja seksualna mężczyzn żyjących w stałych związkach – wybrane aspekty	152
<i>Iwona Kiersnowska, Daria Walewska, Grażyna Bączek, Piotr Węgrzyn</i> , Zachowania zdrowotne pierworódek po 35 roku życia	165
<i>Alina Trojanowska, Paulina Trojanowska, Katarzyna Piasecka, Agnieszka Sobolewska-Samorek, Danuta Zarzycka</i> , Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych	177
<i>Aldona Małycka</i> , „Twórcze życie” w narracjach seniorów	195

Część II.

<i>Justyna Stępkowska, Jagoda Przygodzka</i> , Metody rozpoznawania płodności jako narzędzie profilaktyki zdrowotnej wspierającej proces diagnostyczny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w opinii kobiet w wieku rozrodczym	211
<i>Joanna Smyczyńska</i> , Okres prekoncepcyjny i ciąża jako czas troski o zdrowie prokreacyjne potomstwa – znaczenie mechanizmów epigenetycznych	223

<i>Anna Studniczek, Karolina Kossakowska, Kinga Bobrowska, Obawy dotyczące psychologicznych i fizjologicznych aspektów ciąży, porodu i położu u kobiet nieposiadających dzieci</i>	238
<i>Katarzyna Mariańczyk, Aneta Libera, Paulina Rosińska, Psychologiczne i społeczne czynniki ryzyka porodu przedwczesnego</i>	260
<i>Anna Studniczek, Karolina Kossakowska, Ciąża i poród w czasach pandemii COVID-19. Wybrane aspekty psychologiczne</i>	274
<i>Ewa Ślizień-Kuczapska, Joanna Smyczyńska, Michał Rabijewski, Wybrane zagadnienia zaburzeń kształtowania się zdrowia prokreacyjnego u dziewcząt. Czy warto włączyć obserwację cyklu do praktyki lekarskiej? Część I. Naturalny przebieg procesu dojrzewania u dziewcząt - granice fizjologii i patologii</i>	285
<i>Ewa Ślizień-Kuczapska, Joanna Smyczyńska, Michał Rabijewski, Wybrane zagadnienia zaburzeń kształtowania się zdrowia prokreacyjnego u dziewcząt. Czy warto włączyć obserwację cyklu do praktyki lekarskiej? Część II. Wykorzystanie potencjału obserwacji cyklu miesięczkowego od menarche do okresu przedkoncepcyjnego w codziennej praktyce ginekologa i endokrynologa.....</i>	303
<i>Ewelina Kamasz, Natalia Pilarska, Agata Włodarczyk, Znaczenie traumatycznych narracji porodowych oraz oceny opieki ginekologicznej jako czynnika rozwoju tokofobii w oczach młodych kobiet</i>	320
<i>Dorota Kornas-Biela, Ocena opieki perinatalnej jako przedmiot badań kobiet po poronieniu</i>	334
<i>Radostaw Bernard Maksym, Hanna Ruta, Ośrodek kompleksowego leczenia endometriozy jako odpowiedź na problemy zdrowotne szczególnej grupy pacjentek</i>	353
<i>Radostaw Bernard Maksym, Beata Mariańczyk, Wpływ karmienia piersią na rozwój endometriozy</i>	364
<i>Milena Skibińska, Radostaw Bernard Maksym, Podłoże autoimmunologiczne rozwoju endometriozy</i>	373
<i>Katarzyna Piasecka, Anna Irzmańska-Hudziak, Problem kontynuacji recept na preparaty antykoncepcji hormonalnej przez pielęgniarki i położne</i>	379
<i>Grażyna Domanowska, Stres i wzrost pourazowy w kontekście obrazu ciała i płodności u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego</i>	389

<i>Katarzyna Jankowska, Michał Rabijewski, Natalia Suszczewicz, Infekcje urogenitalne u mężczyzn jako przyczyna niepłodności</i>	407
<i>Olimpia Janz, Joanna Smyczyńska, Zakażenia pasożytnicze a płodność</i>	419
<i>Karolina Kołaczyk, Psychotherapy as a supportive factor in infertility treatment</i>	430
<i>Zoreslava Horodenchuk, Oksana Furman, Halyna Datsko, Restorative reproductive medicine for infertility and recurrent miscarriage in the outpatient ob/gyn practice in Ukraine</i>	442
Zasady publikacji	462
Zasady recenzowania	463

Część I.

Dr Agnieszka Katarzyńska, <https://orcid.org/0000-0001-7532-4745>

Katedra Teologii Pastoralnej

Wydział Teologiczny

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II

w Krakowie

Charakterystyka współczesnego nupturienta

Characteristics of the contemporary candidate for marriage

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.336>

Abstrakt: Artykuł stanowi próbę opisanego współczesnego nupturienta, jego stanu wiedzy w zakresie związanym z małżeństwem, jego poglądów w dziedzinie religijności, moralności i seksualności, a także motywów zawierania związku małżeńskiego. W opracowaniu wykorzystane zostały wyniki przeprowadzonych kilka lat temu badań obejmujących szeroką grupę respondentów oraz obserwacje i wywiady z narzeczonymi przychodzącymi do poradni życia rodzinnego przy parafii św. Mikołaja w Bochni prowadzone od roku 2016 do chwili obecnej przez autorkę opracowania. Artykuł pokazuje, że współcześni nupturienty różnią się od tych sprzed kilkadziesiąt czy nawet kilkunastu lat nie tylko pod względem profilu socjologicznego (wieku, poziomu wykształcenia i poziomu życia), ale także prezentują odmienne, bardziej zlaicyzowane poglądy, w ich życiu religijnym oraz wiedzy teologicznej można zaobserwować liczne braki, a motywem zawierania związku małżeńskiego coraz częściej okazuje się być posiadane już wspólne potomstwo (dla prawie 10% badanych) czy presja otoczenia, nie zaś wzajemna miłość i pragnienie umocnienia jej przez łaskę sakramentalną. Opracowanie ma na celu wskazać, że prowadzone przygotowanie do małżeństwa dla współczesnego nupturienta może być abstrakcyjne i niezrozumiałe, gdyż oderwane jest od jego rzeczywistości egzystencjalnej i nie jest dostosowane do jego stanu wiedzy.

Słowa kluczowe: Małżeństwo, narzeczeni, nupturienty, przygotowanie do małżeństwa

Abstract: The article is an attempt to describe the contemporary candidates for marriage, their level of knowledge about matrimony, their views in the field of religiosity, morality and sexuality and the motives behind the decision to become man and wife. The study relies on the results of research on a wide group of respondents done several years ago. The author also used observations and interviews with individuals who are about to contract marriage carried out since 2016 at the Family-Life Counselling Centre of the St. Nicholas' Parish in Bochnia. It transpires that people coming for counsel have changed in their sociological profile (age, level of education and standard of living) and are increasingly representing more secularised views. The prospective spouses' theological knowledge has numerous deficiencies, they frequently feel compelled to contract marriage because of the common child (for almost 10% of respondents) or pressure from the family. At present individuals about to be married view the counselling for matrimony as something incomprehensible, detached from their existential situation while not corresponding with their awareness of the problem.

Keywords: prospective spouses, marriage, marriage counselling

Wprowadzenie

Biorąc pod uwagę kondycję polskich małżeństw, a także statystyki dotyczące rozwodów (Piórkowski, 2014, s. 321-323), należy zastanowić się nad prowadzonym w Kościele przygotowaniem do małżeństwa, jego jakością i adekwatnością. Aby właściwie dostosować przekaz do odbiorcy, a tym samym skutecznie i ciekawie przeprowadzić jego przygotowanie do małżeństwa, prowadzący to przygotowanie muszą go poznać. Oczywiście, niemożliwe jest zazwyczaj indywidualne poznanie każdej pary przychodzącej do poradni rodzinnej czy na kurs przedmałżeński, jednak pomocna może okazać się wiedza o tym, czym ogólnie charakteryzuje się przeciętny narzeczony i jak bardzo ta charakterystyka różni się od tej, którą można było obserwować jeszcze kilkanaście lat temu.

Należy zatem poszukać odpowiedzi na pytanie, kim jest współczesny nupturient, jak przebiegało jego przygotowanie dalsze i bliższe do małżeństwa, jakie są jego poglądy w kwestiach istotnych z punktu widzenia przygotowania do małżeństwa oraz jak wygląda jego życie religijne i jaki jest jego stosunek do religii. W tych zagadnieniach mieści się także temat motywów zawarcia sakramentalnego związku małżeńskiego.

W tworzeniu profilu socjologicznego współczesnego nupturienta, poza literaturą przedmiotu, wykorzystane zostały dane statystyczne będące wynikiem badań przeprowadzonych w 2014 r. w jednej z warszawskich parafii (109 nupturientów) (Struzik, 2014, s. 11) oraz badań z 2012 r. prowadzonych na terenie trzynastu diecezji wśród 466 par narzeczonych (łącznie 932 kwestionariusze) (Goleń, 2013, s. 151). Analiza porównawcza wyników wspomnianych badań w odniesieniu do pytań powtarzających się w obu niezależnie od siebie tworzonych kwestionariuszach pokazała, że wyniki zarówno w szerokiej próbie niemal tysiąca osób oraz w węższej próbie ok. stu badanych są do siebie bardzo zbliżone, w niektórych przypadkach wręcz identyczne, stąd można stwierdzić, że odpowiedzi udzielone przez ankietowanych i sporządzone za ich pomocą analizy są wiernym odzwierciedleniem rzeczywistości.

Poza wspomnianymi danymi w tworzeniu profilu współczesnego nupturienta wykorzystane zostały także informacje uzyskane przez autorkę opracowania w ramach badań prowadzonych metodą wywiadu kwestionariuszowego. Choć dane te mają charakter jakościowy, a celem badania jest opisanie recepcji przez narzeczonych spotkań w poradni rodzinnej, to jednak analiza części wypowiedzi odnoszących się wprost do sytuacji narzeczonych, ze względu na regularne powtarzanie niektórych treści przez znaczną grupę badanych, pozwala na wyciągnięcie pewnych wniosków dotyczących nupturientów w ogólności. Wreszcie ostatnim źródłem wykorzystanym w opracowaniu jest obserwacja narzeczonych prowadzona w czasie spotkań w Poradni Rodzinnej przy parafii św. Mikołaja w Bochni. Poradnia ta przyjmuje około stu par narzeczonych rocznie, a niektóre dane (jak

np. liczba par mających lub spodziewających się wspólnego dziecka) pokrywają się z danymi z wyżej wspomnianych badań.

1. Ogólne informacje socjologiczne na temat nupturientów

Istotną w tworzeniu profilu socjologicznego cechą jest wiek. W Polsce statystycznie średni wiek mężczyzn zawierających małżeństwo wynosi 29 lat, natomiast mediana wieku dla kobiet to 27 lat. Choć wiek ten wydaje się być dość wysoki – jest jednym z najniższych w Europie (Stańczyk, 2016, s. 2). W ciągu ostatnich niespełna trzydziestu lat można zaobserwować znaczną tendencję wzrostową, jeśli chodzi o wiek zawierania małżeństwa. W 1990 roku prawie połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie przekroczyła 25 lat, a w 2013 roku – już tylko niespełna 17%. Wśród kobiet z kolei udział ten zmniejszył się z 73% do 34%. Zmiana ta skutkuje przesunięciem grupy wieku najczęstszego zawierania małżeństwa z 20-24 na 25-29 lat, przy czym najwięcej kobiet wychodzi za mąż w wieku 27 lat (tamże). Niewielki jest natomiast odsetek narzeczonych powyżej 37 r. ż. – ok. 2-3% wszystkich par przychodzących do poradni (Struzik, 2014, s. 12).

Wyraźny wzrost widać również w poziomie wykształcenia. O ile w 1990 roku jedynie 4% panien młodych legitymowało się wykształceniem wyższym, o tyle w 2000 roku odsetek ten wynosił już 15%, a w 2013 roku aż 47%. Wśród badanych mężczyzn dominowało wykształcenie średnie (40%), a studia wyższe ukończyło ponad 33% mężczyzn przygotowujących się do małżeństwa (wobec 5% na początku lat 90-tych oraz 13% w 2000 r.). Przytoczone dane trzeba zinterpretować w ogólniejszym kontekście kształcenia się młodych. Otóż wzrost wykształconych narzeczonych, jak się zdaje, związany jest z większym dostępem do szkół i możliwościami edukacyjnymi. Równocześnie, wcześniej, gdy małżeństwa zawierane były przez osoby młodsze, będące jeszcze w czasie studiów a nawet przed decyzją o ich podjęciu, do poradni zgłaszały się osoby z niższym poziomem wykształcenia. Bez względu na możliwe interpretacje, nie zmienia to jednak faktu, że obecnie doradca w poradni rodzinnej dużo częściej ma do czynienia z osobami wyżej wykształconymi.

W tym miejscu warto także wskazać, ile trwa okres narzeczeństwa u współczesnych nupturientów. W *Instrukcji* Episkopatu Polski z 1989 roku wyraźnie wskazano, że „Episkopat Polski usilnie zaleca, by zaręczyny odbywały się przynajmniej na sześć miesięcy przed ślubem” (KEP, 1989, 32). *Słownik małżeństwa i rodziny* wskazuje również, że „cel narzeczeństwa jest podwójny: głębsze poznanie siebie i podjęcie ostatecznej decyzji zawarcia małżeństwa; przygotowanie bezpośrednie do przyjęcia sakramentu małżeństwa i wspólnego życia” (Szewczyk, 1999, s. 291-292). Badani najczęściej trwali w narzeczeństwie od roku do dwóch lat (34%). 12% z nich wskazało na przedział 2-3 lata, a kolejne 10% - trzy lata i więcej (Struzik, 2014, s. 11). Z danych tych wynika, że 56% nupturientów przedłuża swoje

narzeczeństwo, które według zwyczaju trwać powinno ok. jednego roku. Należy także pamiętać, że w momencie badania okres narzeczeństwa nie został jeszcze zamknięty, a mimo że ok. 75% badanych wskazało, iż do ślubu pozostało im 1-3 miesięcy, to zdarzały się również pary, które ślub planują za rok lub później (ok. 10%) (Goleń, 2013, s. 148). Taki stan rzeczy pozwala przypuszczać, że współcześnie narzeczeństwo zmienia swój pierwotny charakter i wydaje się powoli przekształcać w związek nieformalny mający poprzedzać zawarcie ślubu.

Od okresu narzeczeństwa należy odróżnić czas znajomości przed podjęciem decyzji o zawarciu małżeństwa. Dłuższy czas znajomości narzeczonych świadczy o ich wzajemnym poznawaniu się i o przekonaniu o wartościach wyznawanych przez przyszłego męża czy żonę, jego charakterze i zdolnościach. Ankietowani najczęściej wskazywali na okres czterech lat lub dłuższy (63%). Jedynie 6% z badanych narzeczonych deklarowało, że ich znajomość trwa 1-2 lata, a 8% zna się od 2 do 3 lat. Z jednej strony wydaje się, że długość znajomości powinna rzutować na jakość przyszłego związku małżeńskiego, zwłaszcza że narzeczeni tłumaczą to chęcią lepszego poznania się i upewnienia się co do stałości uczuć swoich i kandydata na współmałżonka. Z drugiej strony jednak należy pamiętać, co powyżej zostało opisane, że jedynie 31% z badanych zdecydowało się na ślub w ramach pierwszego roku od ostatecznego podjęcia decyzji o małżeństwie. Należy zatem postawić pytanie o możliwe powody odkładania decyzji o małżeństwie oraz o odkładanie samego terminu ślubu mimo już podjętej decyzji o małżeństwie i rozpoczęcia czasu narzeczeństwa. Pierwszym z powodów może być wspomniane już dające się zaobserwować powolne przekształcanie się narzeczeństwa w związek nieformalny poprzedzający małżeństwo zdeklarowane. Powód taki wydaje się być bardzo prawdopodobny w świetle tego, co poniżej zostanie powiedziane w zakresie wspólnego zamieszkiwania par przed ślubem. Innym powodem może być wskazywane często w wywiadach „oczekiwanie na lepszy czas” tłumaczone pracą za granicą, zbieraniem pieniędzy na urządzenie przyjęcia weselnego, szukaniem własnego mieszkania, „brakiem czasu na formalności związane ze ślubem”, poszukiwaniem lepszej pracy, chęć ukończenia studiów przed ślubem czy też – choć rzadziej – brakiem wsparcia ze strony rodzin generacyjnych. Statystyka pokazuje, że tylko 55% badanych ma mieszkanie dla stwarzanej przez siebie rodziny (przy czym nie oznacza to, że jest to mieszkanie własne lub samodzielne), a stałą pracę ma 57% badanych mężczyzn i 76% badanych kobiet (Struzik, 2014, s. 125-126). Oczekiwanie na poprawę sytuacji ekonomicznej może być zatem powodem odkładania decyzji o ślubie, jednak z rozmów z narzeczonymi jasno wynika, że sytuacja materialna pary nie stanowi przeszkody w założeniu rodziny, a konieczność jej poprawy przed zawarciem małżeństwa wynika raczej z pewnego „marzenia o założeniu idealnego nowoczesnego domu”, jak wprost wypowiadają się narzeczeni w wywiadach.

W tym miejscu należy również nadmienić, że dla niektórych par powodem znacznego odsuwania terminu ślubu – nawet o 2 lub 3 lata – staje się konieczność

oczekiwania na wolny termin w wymarzonym przez siebie lokalu w konkretnym miesiącu letnim czy też na wybraną orkiestrę, bez której młodzi „nie wyobrażają sobie własnego wesela”. Jak widać, również takie – zdawać by się mogło przyziemne – kwestie mogą decydować o odsunięciu terminu zawarcia małżeństwa. Stan taki wynika z jednej strony z konsumpcyjnego podejścia do życia, w którym nawet tak ważną decyzję, jaką jest małżeństwo należy podporządkować do wymogów tzw. rynku ślubnego, a z drugiej strony – z wymagań samych narzeczonych, które zresztą intensyfikowane są coraz bardziej przez organizatorów przeróżnych targów ślubnych, na których prezentowane są przeróżne gadżety, bez których w opinii narzeczonych ślub i wesele nie będą atrakcyjne i wyjątkowe. Ma to odzwierciedlenie w wypowiedziach narzeczonych, którzy tłumaczą, że swoje wesele zaczęli planować niejednokrotnie dwa lata wcześniej i „nie wyobrażają sobie, jak można dobrze wszystko przygotować w krótszym czasie”. Opinie takie nie są odosobnione. Przy czym należy zauważyć, że mowa jest o przygotowaniu wesela oraz ceremonii ślubnej, nie zaś o przygotowaniu do małżeństwa jako takiego, które przecież trwać będzie przez całe życie.

Innym powodem odkładania decyzji o małżeństwie może być nieplanowana ciąża. Choć wydawać by się mogło, że spodziewanie się wspólnego dziecka przyspiesza termin ślubu, to jednak na ok. 120 par uczestniczących w spotkaniach w poradni w Bochni w 2015 roku około 25 spodziewało się dziecka, a kolejne 34 pary posiadało już wspólne potomstwo. W roku 2016 sytuacja wyglądała podobnie. Na ok. 80 par 16 spodziewało się dziecka, kolejnych 28 par tłumaczyło swój brak dyspozycyjności opieką nad dziećmi lub też uczestniczyło w spotkaniu wraz z dzieckiem¹. Do danych tych należy dodać jeszcze te pary, u których nie udało się tego stwierdzić, a być może również powinny zostać zaliczone do którejś z powyższych grup. Raport GUS (Stańczak, Stelmah, Urbanowicz, 2016, s. 7) pokazuje, że mimo okresowego wzrostu liczby zawieranych związków małżeńskich (w latach 1997- 2000 oraz 2005-2008) i mimo iż ogólnie zmniejsza się liczba urodzeń, od kilkunastu lat systematycznie rośnie udział urodzeń pozamałżeńskich. Z początkiem lat 90. ub. w. ze związków pozamałżeńskich pochodziło ok. 6-7% urodzonych dzieci, w 2000 r. - ok. 12% dzieci, zaś w roku 2013 - ponad 23% (tamże). Chociaż na tle innych krajów europejskich procent ten nie wydaje się być zbyt wysoki (w wielu krajach przekracza on 50% a w Islandii nawet 60%; ale: w Grecji tylko 7% dzieci rodzi się poza małżeństwem), to jednak sytuacja ta jest powodem do niepokoju, gdyż wskazuje na znaczną liczbę nieformalnych związków kohabitacyjnych, z których zapewne tylko część ma charakter czasowy.

Niepokojąca w tym kontekście wydaje się być statystyka pokazująca, że około połowa badanych par narzeczonych przyznaje się do wspólnego zamieszkiwania ze sobą, najczęściej podając za powód względy ekonomiczne i wynajmowanie mieszkania (22%) ale

¹ Dane na podstawie notatek własnych autorki sporządzanych w czasie obserwacji podczas spotkań grupowych i indywidualnych oraz wypowiedzi narzeczonych zawartych w wywiadach.

też chęć bycia razem (11%) lub miłość (7%). O „sprawdzeniu się” mówi tylko 2% badanych (Struzik, 2014, 17)². Co więcej, 34% badanych wskazuje, że mieszka ze sobą już ponad rok, co również potwierdza, że słuszna wydaje się być teza o poprzedzaniu małżeństwa zdeklarowanego związkiem nieformalnym polegającym na kohabitacji (Pulikowski, 2012, s. 82-95).

W odpowiedzi na pytanie o ogólny powód decyzji o małżeństwie narzeczeni najczęściej wskazują na wzajemną miłość (91%) (Struzik 2014, s. 19)³, ale też głęboką sympatię (34%), sugestie rodziny (3%) oraz rozwiązanie problemu mieszkaniowego (2%) i zaawansowany wiek (również 2%) (Struzik 2014, s. 18-19). Jeśli zaś chodzi o szczegółowe badanie społeczno-kulturowych motywów zawarcia małżeństwa, to jako decydujące lub co najmniej ważne narzeczeni wskazywali następujące motywy: pragnienie stabilizacji życiowej (85%) przekonanie, że małżeństwa sakramentalne są trwałe (66%), tradycja nakazuje ślub kościelny (51%), taki jest zwyczaj (47%), spełnienie życzeń swojej rodziny (19%) czy oczekiwanie wsparcia od rodziny partnera (23%). Rzadziej wskazywane były motywy takie jak rozwiązanie problemów materialnych (14,6%) czy opinia środowiska (10,5%) (Goleń, 2013, 271-273; 298-299). Dla 9% badanych decydującym lub co najmniej ważnym powodem przy podejmowaniu decyzji o małżeństwie była ciąża z partnerem, przy czym – gdy pytanie dotyczyło motywu wyboru partnera, ciąża z partnerem lub narodzone już wspólne dziecko stanowiło motyw co najmniej ważny dla prawie 40% badanych (w tym dla 11,5% był to motyw decydujący) (tamże, s. 275-276).

Co prawda, jak naucza Papieska Rada ds. Rodziny, „Instytucja małżeństwa przeżywa mniejszy kryzys tam, gdzie tradycyjne rodziny są silniejsze” (Papieska Rada ds. Rodziny, 2002, 8), a przekonanie o trwałości związków sakramentalnych i uwarunkowanie ich zawierania pewnym zwyczajem czy tradycją mogą być istotnymi motywami podejmowania decyzji o małżeństwie, to jednak wiele ze wskazanych przez narzeczonych motywów, do których przywiązują oni dużą wagę, stawia pod znakiem zapytania ważność zawieranego przez nich małżeństwa. Niektóre z nich bowiem mogą świadczyć o pewnej niedojrzałości (jak np. wydatki już poniesione w związku ze ślubem, opinia środowiska czy rozwiązanie problemów czy nawet ciąża z partnerem) lub o nie do końca wolnej decyzji (spełnienie życzeń rodziny, rozwiązanie problemów materialnych czy oczekiwanie wsparcia od rodziny partnera). Być może warto w kontekście powyższych danych zastanowić się nad wydłużeniem okresu przygotowania do małżeństwa w taki sposób, by narzeczeni po gruntownym poznaniu celów i wartości małżeństwa mogli dojrzałe, świadomie oraz

² W badaniach szerszej grupy respondentów (ok. 500 osób) procent par zamieszkujących ze sobą przed ślubem lub mających zamiar tak żyć wyniósł 32%, jednak kolejne 14% wyraziło pozytywny stosunek do takiej formy związku, a 25% stosunek neutralny, co również obrazuje, jak wysokie jest przyzwolenie społeczne dla tego zjawiska w relacji kobiety i mężczyzny. Zob. więcej: Zakrzewski (2015, s. 305 i nn).

³ Ciekawy jest fakt, że wzajemną miłość częściej wskazują mężczyźni (94% z nich) niż kobiety (88% badanych kobiet); (por. Struzik, 2014, s.19).

w pełnej wolności podjąć decyzję o wspólnym życiu w małżeństwie sakramentalnym (Laskowski, 2014, s. 352-353). Warto również wykorzystać fakt, że tradycja i zwyczaj stanowią dla narzeczonych pewne istotne wartości i w czasie przygotowania do małżeństwa odwoływać się do tradycyjnych przykładów życia małżeńskiego i rodzinnego.

2. Przebieg przygotowania dalszego i bliższego do małżeństwa

W świetle tego, co już wiadomo o przygotowaniu dalszym i bliższym do małżeństwa, znaczącą rolę w tym procesie powinna odgrywać rodzina generacyjna, a w dalszej perspektywie instytucje państwowe (przede wszystkim szkoła) oraz duszpasterska działalność Kościoła. Dotyczy to zarówno przekazywania właściwego obrazu małżeństwa i rodziny oraz związanych z nimi wartościami, ale także zagadnień dotyczących ludzkiej seksualności. Niestety, jedynie połowa z badanych twierdzi, że rodzice przekazali im podstawową wiedzę na tematy seksualne, a u tych, u których miało to miejsce, zazwyczaj obowiązkiem ten wypełniała matka. Ojciec przekazał podstawową wiedzę na tematy seksualne jedynie w przypadku 10% badanych kobiet i 20% badanych mężczyzn, matka natomiast u 57% badanych kobiet i 35% badanych mężczyzn (Struzik, 2014, s. 19-21).

Co do realizacji obowiązku wychowania seksualnego przez szkołę, również jedynie 45% narzeczonych uznało, że szkoła przekazuje wiedzę o wartości życia seksualnego w sposób co najmniej wystarczający (7% wskazało, że wiedza ta przekazana została w sposób szeroki i wystarczający, a 38% uznało, że w stopniu raczej wystarczającym) (tamże, s. 23). Wiedzę tę u badanych najczęściej poszerzali rówieśnicy (u 59% badanych) (tamże, s. 25). Powyższe dane wydają się być niepokojące, gdyż świadczą one o tym, że ani rodzina, ani szkoła nie spełniają w wystarczającym stopniu swojej roli w zakresie wychowania seksualnego. Oczywistym jest, że zaniedbania na tej płaszczyźnie w naturalny sposób zostają nadrobione przez rówieśników szkolnych, którzy przekazują sobie nawzajem treści związane z życiem seksualnym, często jednak w sposób niezadowalający z wychowawczego punktu widzenia. Wystarczy wskazać choćby na fakt, że spośród badanych nupturientów jedynie 8% (głównie kobiety) słyszało o Ruchu Czystych Serc i raczej trudno zakładać, że wiedza ta przekazywana były poprzez grono rówieśnicze. Dane te korespondują z informacją o wieku, a jakim badani dowiedzieli się o współżyciu seksualnym. Większość z nich (47% mężczyzn i 33% kobiet) usłyszała o nim w wieku pomiędzy 11 a 14 rokiem życia i 15 a 17 rokiem życia (17% kobiet i 22% mężczyzn) (tamże, s. 21). Jest to wiek, w którym zdecydowanie wzrasta wpływ grupy rówieśniczej na młodego człowieka, stąd też ubytki w przekazywaniu ważnych informacji przez rodzinę czy szkołę szybko mogą zostać uzupełnione mniej wartościowymi treściami propagowanymi przez rówieśników i przekazywanymi przez media (Grzybowski, 2006, s. 113).

Co więcej, należałoby postawić pytanie, w jaki sposób i w jakim kontekście w gronie rówieśniczym dochodzi do przekazywania sobie wiedzy na tematy seksualne (McDowell, 2000, s. 207-210). Jeśli bowiem zestawimy ze sobą dane dotyczące wieku, w którym badani dowiedzieli się o współżyciu seksualnym, z danymi mówiącymi o ich pierwszym kontakcie z pornografią (wykres poniżej), można postawić hipotezę, że wiedza o zagadnieniach związanych z seksualnością w gronie rówieśniczym przekazywana jest w taki sposób, że odbudowanie właściwego obrazu seksualności człowieka i ukazanie jej wartości podczas intencjonalnego już przygotowania bliższego (np. w czasie kursu przedmałżeńskiego czy katechezy w szkole średniej) i bezpośredniego może się okazać bardzo trudne, jeśli nie całkowicie niemożliwe.

Potwierdzeniem powyższej tezy jest wskazany przez nupturientów wiek ich inicjacji seksualnej. Należy pamiętać, że wszyscy badani byli w trakcie przygotowania bezpośredniego do małżeństwa, a zatem jeszcze przed jego zawarciem, stąd o właściwym rozumieniu znaczenia ludzkiej cielesności i małżeństwa jako jedyne miejsce dla aktu seksualnego będącego wyrazem wzajemnej miłości należałoby mówić wówczas, gdyby narzeczeni, przynajmniej w większości, wskazali na odpowiedź, że ich inicjacja seksualna nie miała jeszcze miejsca (Perico, 1996, s. 55-56). Rzeczywistość jest jednak inna. Jedynie 5% badanych kobiet i 2% badanych mężczyzn (łącznie 4% nupturientów) wskazało, że dotąd trwają w czystości (tamże, s. 26). Taki rozkład odpowiedzi, że nawet w tej niewielkiej grupie kobiet zachowujących dziewictwo aż do ślubu co najwyżej niespełna połowa mogła liczyć na to samo ze strony swojego partnera. Warto jednak zauważyć, że blisko 25% badanych odmówiła odpowiedzi na pytanie o odbycie inicjacji seksualnej. Należy przypuszczać, że odpowiedzi odmówiły raczej osoby, które miały już pierwszy kontakt seksualny, nie zaś ci, którzy trwają w czystości. Taka postawa mogłaby jednak świadczyć o pewnych obiekcjach wobec przyznania się do złamania czystości przedmałżeńskiej w kontekście przygotowania do małżeństwa, co z kolei pozwala sądzić, że osoby te zdają sobie sprawę, że współżycie przed ślubem jest czymś niewłaściwym.

W tym kontekście warto jeszcze wspomnieć, że tylko 22% badanych kobiet i 24% badanych mężczyzn uważa, że sakrament małżeństwa wymaga przygotowania się poprzez czystość przedmałżeńską (tamże, s. 36). Mimo to, tylko niespełna jedna czwarta z nich realizuje ją w swoim życiu.

Opisując przebieg przygotowania nupturientów do małżeństwa należy postawić również pytanie o antropologiczne i psychologiczne motywy decyzji o zawarciu związku małżeńskiego. Jeśli chodzi o motywy antropologiczne, to w ogólności wysoko cenione są one przez ponad połowę narzeczonych, ale nie jest to wynik zadowalający. Wśród motywów antropologicznych wyróżnionych przez J. Golenia narzeczeni jako decydujące wskazywali: pragnienie posiadania potomstwa w małżeństwie – ok. 44%, pragnienie spełnienia się jako mąż lub żona – 43%, poczucie odpowiedzialności za wspólne życie – 38%, pragnienie

spełnienia się jako matka lub ojciec – 37%, pragnienie spełnienia się jako kobieta/mężczyzna – 37%, pragnienie budowania więzi poprzez współżycie małżeńskie – 31%, potrzebę zaspokojenia swoich potrzeb seksualnych – 13% (Goleń, 2013, 154-155).

Powyższe dane pokazują, że narzeczeni nie do końca mają świadomość, jakie są antropologiczne podstawy małżeństwa. Szczególnie zaś niedoceniana wydaje się tu być więziotwórcza funkcja współżycia małżeńskiego. Konieczna jest zatem troska o to, aby kolejne etapy przygotowania do małżeństwa kształtowały motywację narzeczonych w tym względzie poprzez przybliżanie antropologicznych podstaw małżeństwa: nauczania Kościoła nt. ludzkiej płciowości, teologii ciała oraz miłości małżeńskiej i rodzicielskiej.

Co do psychologicznych motywów decyzji o zawarciu małżeństwa, to najczęściej za decydujące narzeczeni wskazywali następujące motywy: wspólne pragnienie zawarcia małżeństwa przez narzeczonych – 60%, poczucie własnej gotowości do zawarcia małżeństwa – 49%, chęć opiekowania się współmałżonkiem – 46%, oczekiwanie szczęścia – 43%, dostrzeganie sensu swojego życia w małżeństwie sakramentalnym – 32% (tamże, s. 177-178).

Wskazane powyżej motywy świadczą pozytywnie o dyspozycjach psychicznych narzeczonych do małżeństwa. Niepokoi jednak fakt, że tylko niespełna jedna trzecia spośród narzeczonych docenia małżeństwo jako podejmowane powołania nadające sens życiu, a dla znacznej grupy badanych decydującym motywem psychologicznym jest fakt, że narzeczeni długo się znają (35%), pragnienie poczucia bezpieczeństwa (dla 40% badanych) czy też pragnienie opieki ze strony współmałżonka (również 40%). Takie motywy mogą świadczyć o potrzebach emocjonalnych i tendencjach egoistycznych, mogących nasuwać pytanie o dojrzałość narzeczonych do małżeństwa. Jeszcze bardziej niepokojące jest to, że dla 28% respondentów decydującym motywem zawarcia małżeństwa był fakt, że zależy na tym partnerowi, dla prawie 14% motywem jest obawa przed samotnością, a u 4% badanych zadecydowało pragnienie opuszczenia swojej trudnej sytuacji rodzinnej poprzez zawarcie małżeństwa (tamże, s. 179). Można postawić pytanie o ważność związków sakramentalnych zawieranych z podanych powyżej motywów, zwłaszcza, kiedy wskazywane były one przez narzeczonych jako decydujące. Mogą one bowiem świadczyć o braku wolności w podejmowaniu decyzji o małżeństwie.

Warto również zwrócić uwagę na psychologiczne motywy wyboru współmałżonka, spośród których narzeczeni jako decydujące najczęściej wskazywali: zaufanie do partnera (62,6%), radość z przebywania z nim (59%), szczerłość partnera (51%), przyjaźń z nim (50%), dobre poznanie partnera (44%) (tamże, s. 181-182).

W prowadzeniu przygotowania do małżeństwa, szczególnie zaś na etapie przygotowania bliższego, gdzie ostateczna decyzja o wyborze partnera i zawarciu z nim związku sakramentalnego nie została jeszcze ostatecznie podjęta, należałoby zatem zwrócić uwagę na przygotowanie psychologiczne poprzez warsztaty pozwalające lepiej poznać siebie i partnera, zrozumieć znaczenie wzajemnego zaufania (które dla prawie 40% okazało

się nie być decydującym motywem wyboru partnera na resztę życia), a także znaleźć i rozwinąć wspólne zainteresowania oraz zdobyć odpowiednie umiejętności komunikacyjne (Katarzyńska, 2019, s. 107-108). Pomocne w tym celu są także spotkania z małżonkami i ich świadectwo, dlatego powinny stać się one integralną częścią przygotowania do małżeństwa. Takie programy duszpasterskie funkcjonują choćby we Włoszech (Kucharčík, 2016, s. 199).

3. Poglądy i wiedza narzeczonych na temat seksualności

Z punktu widzenia przygotowania nupturientów do małżeństwa ważne jest określenie ich dotychczasowego stanu wiedzy oraz poglądów w zakresie ludzkiej seksualności. Niestety, wypowiedzi narzeczonych potwierdzają postawioną wcześniej tezę, w myśl której przygotowanie dalsze do małżeństwa wydaje się nie przebiegać prawidłowo – ani w środowisku rodzinnym, ani w szkolnym⁴ (Bañares, 2009, s. 143-145). Szczególnie widoczne jest to w badaniu zakresu wiedzy narzeczonych na temat początków życia i płodności u kobiety.

Stosunek seksualny dla 63% badanych jest zbliżeniem do drugiego człowieka, dla 61% ma on znaczenie w budowaniu więzi, a dla 43% jest sposobem wyrażania uczuć. Niewiele ponad połowa badanych widzi w akcie seksualnym oddanie się drugiej osobie, a jeszcze mniej (41%) rozumie go jako przyjęcie daru drugiej osoby. 46% narzeczonych łączy akt seksualny z poczęciem nowego życia. Jedynie jedna czwarta badanych uznaje stosunek seksualny za wartość, według 52% badanych stosunek seksualny jest przyjemnością⁵, a 4% określiło go nawet jako „konieczność poślubną” (Struzik, 2014, s. 31). Warto pamiętać, że badano osoby przed zawarciem związku małżeńskiego, stąd też odpowiedzi narzeczonych świadczą o niedowartościowaniu przez nich aktu seksualnego i niezrozumieniu jego znaczenia. Nie zmienia to jednak faktu, że na ostatnim etapie przygotowania do małżeństwa narzeczeni powinni posiadać już wiedzę na temat znaczenia współżycia małżeńskiego (Świerczek, 1999, s. 118-135).

Co do świadomości na temat początków życia, jedynie 42% kobiet i 27% mężczyzn wie, że czas płodny u kobiety wynosi tylko kilka dni; 10% badanych wskazało na jeden dzień płodny w cyklu kobiety⁶. Jedna piąta badanych kobiet i 16% mężczyzn uważa, że

⁴ Na tej podstawie trudno odnieść się do przygotowania dalszego przebiegającego w Kościele, ponieważ – co zostanie opisane na kolejnych stronach – życie religijne badanych i ich zaangażowanie we wspólnoty duszpasterskie w wielu wypadkach wydaje się być raczej znikome.

⁵ Trzeba mieć jednak na uwadze, że w skutek błędnego założenia u badanych mogło dojść do swego rodzaju „projektowania”, w myśl którego uznanie stosunku seksualnego za przyjemność mogłaby być odpowiedzią niepożądaną wg przeprowadzającego badanie. Jednak nawet jeśli taki byłby powód unikania wspomnianej odpowiedzi, to również jest to oznaka błędnego rozumienia nauczania Kościoła w odniesieniu do aktu małżeńskiego (Semen, 2008, s. 144-145).

⁶ Co może mieć związek ze świadomością, że komórka jajowa wypuszczona z pęcherzyka Graafa w momencie owulacji utrzymuje swoją zdolność do zapłodnienia ok. 12-18 godzin. Zakładając taką wiedzę u badanych, można by również założyć, że zdają sobie oni sprawę z faktu, że jest to czas, w

poczęcie jest możliwe przy każdym stosunku. Większa, choć nieznacznie, świadomość mężczyzn w tym zakresie nieco zaskakuje. Jedynie 35% kobiet i 27% mężczyzn rozumie, że, aby mogło dojść do zapłodnienia, kobieta musi przejść cykl miesięczny, a 33% kobiet i 31% mężczyzn wskazuje, że do poczęcia dochodzi w okresie okołowulacyjnym. Kolejne 15% kobiet i 14% mężczyzn zakłada, że do poczęcia może dojść w połowie cyklu kobiety (Struzik, 2014, s. 31-32). Odpowiedzi udzielane przez narzeczonych odnośnie ich wiedzy na temat początków życia ludzkiego pokazują, że posiadane przez nich informacje są w wielu przypadkach nieprecyzyjne, a część z nich być może nie ma żadnej wiedzy nt. płodności u kobiety. Stąd też przed doradcą życia rodzinnego przeprowadzającym z narzeczonymi spotkania w ramach przygotowania bezpośredniego do małżeństwa stoi bardzo ważne, ale też trudne zadanie. Mając na uwadze, że edukacja w zakresie płodności została w wielu przypadkach zaniedbana, należy przekazywać im informacje od podstaw, bez założenia, że wiele treści jest powszechnie wiadomych i można je pominąć.

Narzeczeni zapytani o korzystanie z naturalnych metod planowania rodziny potwierdzili ten fakt w 21% (tamże, s. 33). Z odpowiedzi udzielanych w czasie wywiadów przeprowadzanych przez autorkę niniejszego opracowania z narzeczonymi (lub już małżonkami) już po odbyciu przez nich spotkań w poradni wynika co prawda, że prawie co trzecia para stosuje lub zamierza stosować naturalne metody planowania rodziny, jednak wielu z badanych nie potrafi wskazać nazwy żadnej z metod, mówi o stosowaniu „kalendarzyka” lub o „jakiejś metodzie z temperaturą”. Z rozmów wynika, że najwyżej co piąta para jest przekonana do skuteczności konkretnej poznanej przez siebie metody, uważa, że dobrze się z nią zapoznała, wie, gdzie szukać dodatkowej informacji i zamierza stosować (lub już stosuje) wskazaną metodę. Problemem jest zatem przede wszystkim powszechny stereotyp na temat naturalnych metod rozpoznawania płodności podważający ich skuteczność i wiarygodność (Wiater, 2009, s. 11-14).

W kontekście poglądów na temat seksualności warto jeszcze określić, jaki jest wśród narzeczonych stopień akceptacji środków antykoncepcyjnych. Okazuje się, że ponad 60% osób przygotowujących się do małżeństwa akceptuje stosowanie prezerwatywy podczas aktu seksualnego, ponad 30% kobiet dopuszcza antykoncepcję hormonalną (co ciekawe, mężczyzn dopuszczających tę formę antykoncepcji jest o połowę mniej), a mniej niż połowa badanych (18% kobiet i 16% mężczyzn) dopuszcza antykoncepcyjne użycie naturalnych metod planowania rodziny (tamże, s. 27-28). 20% odmówiło udzielenia odpowiedzi na to

którym może dojść do zapłodnienia, ale niekoniecznie wyłączny czas, w którym musiało dojść do współżycia przy założeniu żywotności plemników w drogach rodnych kobiety trwającej nawet do 7 dni. Określenie „płodność u kobiety trwa jeden dzień” może zatem brzmieć nieprecyzyjnie, jednak raczej nie należy przypuszczać, w kontekście odpowiedzi udzielanych na inne pytania, by wiedza narzeczonych w tym zakresie była aż tak szczegółowa, stąd też można sądzić, że w opinii owych 10% badanych faktycznie w cyklu kobiety jest tylko jeden dzień płodny.

pytanie⁷. Badania pokazują zatem, że choć narzeczeni decydują się na małżeństwo sakramentalne, to znaczna część z nich nie akceptuje jego wymogów i nie rozumie Bożego zamysłu na jego temat. Zmiana ich poglądów w tym zakresie powinna stać się ważnym celem duszpasterskim w przygotowaniu nupturientów do małżeństwa już na wcześniejszych etapach jego przebiegu, gdyż w okresie przygotowania bezpośredniego często wydaje się być za późno na zmianę głęboko ugruntowanych przekonań. Trzeba też zauważyć, że młodym ludziom brakuje podstawowej wiedzy w zakresie działania środków antykoncepcyjnych, a wiedza ta jest podstawą do zaakceptowania nauki Kościoła w tym zakresie (Jarczewska, 2015, s. 3-35).

Niepokojące wydają się być również poglądy narzeczonych w kwestii prawa do życia płodu. 68% badanych uważa, że płód nabiera prawo do życia w raz z momentem poczęcia, jedynie 1% odmawia tego prawa w przypadku poczęcia w wyniku gwałtu, również 1% twierdzi, że nie ma konkretnego momentu. 11% badanych wskazuje na inny moment, a 17% odmawia odpowiedzi na to pytanie (tamże, 32). Co prawda, zdecydowana większość szanuje prawo do życia od momentu poczęcia, jednak ponad 30% niepotwierdzających tego prawa jest alarmujące. Świadczy to albo o braku wiedzy i zainteresowania tematem początków życia, albo też o faktycznym odrzucaniu nauki Kościoła w tym zakresie (Horn, 2017, s. 127-129). Oba możliwe powody takiego stanu rzeczy są jednak oznaką, że konieczna jest większa troska o budowanie szacunku dla poczętego życia, nie tylko w czasie przygotowania bezpośredniego do małżeństwa.

W związku z przekazywaniem życia w małżeństwie należy postawić pytanie o planowaną przez przyszłych małżonków liczbę dzieci. Najczęściej badani wskazywali na dwoje dzieci (ok. 60%), ok. 23% chciałoby mieć troje dzieci, 10% - jedno dziecko. Chęć posiadania 4, 5 lub więcej niż pięciorga dzieci zadeklarowało nie więcej niż 2-6% badanych (tamże, 124).

Podsumowując stosunek nupturientów do tematu seksualności i prokreacji, trzeba zauważyć, że wymogi moralne stawiane przez Kościół w tym zakresie są często przez badanych lekceważone już na progu wspólnego życia. Fakt ten wynika być może z ich niezrozumienia bądź też niewłaściwego interpretowania (Półtawska, 2011, s. 127). Jednak przyczyną takiego stanu rzeczy może być również nieodpowiednie podejście do tematu przez osoby głoszące naukę Kościoła w tym zakresie. Oczywiście, należy mieć na uwadze, że propagowana szczególnie przez media idea pewnej swobody seksualnej w znacznym stopniu utrudnia głoszenie takich wartości jak czystość przedmałżeńska, hojność

⁷Autor badań tłumaczy ten fakt intymnością pytania, jednak można się zastanowić, czy brak odpowiedzi w przypadku jednej piątej badanych nie był spowodowany brakiem możliwości wskazania na odpowiedź „nie akceptuję żadnych środków antykoncepcyjnych” przy tak sformułowanym pytaniu („Jakie środki antykoncepcyjne uważam za właściwe?”). Należy bowiem pamiętać, że metody objawowo-termiczne w myśl teologii życia małżeńskiego nie powinny być traktowane jako środki antykoncepcyjne (Szymański, 2004, s. 228-229).

w przekazywaniu życia czy akceptacja podwójnego znaczenia aktu małżeńskiego (Grzywocz, 2005, s. 28-34). Jednak wskazane trudności nie powinny pozwolić, aby treści te w czasie przygotowania do małżeństwa pomijać lub traktować pobieżnie. Co więcej, należy dołożyć wszelkich starań, aby były one przekazywane w sposób jak najbardziej nowoczesny, atrakcyjny i pozytywnie ukazujący ich wartość, nie zaś jako kodeks etyczny zawierający listę zakazów i zaleceń. Ponadto, atmosfera - szczególnie w czasie spotkań dla narzeczonych w poradni - powinna zachęcać ich do korzystania ze wsparcia doradców w przypadku rozbieżności w istotnych kwestiach moralnych przyszłych małżonków (Katarzyńska, 2020, s. 281-284).

4. Życie religijne nupturientów

Narzeczeni najczęściej określają swój stosunek do wiary poprzez sformułowanie „wierzący, słabo praktykujący” (prawie 62%). Niespełna jedna trzecia z nich uważa się za głęboko wierzących, a blisko 8% deklaruje się jako niewierzący lub słabo wierzący (Goleń, 2013, s. 144-145).

Powyższe dane jednak nie pokrywają się z wynikami innych badań wskazującymi, że średnio 10% nupturientów spowiada się raz w miesiącu, a 25% z nich raz na pół roku. Kolejne 22% badanych spowiada się raz w roku, a ok. 35% jeszcze rzadziej, przy czym dane te w zależności od płci zmieniają się nieznacznie. Zaskakujący jest jednak fakt, że w tej samej grupie respondentów aż 77% narzeczonych wskazało, że spowiedź jest konieczna w ich życiu (Struzik, 2014, s. 40-41).

Stosunek narzeczonych do religii i do praktyk religijnych można ocenić także po częstotliwości ich uczestnictwa w mszy świętej niedzielnej i świątecznej. Ponad jedna czwarta badanych uczestniczy regularnie we mszy świętej niedzielnej (ale częściej deklarują to mężczyźni - 29% z nich - niż kobiety - 23% badanych kobiet), co prawie pokrywa się z odsetkiem osób deklarujących się jako głęboko wierzące. Ok. jedna trzecia nupturientów, choć nie uczestniczy we mszy świętej w każdą niedzielę, to uczestniczy w niej nie rzadziej niż raz w miesiącu. Ok. 7% badanych przychodzi na Eucharystię rzadziej niż raz na rok, a ok. 5% tylko w czasie świąt. Niepokojący jest również odsetek osób uczestniczących we mszy świętej tylko w czasie pogrzebów i ślubów - ponad 7% (tamże, s. 43).

Życie religijne nupturientów określa także ich przynależność do grup duszpasterskich. Zadeklarowało ją niespełna 9% badanych⁸, co oznacza, że ponad 90% z nich nie należy do żadnej grupy ani wspólnoty parafialnej czy duszpasterskiej (Goleń, 2013, s. 145; Struzik, 2014, s. 49). Choć większość z nupturientów deklaruje znajomość przykazań Bożych, to jedynie 24% z nich potrafi je wszystkie prawidłowo wymienić, a 35% robi to

⁸ Spośród osób deklarujących przynależność do grupy parafialnej lub duszpasterskiej większość nie wskazała, co to za wspólnota.

częściowo. Jeszcze słabsza jest wśród nupturientów znajomość przykazań kościelnych – wymienia je 14% badanych, a deklaruje ich znajomość (choć nie wymienia) kolejne 17% (Struzik, 2014, s. 41-42). Znajomość przykazań Bożych i kościelnych jest zatem stosunkowo słaba, jeśli weźmie się pod uwagę, że zdecydowana większość badanych uczestniczyła w katechizacji, a ponad 90% z nich przyjęła sakrament bierzmowania (tamże, s. 91). Brak znajomości tych fundamentalnych zasad moralnych i religijnych skutkuje choćby faktem, że 17% kobiet i 24% mężczyzn zdecydowanie uważa, że współżycie przedmałżeńskie nie jest grzechem (tamże, s. 42). Bardzo niski okazał się również poziom czytelnictwa książek religijnych. Jedynie niespełna 8% narzeczonych deklaruje, że przeczytało taką książkę w ostatnim czasie (tamże, s. 51).

Pewne zaniedbania w katechizacji czy też brak zaangażowania nupturientów w rozwój własnego życia religijnego widoczne są również w poziomie wiedzy narzeczonych na temat sakramentu małżeństwa. Jedynie 30% z nich wie, że to oni sami będą szafarzami sakramentu, który niebawem mają przyjąć. 85% badanych rozumie, że sakrament „trwa całe życie”, a ponad 8% uważa, że trwa jedynie dopóki małżonkowie są ze sobą. 10% badanych kobiet i 2% mężczyzn dopuszcza możliwość rozwodu (szczególnie w wypadku niewierności, alkoholizmu, niewierności i zanikającej miłości). Co do celów małżeństwa, to o ile cel, jakim jest wzajemna miłość małżonków, jest przez nupturientów wskazywany w 90%, o tyle już posiadanie dzieci jest celem jedynie dla 65% narzeczonych (tamże, s. 36-39).

Co do religijnych motywów zawarcia małżeństwa należy stwierdzić, że okazały się one decydujące na znacznie niższym poziomie, niż należałoby oczekiwać. Pragnienie religijnego wychowania dzieci w małżeństwie było motywem decydującym dla 37,4% badanych, przyjęcie łaski sakramentalnej dla 30,6%, pragnienie spełnienia woli Boga dla 27,5%, pragnienie przyjmowania sakramentów oraz życia w zgodzie z nauką Kościoła dla 22%, a pragnienie wspólnej modlitwy ze współmałżonkiem dla 17%. Inne motywy religijne, takie jak chęć dążenia do świętości w małżeństwie, potwierdzenie decyzji przez kierownika duchowego czy też pragnienie, aby przez urodzenie i wychowanie dzieci w małżeństwie przyczynić się do rozwoju Kościoła, zostały przez narzeczonych docenione na jeszcze niższym poziomie. Blisko 10% badanych uważa większość motywów religijnych za zupełnie nieważne. Podobnie motywy religijne nie zostały przez narzeczonych docenione jako decydujące w podejmowaniu decyzji o wyborze przyszłego współmałżonka (Goleń, 2013, s. 212-218). Warto w tym miejscu zauważyć, że spośród par, którym do ślubu pozostało 1 do 3 miesięcy niespełna jedna trzecia odbyła katechezy przedmałżeńskie, a formację dla narzeczonych przeszło 36% badanych. Czas pozostały do ślubu jest zatem zbyt krótki, by właściwie przygotować się do sakramentu małżeństwa i zrozumieć jego istotę przy tak dużych brakach w przygotowaniu dalszym, bliższym i bezpośrednim (Wandrasz, 2004, s. 9). Konieczna jest zatem już wcześniej wzmożona duszpasterska troska o to, by motywy religijne stały się decydującymi w podejmowaniu decyzji o zawarciu małżeństwa.

Większe znaczenie przy podejmowaniu decyzji o małżeństwie okazały się mieć dla narzeczonych motywy moralne. Zamiar bezwzględnego poszanowania i ochrony poczętego życia był decydującym motywem dla 68,4% badanych, pragnienie życia w wierności małżeńskiej dla 67,9%, zawarcie małżeństwa nierozzerwalnego dla prawie 66%, pragnienie życia w uczciwości małżeńskiej dla 65,5%, obdarzanie współmałżonka szacunkiem dla ponad 55%, pragnienie życia w małżeństwie zgodnie z sumieniem chrześcijańskim dla ok. 46%. Hojne przekazywanie życia w małżeństwie jest motywem decydującym jedynie dla 27,8% badanych, a zamiar stosowania naturalnych metod planowania rodziny i kierowanie płodnością zgodnie ze wskazaniami Kościoła odpowiednio dla 20% oraz 17,6% (tamże, s. 240-242). Motywy moralne, w porównaniu do innych (zwłaszcza religijnych) wydają się być przez narzeczonych dużo ważniejsze w podejmowaniu decyzji zarówno o zawarciu małżeństwa, jak i wyborze współmałżonka.

Podsumowanie

Podsumowując warto podkreślić raz jeszcze, że – aby przygotowanie do małżeństwa było efektywne – konieczne jest uświadomienie sobie przez kapłana czy doradcę życia rodzinnego, jaką wiedzę, poglądy i oczekiwania mają współcześni nupturienci. Badania pokazują bowiem, że narzeczonym brakuje elementarnych podstaw, jakie powinny być przekazane w czasie przygotowania dalszego i bliższego do małżeństwa, a jakie na etapie przygotowania bezpośredniego domyślnie uznaje się za już przez nich przyswojone i wskutek tego pomija. Niepokojące są też dane, które pokazują, że w czasie przygotowania do małżeństwa nie dochodzi do weryfikacji motywów podjęcia decyzji o przyjęciu sakramentu, co w niektórych przypadkach poddaje w wątpliwość jego ważność. Powyższe analizy mogą służyć kapłanom, doradcom życia rodzinnego i innym osobom zaangażowanym w przygotowanie do małżeństwa w dostosowaniu zarówno przekazywanych treści, jak i sposobu ich przekazywania do oczekiwań i uwarunkowań społeczno-światopoglądowych współczesnych narzeczonych.

Bibliografia:

- Bañares, J. i J. (2009). *Małżeństwo i rodzina*, Poznań: Wydawnictwo św. Wojciech.
- Dzióba, A. (2009). *Narzeczeni wobec ludzkiej płodności*, Rzeszów: Bonus Liber.
- Goleń, J. (2013). *Motywy zawarcia małżeństwa sakramentalnego. Studium z duszpasterstwa rodzin w świetle badań narzeczonych*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Grzybowski, J. (2006). *Nas dwoje*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Grzywocz, K. (2005). Duchowość ciała, *Życie duchowe*, 42, 28-34.
- Horn, T. (2017). *Przekonać do życia*, Kraków: eSPe.
- Jarczewska, J. (2015). *Szkodliwość doustnej antykoncepcji hormonalnej*, Warszawa: Medipage.

- Konferencja Episkopatu Polski. (1989). *Instrukcja o przygotowaniu do zawarcia małżeństwa w Kościele katolickim*, online:
https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WE/kep/kkbids/malzenstwo1_13121989.html.
- Katarzyńska, A. (2019). *Poradnia życia rodzinnego w procesie przygotowania do małżeństwa. Praktyka duszpasterska i recepcja spotkań z doradcą życia rodzinnego*, Kraków: Wydawnictwo UPJPII.
- Kucharčík, R. (2016). Odnowa przygotowania do małżeństwa w parafii, (w:) *Duszpasterstwo rodzin w parafii*, J. Goleń, D. Lipiec (red.), 195-206, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Laskowski, J. (2014). Małżeństwo a osobowość, (w:) J. Augustyn (red.), *Sztuka relacji międzyludzkich. Miłość, małżeństwo, rodzina*, 345-353, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- McDowell, J. (2000). *Mity edukacji seksualnej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Vocatio”.
- Papieska Rada do spraw Rodziny. (2002). Rodzina, małżeństwo i „wolne związki”, (w:) Dokumenty Papieskiej Rady ds. Rodziny, *W trosce o dobro małżeństwa i rodziny*, t. 1, 128-140, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Perico, G. (1996). *Młodość, miłość i seksualność*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Piórkowski, D. (2014). Kondycja polskich małżeństw, (w:) J. Augustyn (red.), *Sztuka relacji międzyludzkich. Miłość, małżeństwo, rodzina*, 321-337, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Półtawska, W. (2011). *Uczcie się kochać*, Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.
- Pulikowski, J. (2012). *Razem czy osobno*, Częstochowa: Pomoc.
- Semen, Y. (2008). *Seksualność według Jana Pawła II*, Poznań: Wydawnictwo Świętego Wojciecha.
- Stańczak, J., Stelmach, K., Urbanowicz, M. (2016). *Małżeństwo oraz dzietność w Polsce. Raport Głównego Urzędu Statystycznego*, online:
https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/23/1/1/malzenstwa_i_dzietnosc_w_polsce.pdf, (dostęp: 09.11.2017 r.).
- Struzik, Z. (2014). *Narzeczeni wobec wiary, życia, płodności i wychowania. Statystyka*, Warszawa: Instytut Papieża Jana Pawła II.
- Szewczyk, W. (1999). Narzeczeństwo, (w:) E. Ozorowski (red.), *Słownik małżeństwa i rodziny*, 291-292, Łomianki: Wydawnictwo ATK.
- Szymański, Z. (2004). *Płodność i planowanie rodziny*, Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej.
- Świerczek, A. (1999). *Funkcje ciała w życiu małżeńskim w posoborowym nauczaniu Kościoła i teologów*, Kraków: Wydawnictwo „Czuwajmy”.
- Wandrasz, J. (2004). *Przygotowanie bliższe do małżeństwa*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Wiater, E. (2009). *Naprotechnology. Ekologia płodności*, Kraków: eSPe.
- Zakrzewski, G. (2015). *Przygotowanie do życia w małżeństwie i rodzinie w kontekście aktualnych przemian społeczno-obyczajowych w Polsce. Studium pastoralne*, Warszawa: Paulinianum.

Karolina Wróbel, <https://orcid.org/0000-0002-1629-1311>
Instytut Psychologii
Uniwersytet Marii Curie- Skłodowskiej
w Lublinie

Life in early adulthood and threats to the individual

Życie w okresie wczesnej dorosłości a zagrożenia dla jednostki

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.335>

Abstract: The period of early adulthood is associated with undertaking many development tasks and performing social roles. The essence of being an adult is not reaching chronological age but fulfilling many obligations and remaining in them despite obstacles of a physical, social or psychological nature. Harmonious self-realization in every sphere facilitates the accomplishment of tasks emerging from the period of early adulthood. However, this is not always favorable. The purpose of this article is to present the dangers for young people at that time of development, taking into account both the family and professional areas.

Key words: professional work, early adulthood, threats, family life

Abstrakt: Okres wczesnej dorosłości wiąże się z podejmowaniem wielu zadań rozwojowych i pełnieniem ról społecznych. Istotą bycia dorosłym nie jest osiągnięcie wieku metrykalnego, ale realizacja wielu zobowiązań i trwania w nich pomimo przeszkód o charakterze fizycznym, społecznym, czy psychologicznym. Harmonijna realizacja siebie w każdej sferze jest ułatwieniem w wypełnianiu zadań, wyłaniających się z okresu wczesnej dorosłości. Nie zawsze jednak wszystko temu sprzyja. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zagrożeń dla młodego człowieka, jakie czyhają na niego w tym czasie z uwzględnieniem zarówno sfery rodzinnej, jak i zawodowej.

Słowa kluczowe: praca zawodowa, wczesna dorosłość, zagrożenia, życie rodzinne

1. Introduction

People change all their life. At every stage of development the environment sets different expectations for them. Their body, fitness and life situation are changing. The course of the development path depends on the properties that he got from "Mother Nature" and the quality of the environment in which they meets their needs. The presence of other people who are important to them is also significant. Thanks to their sensitivity they are able to recognize human needs at a given stage of development and adapt their expectations to it. This is undoubtedly the main factor that determines the pace and quality of developmental achievements in terms of various spheres: physical, cognitive, emotional and social.

The period of early adulthood poses a number of challenges for young people and the need to take on many social, professional or family roles. They was entrusted with tasks but unfortunately not always carried out according to plan. Levinson (Miś, 2000) divided this period into three stages: entering roles, their redefinition and establishing a place in a group of adults. Intending, at each of these stages a young adult should take actions that will allow

to adapt to a weaknesses and strengths taking into account the perspective of society. Positive realization of developmental tasks leads to overall satisfaction and success in undertaking other roles at a later stage of development. In case of a failure, the individual becomes unhappy, feels disapproval from the environment, which significantly hinders the implementation of subsequent tasks (Manning, 2002, p. 75). This is due to the fact that developmental tasks are a certain standard rooted in socio-cultural expectations that are specific to a specific development period (Roisman et al., 2004).

Liberska and Malina (2011) use the term "developmental task" to define adulthood and its critical events in the perspective of further development. They also add that these tasks are particularly important and intensely engage the individual who development concern. Authors justify this by creating new qualities and implementing changes to already existing systems. They compare the fulfillment of developmental tasks to learning speech by the child which is the same determinant of future development.

Researchers operating in the area of development see factors in the world around us that may adversely affect this process. The possibility of carrying out developmental tasks is associated with every aspect of human life, i.e. family, work, recreation (Havighurst, 1981). Therefore, any obstacles that a young adult encounters on his way can interfere with his individual development on many levels.

2. Characteristics of early adulthood

It is not a simple task to define the timeframe of early adulthood. Some researchers say it is 20-35 years of age, others assume that 17/18 – 30 years of age. Erikson claimed in his concept that this is the period of seven years which begins at the age of 18 (Oleś, 2011). For a long time, there was not much interest in this area and all development studies ended with adolescence. In recent years, this situation has changed and these issues have gained in importance.

Kielar-Turska (2000, p. 325) reports that becoming an adult is a gradual and slow process because a person who enters this phase is already after a period of rapid changes, i.e. biological and social maturation. Intellectual and physical efficiency enables to fulfill specific roles: employee, parent, husband/ wife. During this period, the so-called development trends or stabilization of one's own identity which helps to define it, establishing lasting relationships with the external environment, devoting oneself to various activities, increasing sensitivity to moral and ethical problems, showing greater care for loved ones and offering help to the suffering and needy are marked (Ibidem).

Ziółkowska (2015, p. 423) defining the boundaries of the described period, puts great emphasis on making commitments and implementing them even when some factors - physical, psychological and psychological - may be disturbing.

A specific area of human activity and involvement is an indicator of developmental tasks, i.e. achievements that a person must go through to enter a further stage of development (Ibidem).

The Havighurst's concept provides information that they are as follows (Przetacznik-Gierowska and Tyszkowa, 2005):

- 1) the choice of a life partner;
- 2) learning to live with a partner;
- 3) starting a family and raising children;
- 4) housekeeping;
- 5) starting work;
- 6) taking civic responsibility;
- 7) finding a related social group.

Early adulthood is compared to some type of investment because it requires initial capital, i.e. identity. In the case of absence of it, the risk that development tasks will not be undertaken or taken in the wrong way increases. It is similar with fulfilling social roles that rank is large enough to determine the functioning of an adult. It means that the individual entering adulthood will fulfill its tasks without satisfaction - both for itself and others from the external environment. At this time, the number of different types of conflicts that man will encounter in a way may increase (Brzezińska, 2002). In a word of introduction, the sense of adulthood lies in making and fulfilling commitments to oneself and the external environment in many dimensions of human life. The ability to become aware of one's needs and find a way to meet them is also identified with this period. Young adults are responsible for their behavior and actions.

Havighurst (1981) states that this should be considered in three areas:

- 1) professional activity;
- 2) relationship;
- 3) starting own family.

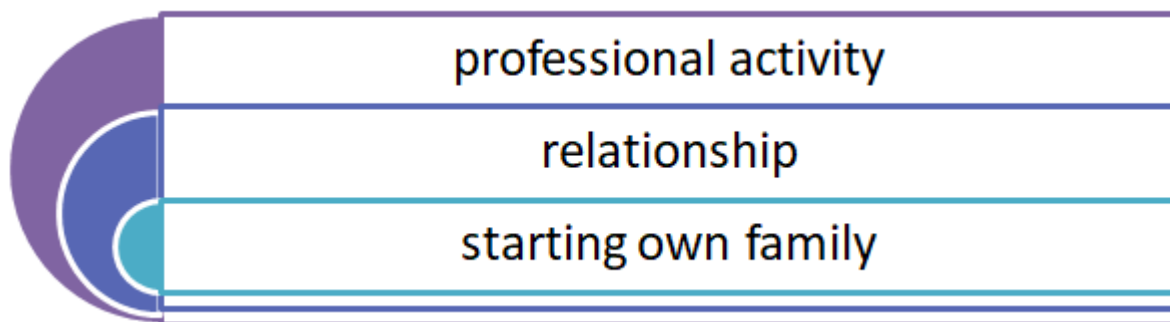


Fig. 1. Dimensions of human obligations in early adulthood

Source: Own study based on Havighurst, 1981.

It is a time of challenges – their fulfillment gives a chance for further development. However, it is also a period in which an individual may come across certain threats. Bee (2003) distinguishes the following threats, typical for early adulthood: lack of involvement in social roles, too long dealing with identity determination, lack of independence - both financial and emotional, treating this period as a transition phase, strong relationship with parents, which prevents transferring feelings to another person, lack of support from the external environment, environment which relieve young adult of doing duties, lack of a way to perform roles and striving for maladjusted/ rigid implementation (Brzezińska, 2002).

On a social level, adulthood is walking along the path of tradition passed down from generation to generation taking into account self-confidence, beliefs and own lifestyle. Thanks to this synthesis, the young adult is recognized by others as an individual who has found

a unique form of lasting ancestor tradition. As a result, it leads to social trust and confidence that the care that adults offer to themselves, their life partners and children will be continued with the upbringing efforts of previous generations. The most important change in the described period of life is the "transition" from being an object of care to a person who cares about others. This is related to three basic components (Dylak, 2002, p. 89):

- 1) identity stabilization, thanks to which it is possible to free yourself from excessive concentration on oneself;
- 2) becoming independent;
- 3) interest in others and their needs.

3. Threats in early adulthood

The early adulthood is a time when efficiency of the individual changes efficiency of the individual changes. There are two main areas: the body and the mind. The first term should be understood as changes in body proportions, muscle performance, internal organs, nervous and respiratory systems, sense acuity and reproductive capacity. When it comes to the mind, the literature on the subject distinguishes: dialectical, metasystemic and relativistic thinking, high efficiency of learning in the areas of self-involvement, identification and solving practical problems, high efficiency of memory and good orientation in action (Dylak, 2002, p. 97).

The context of development threats consists of three phenomena: a continuous process of transformation of environments with an emphasis on family, and social phenomena which is the reason for the lack of a sense of security and stability; too broad, one could even say that for a general understanding of freedom, i.e. without taking into account responsibility for oneself and others (Straś-Romanowska, 2008, p. 15) and uncritical acceptance of models that are famous for promoting individualistic values without

considering relational ones. It should be understood so that one considers oneself but does not pay attention to the point of view and the needs of others (Kagitcibasi, 1996). These phenomena have a significant impact on the punctuality and efficiency of performing roles developmental tasks.

At the beginning, it is worth focusing on intimacy, i.e. the emotional and sexual relationships of two people of different sexes (Erikson, 1997). The closeness between them is a kind of test/ check, self-determination. Confidence in yourself and your partner is a condition for intimate relationships. If it is not met, the young adult may feel anxiety about losing his own identity which, in turn, can lead to increased control in intimate situations, restraining, as well as caution in obligations. Creating a close, intimate relationship certainly requires a lot of sacrifices but there may still be threats. Modern life is not full of proper conditions for the development of intimacy. Factors which come to mind are: alternative forms of life including social consent for loose, non-binding relationships without a sense of responsibility (Tyszka, 2002), strong need to express autonomy and individuality (Kwak, 2014) and the transformation of gender roles (Liberska and Matuszewska, 2014). As a result, young adults more and more often enter into cohabitation relationships in which it is characteristic to live, run a household together and maintain intimate contacts (Janicka, 2014).

Recently, there has been a decline in concern. The sentence or rather the opinion: "He is an adult" is a kind of manifestation of its lack and comfort in life, leading to weakening of the bond. Lack of ways and possibilities to cope with such situations can be the main reason for isolation from the external environment. A developmental task related to starting a family and raising children is also associated with this area. Lack of satisfaction with fulfilled family roles is associated with the inability to use the offers proposed by society. The assessment of own abilities seems to play an important role here. When it is too high or too low, it is impossible to undertake and implement developmental tasks. Not only that, a young adult can engage in activities that either will not give him a chance to test himself or will not reckon with his real possibilities. This, in turn, may result in various types of somatic disorders (Brzezińska, 2002). Commercialization, which we have to face nowadays, is also a threat to individuals in early adulthood. Defining both the role of mother and father in consumer terms is associated with two basic dimensions (Jasielska and Maksymiuk, 2011, p. 33):

- 1) treating parents as investors;
- 2) using psychological resources to generate parental behavior in shopping situations.

There is a reason for the term 'parenting marketing' which often appears in advertisements that have the features of social manipulation. The susceptibility of parents is compared with the whining factor of a child who asks for the purchase of another toy for the

collection, taking into account other specific factors, e.g. number of children in the family, critical events, etc. Subsequently, each family is assigned to a specific model. The discussed construct is associated with identifying parenthood with economics and marketing which results in treating children as an element of the market and impoverishing the aspect of content as a parent (Ibidem).

Taking up a job determines the place of a young person in society and should be a reflection of his ambitions and a source of satisfaction. It is not always the case that finding a job can be regarded as fulfilling a development task. A young adult may encounter a significant threat, from the perspective of individual development which is difficulties in achieving profession in professional life (Walesa, 2011, pp. 23-26). Most often it is a long and unstable way to acquire the necessary professional qualifications, filled with difficulties in the context of taking a professional role towards previously achieved education.

Obtaining many job offers, unrelated to professed values, causes a disturbance in the continuity of professional development, which, in addition, is compounded by various types of seasonal, occasional, spontaneous work which is detrimental to stabilizing the individual's professional identity. In addition, undertaking such activities is recognized as a form of "earning your own moratorium" and a huge obstacle to the effective implementation of developmental tasks of a young adult (Czerka, 2007). Staying on the subject of professional career, it is worth mentioning that there are other development threats at this level, e.g. succumbing to the cult of eternal youth and treating it as a standard for assessing one's life and oneself (not only in terms of appearance, but also how to perform social roles) which does not allow the development of mature forms of behavior and appropriate role play of a young adult. The result is infantilization of adults which is allowed by the social environment (Harwas-Napierała, 2009, p. 11).

Particular attention is paid to the important, though underestimated role of a person who is a guardian of a young adult who takes up work. It turns out that involvement in caring for him is facilitating the fulfillment of social roles (Manek, 2008, p. 23).

As mentioned, the period of early adulthood is a time to accomplish many tasks. It turns out that this may hinder the lack of valuable personal patterns that are associated with social roles. In this regard, particular attention is paid to the lack of authority and dispersion of standards previously passed on to young adults. The large role of other adults who were intermediaries in undertaking developmental tasks assigned to this period is emphasized. Young people need specific rituals called initiations that will contribute to their integration into adulthood. This is not possible. It is said in the scientific community that they can only experience something like her (quasi-initiation) with an emphasis on the lack of shaped consciousness and life patterns (Walesa, 2011, p. 30). Entities that cannot refer to valuable personal standards cannot experience their full and uniform impact, and therefore are susceptible to external influences. A large role seems to be played by the media which

propagate a specific, pre-assumed way of functioning in social life, e.g. a comfortable lifestyle, lack of responsibility, promotion of alternative life forms which aims to arouse artificial needs and present ideologies that favor the interests of various companies: from food to clothing (Mc Daniel and Bradley, 2008, pp. 269-275).

It should also be added that the media encourage the individual to live without the presence of creative development perspectives (Zagórska, 2004). Generally, the diversity and glamor of information flowing from mass media cause informational stress, and as everyone knows, stress does not support the process of making development-oriented activity choices. It would be different if only reliable and verified information reached the unit (Ledzińska, 2002, pp. 77-83).

Summary

Analyzing the literature on the subject, it can be concluded that the period of early adulthood, because of the complexity of changes, is not an easy time for a person. This is the moment when the values transferred in earlier stages of development are checked. If they have been visualized in an inappropriate way and the authorities are dispersed - there are such threats as: failure to work, which results in economic problems or difficulties in building close relationships and fulfillment as a parent. The situation is definitely not facilitated by the media because it encourages people to lead such a lifestyle through constant promotion. Undoubtedly, it can be stated that the period of early adulthood is important in human life. Realization of development tasks assigned to him requires maturity and responsibility that is why it is so important to support the development of each individual, while maintaining certain standards and subjectivity.

Bibliography:

- Bee, H. (1998). *Lifespan development*, New York: Harper Collins College Publishers.
- Brzezińska, A. (2002). Dorosłość - szanse i zagrożenia dla rozwoju, (in:) A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (eds.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości*, 49-56, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Czerka, E. (2007). *Rodzinne uwarunkowania odraczania dorosłości u młodych mężczyzn*, Kraków: Impuls.
- Dylak, A. (2002). Związki intymne a tożsamość psychospołeczna w okresie dorosłości, (in:) A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (eds.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości*, 85-110, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Erikson, E. (1997). *The Life Cycle Completed*, New York: W.W. Norton.
- Harwas-Napierała, B. (2009). *Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Havighurst, R.J. (1981). *Developmental task and education*, New York: Longman.
- Janicka, I. (2014). Związki kohabitacyjne, (in:) I. Janicka, H. Liberska (eds.), *Psychologia rodziny*, 259-279, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jasielska, A., Maksymiuk, R. (2011), Skomercjalizowane rodzicielstwo - nowy aspekt wczesnej dorosłości, *Psychologia Rozwojowa*, 16, 2, 33-49.
- Kagitcibasi, C. (1996). *Family and human development across cultures*. Mahwah, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates.
- Kielar-Turska, M. (2000). Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia, (in:) J. Strelau (ed.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom I., 285- 332, Gdańsk: GWP.
- Kwak, A. (2014). Współczesny świat zmian - alternatywy dla małżeństwa, *Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologica*, 51, 5-19.
- Ledzińska, M. (2002). *Stres informacyjny jako zagrożenie dla rozwoju*, *Roczniki Psychologiczne*, 5, 77-96.
- Liberska, H., Malina, A. (2011). Developmental Tasks of Early Adulthood in the Light of Psychology Human Development, (in:) H. Liberska (ed.), *Current Psychosocial Problems in Traditional and Novel Approaches*, 39-57, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Liberska, H., Matuszewska, M. (2014). Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania, (in:) I. Janicka, H. Liberska (eds.), *Psychologia rodziny*, 115-139, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Manek, A.M. (2008). Start zawodowy jako wyzwanie rozwojowe, *Psychologia Rozwojowa*, 13, 2, 23-36.
- Manning, M. (2002), Havighurst's developmental tasks, young adolescents, and diversity, *The Clearing House*, 4, 75-78.
- Mc Daniel, K., Bradley, B. (2008). Desires. "Mind", *A Quarterly Review of Philosophy*, 117, 267-302.
- Miś, L. (2000). Ery i fazy rozwoju człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona, (in:) P. Socha (ed.), *Duchowy rozwój człowieka*, 45-60, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Oleś, P. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przetacznik-Gierowska, M., Tyszkowa, M. (2005). *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Roisman, G., Masten, A., Coatsworth, J., Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood, *Child Development*, 1, 123-133.
- Straś-Romanowska, M. (2008), Szanse i zagrożenia rozwoju człowieka we współczesnym świecie, (in:) J.M. Bogdanowicz, M. Lipowska (eds.), *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju*, 15-24, Kraków: Impuls.
- Tyszka, Z. (2002). *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Walesa, Cz. (2011). Szanse i zagrożenia człowieka XXI wieku (zarys problematyki psychologicznej), *Horyzonty Psychologii*, 1, 1, 23–36.
- Zagórska, W. (2004), *Uczestnictwo młodych dorosłych w rzeczywistości wykreowanej kulturowo*, Kraków: Universitas.
- Ziółkowska, B. (2015). *Psychologia rozwoju człowieka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dr Marta Komorowska-Pudło, <https://orcid.org/0000-0001-7222-0182>

Institut Pedagogiki

Uniwersytet Szczeciński

Psychospołeczne uwarunkowania postaw młodych dorosłych wobec rodzicielstwa

Psychosocial determinants of young adults' attitudes towards parenthood

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.332>

Abstrakt: Celem podjętych badań było określenie społecznych i psychologicznych czynników warunkujących postawy młodych dorosłych wobec rodzicielstwa. Z analiz demograficznych wynika, że wzrasta zjawisko zmniejszania się liczebności dzieci w rodzinach, opóźnia się wiek matek rodzących pierwsze dziecko i zwiększa odsetek kobiet nieposiadających dzieci, w tym nieposiadających ich z własnego wyboru. Z badań przedstawionych w niniejszym artykule wynika, że osoby pozytywnie odnoszące się do dziecka jako wartości i do rodzicielstwa cechuje wysoki poziom religijności i wysoka ocena wartości religijnych, niska ocena wartości hedonistycznych, wysoki poziom samooceny i wysoki poziom integracji własnej tożsamości. Są to osoby prezentujące wysoki poziom optymizmu, skutecznie radzące sobie z trudnościami oraz zadowolone z życia. Dorośli ci przejawiają niski poziom neurotyczności, wysoki poziom ekstrawersji, ugodowości i sumienności oraz wysoki poziom inteligencji emocjonalnej. Dojrzałe postawy wobec rodzicielstwa częściej ujawniają dorośli mieszkający w mniejszych miejscowościach, posiadający średni poziom wykształcenia i stałe zatrudnienie oraz niekorzystający ze środków uzależniających (nikotyna, alkohol, narkotyki). Osoby o mniej akceptujących postawach wobec rodzicielstwa, ujawniające lęk przed jego poczęciem i częściej otwarte na aborcję cechują odwrotne do wyżej opisanych właściwości społeczno-psychologiczne.

Słowa kluczowe: macierzyństwo; ojcostwo; rodzina; rodzicielstwo; postawy wobec rodzicielstwa

Abstract: The aim of the undertaken research was to determine the social and psychological factors conditioning the attitudes of young adults towards parenthood. Demographic analysis shows that the phenomenon of the decreasing number of children in families increases, the age of mothers giving birth to the first child is delayed and the percentage of women without children, including those who do not have children by choice, has grown. The research presented in this article shows that people positively referring to a child as a value and to parenthood are characterized by a high level of religiousness, low hedonism, high self-esteem and high integrity. They are also optimistic, dealing effectively with difficulties and satisfied with life. These adults exhibit low levels of neuroticism, a high level of extraversion, agreeableness, conscientiousness, and have high emotional intelligence. Mature attitudes towards parenthood are more often revealed by adults living in smaller towns, with an average level of education, permanent employment, free of addictions (nicotine, alcohol, drugs). People with less acceptable attitudes towards parenthood, revealing the fear of conception and more often open to abortion, are characterized by the socio-psychological characteristics that are opposite to the above-described features.

Keywords: motherhood; fatherhood; family; parenting; attitudes towards parenthood

Wprowadzenie

Okres wczesnej dorosłości to czas spełnienia określonych zadań przez młodych, mężczyzn i kobiety. Są nimi: wybór partnera, zawarcie małżeństwa, założenie rodziny i wychowywanie dzieci oraz oczekiwania związane ze zdobyciem zawodu, uzyskaniem pracy i uniezależnieniem się od rodziny generacyjnej (Oleś, 2011, s. 52; Bee, 1998, s. 433-459; Gurba, 2011, s. 294-298; Ziółkowska, 2005, s. 442-458). Większość młodych ludzi systematycznie te zadania realizuje, jednakże część spośród nich nie podejmuje ról małżeńskich i rodzicielskich, postanawia odłożyć je na czas późniejszy, nie wiązać się z drugą osobą i nie budować związku małżeńskiego oraz rodziny własnej.

Celem niniejszej analizy jest ukazanie różnorodnych społecznych i psychologicznych czynników, które mogą oddziaływać na postawy młodych dorosłych wobec podejmowania ról rodzicielskich. W pierwszej części artykułu zostanie przedstawiona analiza badań ukazujących uwarunkowania postaw wobec rodzicielstwa, które związane są głównie z czynnikami socjalno-bytowymi i wykształceniem młodych ludzi. W dotychczasowych analizach niewiele jest danych ukazujących związek psychologicznych aspektów funkcjonowania jednostek z ich decyzjami rodzicielskimi i postawami wobec macierzyństwa i ojcostwa. W drugiej części analizy teoretycznej opisane zostały koncepcje dojrzałej osobowości, w odniesieniu do których omówiono w części badawczej dane przedstawiające związek indywidualnych i osobowościowych właściwości respondentów z ich postawami wobec rodzicielstwa.

1. Uwarunkowania postaw wobec rodzicielstwa w świetle literatury

Wyniki badań polskich i międzynarodowych wskazują, że zdecydowana większość młodzieży, pochodząca z różnych krajów świata, pragnie mieć w przyszłości dziecko lub dzieci (zob. Hrynkiewicz, 2006, s. 27). Wśród najczęstszych motywów ich posiadania znajduje się przekonanie, że nadają one sens życiu rodzinnemu i umacniają więzi między rodzicami (Dyczewski, 2007, s. 26-28). Mimo częstych deklaracji młodych dorosłych dotyczących posiadania dzieci i pozytywnych postaw wobec rodzicielstwa obserwowane jest współcześnie zjawisko odsuwania, z różnych przyczyn, planów prokreacyjnych.

Ważne, z punktu widzenia postaw wobec rodzicielstwa, jest rozdzielenie rodzicielstwa i zamierzeń prokreacyjnych na planowane (celowe) oraz na przypadkowe, bez dobrowolnego nastawienia na poczęcie dziecka w określonym momencie, czyli na bierne stanie się rodzicem. Anna Kwak i Małgorzata Wolfe (2001, s. 151) podkreślają, że w literaturze zachodniej rozróżnia się pojęcia: *parenting*, oznaczające *bycie rodzicem*

w odniesieniu do pełnienia roli rodzicielskiej od *parenthood*, oznaczającego rodzicielstwo jako posiadanie dzieci, w sensie biologicznym.

Z różnych analiz wynika, że dla kobiet rola matki jest najważniejszą w życiu. Bardzo często społeczeństwo posługuje się pojęciem instynktu macierzyńskiego wiążącego się z naturą kobiety, która z założenia pragnie zostać matką. Jednakże badania wskazują, że obecnie coraz więcej kobiet zaprzecza temu naturalnemu instynktowi nie chcąc mieć dziecka i negując związane z rodzicielstwem doświadczenia. Na mit instynktu macierzyńskiego zwraca uwagę Małgorzata Sikorska (2009, s. 14), powołując się na określenie przez Elizabeth Badinter miłości matki wobec dziecka mianem konstruktu społecznego, uwarunkowanego historycznie, a nie biologicznie, czego przykładem może być fakt, że zawsze były kobiety, które niekoniecznie chciały zostawać matkami. Współczesna matka nie musi, według Sikorskiej (tamże, s. 18-21), funkcjonować zgodnie ze stereotypem poświęcającej się „matki Polki”, gdyż ma pełne prawo wyboru, ile i kiedy może mieć dzieci. Ma także prawo do niedoskonałości, do przeżywania różnorodnych emocji, do samorozwoju, do zaspokajania własnych potrzeb, przy jednoczesnym pełnieniu odpowiedzialnej funkcji rodzicielskiej.

Anna Błasiak i Ewa Dybowska (2010, s. 110-111) opisują różne typy macierzyństwa. Wśród bezpośrednio związanych z postawami wobec rodzicielstwa wymieniają macierzyństwo instynktowne oparte na pragnieniu posiadania dziecka, macierzyństwo zaprzeczone, związane z niechęcią posiadania dziecka, macierzyństwo wymuszone, związane m.in. z gwałtem bądź nieplanowaną ciążą, czy macierzyństwo poświęcone, pojawiające się wówczas, kiedy kobieta wybierając świadomie własną karierę zawodową rezygnuje z bycia matką. Kazimierz Pospiszyl (2004, s. 26) wymienił trzy grupy mężczyzn przygotowujących się do ojcostwa. Pierwsi to mężczyźni spełnieni, którzy są zadowoleni z poczęcia dziecka i pozytywnie do niego nastawieni. Drugi typ, to ojcowie odczuwający niezadowolenie z faktu, że niedługo będą pełnili taką rolę, ale powoli z tym faktem się godzą. Trzeci typ, to ojcowie zdecydowanie niezadowoleni, tacy którzy nie akceptują tej nowej roli. Zofia Dąbrowska (2004, s. 13-16) wskazała na różnorodne typy ojcostwa, m.in. ojcostwo biologiczne, świadome i planowane, upragnione, zaprzeczone, wymuszone, gdy mężczyzna nie chce mieć dziecka, a jego partnerka bardzo tego dziecka pragnie, ojcostwo niespełnione, ojcostwo samotne, itd.. Z badań Marii Trawińskiej (za: Plutecka, 2013, s. 59) wynika, że mężczyźni, którzy są pozytywnie nastawieni do rodzicielstwa są cierpliwi i wyrozumiali, tolerancyjni, potrafiący nawiązać kontakty interpersonalne, empatyczni, kochający dziecko, przyjaźni i zatroskani o jego rozwój, posiadający wiedzę na temat jego osobowości i umiejętności dyscyplinowania.

Szczególnym problemem dla młodych ludzi jest nieplanowane rodzicielstwo. Jeśli w ich życiu pojawi się dziecko, które nie jest oczekiwane, może stanowić ogromną przeszkodę w ich indywidualnych planach. W konsekwencji może to wiązać się z brakiem gotowości do podejmowania ról rodzicielskich. Jedni, mimo trudności, mogą zdecydować się

na podjęcie tych zadań, drudzy natomiast mogą przyjąć rozwiązanie związane z myśleniem o podjęciu decyzji o aborcji. O trudnościach związanych z nieplanowanym rodzicielstwem świadczą wyniki badań dotyczących jakości relacji małżeńskich osób, których dzieci zostały poczęte przed zawarciem związku. Małżonków tych, w porównaniu do kobiet i mężczyzn, których dziecko poczęło się po ślubie zdecydowanie częściej cechował niższy poziom satysfakcji ze wspólnego życia. Przejawiało się to niskim poziomem wzajemnego wsparcia, zaangażowania, intymności i podobieństwa, częstszym rozwiązywaniem konfliktów w sposób destruktywny oraz wysokim poziomem deprecjacji i rozczarowania. Doświadczanie poczęć i urodzeń dzieci po zawarciu małżeństwa wiązało się z wyższą jakością wzajemnych relacji małżonków, co z wysokim prawdopodobieństwem sprzyja pozytywnym postawom młodych dorosłych wobec rodzicielstwa (Komorowska-Pudło, 2015a, s. 29-57).

Coraz częściej zdarza się, że dziecko w hierarchii wartości małżonków nie zajmuje najważniejszego miejsca. Zwiększa się liczba młodych ludzi, którzy myślą o indywidualnym rozwoju i świadomie decydują się na mniejszą liczbę dzieci lub na bezdzietność. Nie decydują się na większą liczbę dzieci głównie z powodów finansowych lub braku czasu na koncentrowanie się na ich wychowywaniu. Plany życiowe młodych ludzi o wyższym poziomie wykształcenia związane są często ze sferą zawodową, doksztalaniem, znalezieniem atrakcyjnej pracy, zabezpieczeniem finansowym, a dopiero później z planami prokreacyjnymi (por. Stańczak i in., 2019).

Bardziej otwarte na rodzicielstwo są kobiety niż mężczyźni i osoby zaangażowane religijnie (Dyczewski, 2007, s. 26-28). Podobne wnioski można wyciągnąć z wielu innych badań przeprowadzonych w ostatnich dekadach na terenie Polski (zob. Komorowska-Pudło, 2013, 154-175, 297-313, 354-358), choć w przypadku młodzieży pełnoletniej czynnik religijności nie różnicował deklaratywności do rodzicielstwa (zob. Komorowska-Pudło, 2015b, s. 160). Czynniki warunkujące dojrzałość postaw wobec rodzicielstwa u badanych osiemnasto- i dziewiętnastoletnich kobiet, to wysoki poziom ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności, wysoka samoocena, wysoki poziom wartościowania instytucji rodziny, niezazywanie narkotyków, wysoki poziom wiedzy o płciowości oraz uczenie się w liceum ogólnokształcącym. Dojrzałym postawom młodych mężczyzn wobec rodzicielstwa sprzyjał wysoki poziom ugodowości, niepalenie papierosów, dobre wyniki w nauce, dobre relacje z własnymi matkami i ojcami, wyższe wykształcenie matek oraz wychowywanie się w domach, w których matki były bardziej zaangażowane religijnie. Deklaracja posiadania dzieci była częstsza wśród nastoletnich kobiet o wysokim poziomie ugodowości, wysoko wartościujących instytucję rodziny, dobrze uczących się i wychowywanych przez matki i ojców o niższym poziomie wykształcenia. Deklaracja ta była częstsza wśród młodych mężczyzn o wysokim poziomie ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, wysoko wartościujących instytucję rodziny, posiadających wysoki poziom

wiedzy o płciowości, uczących się w liceach ogólnokształcących, posiadających dobre relacje z ojcami oraz matki o większym zaangażowaniu religijnym. Sprzeciw wobec aborcji ujawnił się u młodych kobiet o wysokim poziomie ugodowości i sumienności oraz u mężczyzn o wysokim poziomie wiedzy o płciowości, zamieszkujących małe miasta i wychowywanych przez matki bardziej zaangażowane religijnie (zob. tamże, s. 75-368).

Jan Rostowski (za: Rostowski, Rostowska, 2014, s. 142-143) zwracał uwagę, że dla postaw wobec rodzicielstwa duże znaczenie ma wykształcenie. Wiąże się ono ze statusem społecznym, z podejmowaniem pracy, z charakterem tej pracy i z podziałem ról w rodzinie. Z badań wynika, że wyższy poziom wykształcenia partnerów wiąże się z większymi trudnościami w jednoznacznym podziale ról, szczególnie ról rodzicielskich. Okazuje się, że im wyższe wykształcenie posiadają rodzice, tym mniejszą czerpią satysfakcję z posiadania dzieci, w porównaniu do osób, które mają niższy poziom wykształcenia. Badacz wskazuje, że z różnorodnych analiz wynikało, iż najbardziej korzystny dla wychowywania dzieci jest średni poziom wykształcenia rodziców, a mniej korzystne jest wykształcenie wyższe bądź najniższe. Różnice dotyczące postaw wobec rodzicielstwa związane są także z płcią badanych w kontekście ich wykształcenia. Mężczyźni posiadający wyższe wykształcenie są bardziej zadowoleni z posiadania dziecka niż kobiety o takim samym wykształceniu. One mają więcej problemów w pogodzeniu ról rodzicielskich i zawodowych, co wiąże się z niższym poziomem ich zadowolenia z pełnionych funkcji.

Z badań wynika, że wśród wielu przyczyn, które związane są z niechęcią posiadania dzieci, znajdują się: nastawienie na samorozwój, inwestowanie w pracę zawodową, brak partnera, niechęć partnera do posiadania dzieci, stosowanie metod planowania rodziny, brak poczucia bezpieczeństwa, odkładanie rodzicielstwa na późniejsze lata życia, przykre doświadczenia życiowe (niejednokrotnie w rodzinie pochodzenia), ambiwalentny stosunek do rodzicielstwa, lęk przed porodem (Slany, 2002, s. 110-111). Odkładanie decyzji prokreacyjnych związane jest z: aspiracjami edukacyjnymi, pragnieniem zdobycia pracy, dużą konkurencją na rynku pracy, problemami w zdobyciu własnego mieszkania, problemami materialnymi młodych ludzi, którzy chcą zbudować rodzinę oraz z trudnościami, które są związane z pogodzeniem obowiązków zawodowych i rodzinnych. Poza tym, na postawy wobec rodzicielstwa oddziałują takie czynniki psychologiczne, jak: zrównoważenie, dojrzałość społeczno-uczuciowa kobiet i mężczyzn, poziom ich wewnętrznej autonomii i doświadczenia indywidualne, głównie w życiu małżeńskim (Zawadzka, 2001, s. 202). Mniejsza liczba urodzeń występuje wśród kobiet, które zajmują bardziej eksponowane stanowiska, ale też u osób posiadających wyższe standardy materialne. Z reguły liczniejsze potomstwo występuje wśród małżonków posiadających niższe dochody. Z analizy wynika także, że deficyt mieszkań i bezrobocie to jedno z ważniejszych czynników odkładania decyzji prokreacyjnych przez młodych ludzi, którzy najpierw chcieliby osiągnąć stabilizację ekonomiczną i społeczną. Ponadto młodzi ludzie

dążą do podnoszenia kwalifikacji, co wiąże się z przedłużaniem się okresu nauki. Wszystko to związane jest ze zdobyciem fundamentów pod znalezienie w przyszłości pracy. Czynniki te wpływają na to, że młode pokolenie odkłada na późniejszy czas decyzje prokreacyjne. Zauważa się coraz większe dążenie do konsumpcyjnego stylu życia, związane z pragnieniem zaspokajania różnych potrzeb materialnych i edukacyjnych przez młodych dorosłych. Nie dotyczy to jednak wszystkich młodych ludzi, ponieważ z drugiej strony zauważa się grupę osób, które mimo trudnych warunków materialnych decydują się na rodzicielstwo (zob. Nowak, 2001, s. 38-40).

2. Dojrzałość do rodzicielstwa

Postawy wobec rodzicielstwa uwarunkowane są w dużym stopniu dojrzałością osobowości człowieka. Autorzy zajmujący się badaniem osobowości podkreślają, że osiągnięcie dojrzałości w tej sferze to proces trwający w różny sposób i w różnym czasie u osób podobnych wiekiem, a czynniki warunkujące jej osiągnięcie są specyficzne dla poszczególnych jednostek (Oleś, 2011, s. 247-249). Do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny niezbędne jest osiągnięcie dojrzałości, szczególnie w takich obszarach, jak dojrzałość prawna, czyli osiągnięcie wieku zezwalającego na zawarcie związku małżeńskiego, dojrzałość fizyczna, związana z rozwojem biologicznym umożliwiającym prokreację oraz dojrzałość psychospołeczna, która jest najsilniejszym czynnikiem warunkującym dojrzałość do rodzicielstwa. Wyraża się ona: m.in. poczuciem odpowiedzialności, poczuciem celu i sensu życia, przekonaniem, że zawsze jest się sobą, poczuciem niezależności, przeświadczeniem o swojej dorosłości, samopoczuciem przy prowadzeniu spraw finansowych, głównie w sytuacji, gdy żyje się w niezależności od rodziców. Podstawą dojrzałości do małżeństwa i rodzicielstwa jest, według Teresy Rostowskiej (2003, s. 45-54; por. Ryś, 1999b, s. 32-40; Braun-Gałkowska, 1985, s. 24-27), odpowiedni poziom rozwoju intelektualnego, osobowościowego, uczuciowego i społecznego. Wszystkie te obszary rozwojowe składają się na integralną część dojrzałości osobowej i wyrażają się m.in. poprzez zdolność do racjonalnego i realistycznego spostrzegania, zdolność do logicznego, adekwatnego myślenia i wnioskowania, do podejmowania odpowiednich decyzji, formowania rzetelnych opinii, zdolność do autonomii w myśleniu, opartej na wartościach wyższych. To także umiejętność kontrolowania emocji, prowadzenia partnerskiego stylu komunikacji, okazywania empatii i wrażliwości, okazywania innym dobra i udzielania wsparcia oraz tolerancja odmienności drugiej osoby. Obszary te obejmują również wgląd w siebie, uzyskanie pełnego i adekwatnego obrazu siebie.

Wśród wielu właściwości wskazujących na dojrzałość osobowości i kryteriów jej rozwoju, wskazywanych przez Piotra Olesia (2011, s. 247-259), za szczególnie istotne uznać można w odniesieniu do ról rodzicielskich: posiadanie koncepcji siebie i koncepcji życia,

reagowanie bardziej refleksyjne, dominację procesów świadomych i racjonalnych, zwłaszcza w relacjach interpersonalnych, podejmowanie decyzji po analizie możliwych konsekwencji, ponoszenie odpowiedzialności za podjęte decyzje, niski poziom konfliktowości, posiadanie umiejętności komunikacji interpersonalnej, wysokiego poziomu przystosowania społecznego, choć niekonformistycznego, zdolność wspierania innych, odraczanie reakcji w sytuacjach tego wymagających, umiejętność wyboru celów, opartych na hierarchii wartości. Osoby o dojrzałej osobowości cechują się także stabilną tożsamością, umiejętnością określenia sensu życia oraz realizowania celów osobistych i ponadosobistych, przewidywania, wskazania czynników sprzyjających pełnemu rozwojowi człowieka, stosowania się do zasad i norm panujących w danej społeczności, odpowiedzialnością za siebie i za innych. Osoby o dojrzałej osobowości potrafią stworzyć środowisko korzystne dla rozwoju i satysfakcji z życia, w którym funkcjonują, dążą do mądrości, podejmują pracę nad doskonaleniem siebie. Dzięki temu mają możliwość integracji własnej tożsamości, jednocześnie zachowują własną wolność i autonomię. Jednostki pogłębiające dojrzałość własnej osobowości dążą do powiększania wewnętrznego bogactwa, zdobywają wiedzę, kształtują przekonania, poszerzają horyzonty własnego myślenia, są otwarte na nowe idee, akceptują lub tolerują odmiennosc poglądów i zachowań innych osób, wytrwale realizują zadania życiowe. Jednostki takie dążą do szczęścia, czerpią i wyrażają radość z życia, doświadczają psychicznego dobrostanu, potrafią zaspokajać swoje potrzeby i realizować wartościowe cele. Cechują się wysokim poziomem odporności na stres oraz wysoką, adekwatną samooceną, dojrzałe ukształtowaną hierarchią wartości, otwartością na pomoc drugiemu człowiekowi, szacunkiem wobec niego, podmiotowym traktowaniem ludzi z uwzględnieniem ich godności i wolności. Osoby o dojrzałej osobowości są prospołeczne, zaangażowane na rzecz dobra wspólnego, potrafią formułować dążenia i wybierać zadania służące innym ludziom oraz przekraczające potrzeby i aspiracje indywidualne. Mają także pogodę ducha i optymizm, cechują się dojrzałą moralnością.

Koncepcja dojrzałej osobowości to, według Marii Ryś (1999a, s. 25-33), pewien idealny wzorzec opisujący jednostkę w kontekście celu rozwojowego. Wśród aspektów składających się na ten wzorzec, niezbędnych do podejmowania ról rodzicielskich, autorka wymienia realne poznanie świata, akceptację siebie obejmującą temperament, charakter, adekwatny obraz siebie, brak takich cech, jak egoizm, dominowanie czy zbytnia nieśmiałość. Jest to jednocześnie przejawianie życzliwości, pogody ducha, zadowolenia z życia, zrównoważenia emocjonalnego, umiejętności w zaspokajaniu potrzeb. Ważnym aspektem dojrzałej osobowości jest postawa miłości w stosunku do innych ludzi, wyrażana życzliwością, dobrocią, zdolnością wybaczenia, tolerancją, nadzieją, naturalnością, spontanicznością, poczuciem humoru, nawiązywaniem serdecznych relacji z innymi, poszanowaniem godności drugiej osoby, umiejętności porozumiewania się i rozwiązywania konfliktów, wyrażaniem uczuć i wzajemnych oczekiwań. Kolejnym

aspektem dojrzałej osobowości jest wewnętrzna integracja trzech sfer: instynktowno-popędowej, psychicznej (związanej m.in. z potrzebami bezpieczeństwa, uznania i miłości) oraz sfery duchowej (wyrażającej się posiadaniem sensu życia i potrzeb religijnych, transcendentnych). Jeśli jednostka osiągnie pełną integrację tych sfer, jej dojrzałość będzie wyrażała się w harmonii obejmującej osobowość, motywację, system wartości, aspiracje, potrzeby i uczucia. Osiągnięcie takiej dojrzałości przez człowieka umożliwi mu poczucie wolności, nawiązywanie głębokich i trwałych więzi, radzenie sobie z emocjami, umiejętność okazywania innym sympatii, miłości i zaufania. Osoba taka jest zadowolona z życia, ma silny charakter, jest odpowiedzialna, podejmuje działania na rzecz innych, działa skutecznie, osiąga realistyczne cele, umie i odpoczywać i wydajnie pracować. Istotnym aspektem dojrzałej osobowości jest posiadanie celów motywujących do rozwoju i działania oraz hierarchii wartości, ukierunkowującej znaczenie podejmowanych działań, przejawianie postaw moralnych i zasad życiowych. W przypadku małżeństwa i rodzicielstwa dojrzałość ściśle wiąże się z trwałością związku, z wiernością, z wyborem metod planowania rodziny, decyzją o poczęciu dziecka. Kolejny aspekt dojrzałości osobowości łączy się z szerokimi zainteresowaniami jednostki, giętkością jej umysłu, gotowością do poznawania świata, powstrzymaniem się od pochopnych sądów i ocen, koncentrowaniem się na problemach, zadaniach i obowiązkach, a także postawą wobec życia, związaną z wewnętrzną integracją, dojrzałością emocjonalną i z oceną świata. Człowiek dojrzały liczy się ze społecznymi wymaganiami, jest tolerancyjny, szanuje odmienne poglądy, postawy, idee. Istotne cechy konstruktywnej postawy życiowej to optymizm, nadzieja i radość życia, pasja działania, asertywność. Kolejne aspekty dojrzałości osobowości, niezbędne w realizowaniu funkcji rodzicielskich, obejmują twórczość w jakiejś dziedzinie oraz gotowość do poświęceń, związaną z empatią, umiejętnością rezygnowania z własnych interesów i preferencji.

Toni Antonucci i Karen Mikrus (za: Rostowska, 2003, s. 51-52) podkreślają efekt zwrotny występujący pomiędzy dojrzałym rodzicielstwem a kształtowaniem dojrzałej osobowości. Pełnienie ról rodzicielskich może sprzyjać obniżaniu się egocentryzmu, wpływać na podwyższenie się poczucia odpowiedzialności, może warunkować wzrost poziomu empatii. Posiadanie dziecka jest czynnikiem wzbogacającym samoocenę, przyczyniającym się do podwyższenia poczucia własnej wartości oraz poczucia własnej skuteczności.

3. Podstawy metodologiczne badań własnych

Celem podjętych badań było określenie związku różnych czynników indywidualnych, socjalnych i psychologicznych z postawami młodych dorosłych wobec rodzicielstwa. Dokonano analizy związku takich uwarunkowań indywidualnych, jak wiek badanych kobiet i mężczyzn, ich wykształcenie, wielkość miejsca ich zamieszkania, status

zatrudnienia (zatrudnienie stałe, czasowe, brak zatrudnienia), warunki materialne i status mieszkaniowy (posiadanie/nieposiadanie samodzielnego mieszkania lub domu). Uwzględniono także stosunek badanych osób do środków uzależniających (papierosy, alkohol, narkotyki), mierzony skalą częstotliwości ich używania. Wnikliwej analizie poddano cechy osobowości respondentów oraz poziom takich właściwości indywidualnych, jak poczucie satysfakcji z życia, optymizm, poziom inteligencji emocjonalnej, skuteczność radzenia sobie z trudnościami, poziom integracji własnej tożsamości, samoocena, w tym poczucie bycia kochanym oraz system wartości w odniesieniu do wartości religijnych i hedonistycznych.

Do zgromadzenia danych wykorzystano różnorodne narzędzia badawcze. *Inwentarz Osobowości NEO-FFI*, autorstwa Paula T. Costy i Roberta R. McCrae, w adaptacji Bogdana Zawadzkiego, Jana Strelau, Piotra Szczepaniaka i Magdaleny Śliwińskiej (1998), służył do pomiaru cech osobowości, takich jak: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumiennność. Współczynnik rzetelności wynosi od 0,68 do 0,82. *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI*, autorstwa Edwarda J. O'Brien'a i Seymoura Epsteina, w adaptacji Diany Fecenec (2008), pozwala na zbadanie samooceny ogólnej i różnych jej szczegółowych wymiarów, m.in. poczucia bycia kochanym, a także poziomu integracji własnej tożsamości. Rzetelność MSEI w poszczególnych skalach wynosiła od 0,70 do 0,90. *Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej PKIE* Aleksandry Jaworowskiej i Anny Matczak (2005) mierzy ogólny poziom inteligencji emocjonalnej oraz jej wymiary składowe. Współczynnik rzetelności wynosi ponad 0,90. *Skala Satysfakcji z Życia – SWLS*, Eda Diener'a i wsp., w adaptacji Zygryda Juczyńskiego (2001, s. 128-135), określa ogólny wskaźnik zadowolenia z życia. Współczynnik rzetelności wynosi 0,87. *Test orientacji życiowej – LOT-R*, autorstwa Michaela E. Scheier'a i wsp., w adaptacji Ryszarda Poprawy i Juczyńskiego (za: tamże, s. 61-71), mierzy dyspozycyjny optymizm. Współczynnik rzetelności wynosi 0,76. *Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES*, autorstwa Ralfa Schwarzera, Michaela Jerusalem'a i Juczyńskiego (za: tamże, s. 89-96), mierzy siłę przekonania o skuteczności radzenia sobie z trudnościami. *Skala Wartości Schelerowskich – SWS*, autorstwa Piotra Brzozowskiego (1995) mierzy poziom oceny różnych grup wartości, w tym wartości religijnych i wartości hedonistycznych. Współczynnik rzetelności wynosi od 0,81 do 0,89 dla poszczególnych skal. Wszystkie wykorzystane w badaniach narzędzia cechowały się wysokimi wskaźnikami trafności. Do zbadania danych indywidualnych i socjalnych oraz częstotliwości kontaktu ze środkami uzależniającymi, a także do pomiaru postaw wobec rodzicielstwa wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Analizy statystycznej dokonano za pomocą wskaźników korelacji Tau-Kendalla, U-Manna Whithneya oraz Chi kwadrat. W opisie wyników badań uwzględniono tak związki istotne statystycznie (do $p < 0,05$) pomiędzy badanymi zmiennymi, jak i związki istotne statystycznie na poziomie tendencji ($p < 0,099$).

W badaniach wzięło udział 480 osób, w tym 240 kobiet i 240 mężczyzn. Badania przeprowadzono na terenie województwa zachodniopomorskiego i lubuskiego w latach 2017-2018 wśród respondentów w wieku 20-35 lat.

4. Psychospołeczne uwarunkowania postaw młodych dorosłych wobec rodzicielstwa w świetle badań własnych

W prezentacji wyników badań zostanie przedstawiona analiza związku wybranych czynników indywidualnych, socjalnych i psychologicznych z postawami respondentów wobec rodzicielstwa. Kolejno zostaną przedstawione dane ukazujące uwarunkowania postaw respondentów wobec rodzicielstwa, w takich szczegółowych obszarach, jak wartościowanie dziecka i rodzicielstwa, deklarowana reakcja na nieplanowane poczęcie dziecka, lęk przed nieplanowanym poczęciem dziecka oraz postawy wobec aborcji.

Ważnym elementem podjętych badań była analiza postaw respondentów wobec osoby dziecka jako wartości oraz wobec rodzicielstwa. Na postawy te składały się przekonania respondentów na temat wzmacniania poczucia szczęścia, więzi małżeńskiej i poczucia sensu życia wynikającego z obecności dziecka w ich życiu, bez względu na psychologiczne, społeczne i materialne koszty związane z rodzicielstwem. Mimo niewielkiej siły związków, jakie ujawniły się w aspekcie uwarunkowań dotyczących wartościowania przez respondentów osoby dziecka i rodzicielstwa, okazały się one dość liczne, szczególnie w odniesieniu do związków czynników psychologicznych cechujących badanych mężczyzn i kobiety z opisywanymi w tym miejscu postawami (tabela 1).

Tabela nr 1a. Związek właściwości psychospołecznych respondentów z wartościowaniem przez nich osoby dziecka i rodzicielstwa

Psychospołeczne uwarunkowania pozytywnego wartościowania dziecka i rodzicielstwa		Wartościowanie dziecka i rodzicielstwa	
		Mężczyźni	Kobiety
Czynniki indywidualne	Wiek	n.i.	n.i.
	Wykształcenie	n.i.	$\underline{r}=0,08$; $p=0,069$
	Picie alkoholu	$\underline{r}=-0,15$; $p=0,000$	$\underline{r}=-0,11$; $p=0,009$
	Zażywanie narkotyków	n.i.	$\underline{r}=-0,14$; $p=0,001$
	Palenie papierosów	$\underline{r}=0,08$; $p=0,059$	n.i.
	Ocena wartości religijnych	$\underline{r}=0,15$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,14$; $p=0,001$
	Ocena wartości hedonistycznych	n.i.	n.i.
Czynniki socjalne	Miejsce zamieszkania	n.i.	n.i.
	Warunki materialne	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,065$	n.i.
	Posiadanie stałego zatrudnienia	n.i.	n.i.
	Posiadanie własnego mieszkania	n.i.	n.i.

Tabela nr 1b. Związek właściwości psychospołecznych respondentów z wartościowaniem przez nich osoby dziecka i rodzicielstwa (cd.)

Psychospołeczne uwarunkowania pozytywnego wartościowania dziecka i rodzicielstwa		Wartościowanie dziecka i rodzicielstwa	
		Mężczyźni	Kobiety
Czynniki psychologiczne	Neurotyczność	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,060$	n.i.
	Ekstrawersja	$\underline{r}=0,18$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,10$; $p=0,021$
	Otwartość na doświadczenie	n.i.	n.i.
	Ugodowość	$\underline{r}=0,18$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,13$; $p=0,003$
	Sumiennosc	$\underline{r}=0,17$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,12$; $p=0,004$
	Inteligencja emocjonalna	$\underline{r}=0,11$; $p=0,008$	$\underline{r}=0,16$; $p=0,000$
	Poczucie satysfakcji z życia	$\underline{r}=0,09$; $p=0,040$	$\underline{r}=0,21$; $p=0,000$
	Dyspozycyjny optymizm	$\underline{r}=0,15$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,08$; $p=0,069$
	Poczucie własnej skuteczności	$\underline{r}=0,16$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,10$; $p=0,013$
	Poczucie bycia kochanym	$\underline{r}=0,18$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,24$; $p=0,000$
	Samooocena	$\underline{r}=0,16$; $p=0,000$	$\underline{r}=0,20$; $p=0,000$
	Integracja własnej tożsamości	$\underline{r}=0,10$; $p=0,019$	$\underline{r}=0,13$; $p=0,002$

Respondenci, przejawiający pozytywne nastawienie do osoby dziecka i do rodzicielstwa, to kobiety i mężczyźni, dla których ważniejsze, niż dla odnoszących się do rodzicielstwa mniej pozytywnie lub wręcz negatywnie, są wartości religijne. Osoby te mają także rzadsze doświadczenia związane z piciem alkoholu. Im częstsze jest jego spożywanie przez respondentów, tym mniej pozytywnie myślą o wartości dziecka w rodzinie. Ponadto, mężczyźni przejawiający pozytywne postawy wobec dziecka i rodzicielstwa znajdują się wśród osób posiadających lepsze warunki materialne niż ci, którzy przejawiają niechętnie postawy wobec rodzicielstwa i jednocześnie deklarują uzależnienie od nikotyny. Kobiety mniej pozytywnie odnoszące się do ról rodzicielskich i wartości dziecka cechują się wyższym poziomem wykształcenia i częstszym zażywaniem narkotyków niż te, dla których omawiane wartości są ważne.

Właściwości psychologiczne, korelujące z bardziej dojrzałym nastawieniem respondentów do osoby dziecka i do rodzicielstwa, obejmowały zarówno u kobiet jak i u mężczyzn: wyższy poziom ekstrawersji, inteligencji emocjonalnej, satysfakcji z życia, dyspozycyjnego optymizmu, skuteczności, poczucia bycia kochanymi, ugodowości i sumiennosci, integracji własnej tożsamości oraz samooceny. Jednocześnie mężczyźni, znajdujący się w tej grupie, cechowali się niższym poziomem neurotyczności. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że negatywne nastawienie do osoby dziecka i do rodzicielstwa częściej występowało wśród introwertyków, osób mało ugodowych i mało sumiennych, nieradzących sobie z umiejętnościami związanymi z inteligencją emocjonalną,

niezadowolonych z życia, mających trudności z poczuciem własnej skuteczności, osób pesymistycznych i cechujących się niskim poziomem poczucia bycia kochanymi, niską samooceną oraz niezintegrowaną własną tożsamością.

W dalszej części badań poddano analizie deklaratywną reakcję młodych dorosłych na pojawienie się w ich życiu dziecka w nieplanowanym przez nich momencie ich życia (tabela 2).

Tabela 2. Związek właściwości psychospołecznych respondentów z akceptowaniem przez nich nieplanowanego poczęcia dziecka

Psychospołeczne uwarunkowania postawy wobec nieplanowanego poczęcia dziecka		Postawa wobec nieplanowanego poczęcia dziecka	
		Mężczyźni	Kobiety
Czynniki indywidualne	Wiek	$r=0,13$; $p=0,004$	n.i.
	Wykształcenie	$r=0,11$; $p=0,013$	$r=0,18$; $p=0,000$
	Picie alkoholu	n.i.	$r=0,09$; $p=0,061$
	Zażywanie narkotyków	n.i.	$r=0,11$; $p=0,021$
	Palenie papierosów	$r=0,16$; $p=0,000$	n.i.
	Ocena wartości religijnych	$r=-0,12$; $p=0,010$	$r=-0,09$; $p=0,036$
	Ocena wartości hedonistycznych	n.i.	$r=0,11$; $p=0,012$
Czynnik i socjalne	Miejsce zamieszkania	n.i.	n.i.
	Warunki materialne	$r=0,20$; $p=0,000$	$r=0,16$; $p=0,000$
	Posiadanie stałego zatrudnienia	n.i.	n.i.
	Posiadanie własnego mieszkania	n.i.	n.i.
Czynniki psychologiczne	Neurotyczność	$r=0,11$; $p=0,015$	$r=0,13$; $p=0,004$
	Ekstrawersja	n.i.	$r=-0,12$; $p=0,010$
	Otwartość na doświadczenie	n.i.	n.i.
	Ugodowość	$r=-0,21$; $p=0,000$	n.i.
	Sumienność	$r=-0,16$; $p=0,000$	$r=-0,10$; $p=0,022$
	Inteligencja emocjonalna	n.i.	$r=-0,08$; $p=0,091$
	Poczucie satysfakcji z życia	$r=-0,12$; $p=0,010$	$r=-0,16$; $p=0,000$
	Dyspozycyjny optymizm	$r=-0,10$; $p=0,038$	$r=-0,10$; $p=0,031$
	Poczucie własnej skuteczności	n.i.	n.i.
	Poczucie bycia kochanym	$r=-0,17$; $p=0,000$	$r=-0,15$; $p=0,001$
	Samoocena	$r=-0,08$; $p=0,075$	$r=-0,19$; $p=0,000$
	Integracja własnej tożsamości	n.i.	$r=-0,23$; $p=0,000$

Nastawienie na zaakceptowanie poczęcia dziecka, mimo że może ono nie być w określonym czasie zaplanowane, ujawniło się częściej wśród mężczyzn i kobiet, którzy

posiadali lepsze warunki materialne, mieli wyższy poziom wykształcenia i cechowali się wyższym poziomem preferowania wartości religijnych. Kobiety akceptujące nieplanowane rodzicielstwo nie miały doświadczenia w zażywaniu narkotyków i rzadziej piły alkohol, a także odrzucały wartości hedonistyczne. Mężczyźni z tej grupy mieli mniejsze doświadczenie w paleniu papierosów lub nie palili ich w ogóle i znajdowali się w grupie respondentów młodszych wiekiem.

Właściwości osobowe respondentów obojga płci akceptujących nieplanowane poczęcie dziecka we własnym związku obejmują niższy poziom ich neurotyczności oraz wyższy poziom sumienności. Postawy takie cechowały osoby odczuwające wysoki poziom satysfakcji z życia i poczucia bycia kochanymi. Jednocześnie wyróżniały się one optymizmem i dobrą samooceną. Kobiety deklarujące otwartość na zaakceptowanie nieplanowanego poczęcia dziecka przejawiały ponadto wyższy poziom ekstrawersji i inteligencji emocjonalnej oraz integracji własnej tożsamości. Mężczyźni znajdujący się w grupie osób otwartych na zaakceptowanie nieplanowanego poczęcia dziecka, poza wyżej wskazanymi właściwościami, cechowali się wyższym poziomem ugodowości.

Respondenci wskazujący inne nastawienie do nieplanowanego poczęcia dziecka, np. rozważanie o oddaniu dziecka do adopcji, czy myślenie o możliwości dokonania aborcji, to częściej osoby o niższym poziomie wykształcenia, odrzucające wartości religijne, doświadczające kontaktu ze środkami uzależniającymi. Są to osoby neurotyczne, o niskim poziomie sumienności, pesymistyczne, niezadowolone z życia, cechujące się niskim poczuciem bycia kochanymi oraz niską samooceną.

Z postawami wobec rodzicielstwa wiąże się także lęk przed nieplanowanym poczęciem dziecka, który ujawnia się u respondentów w związku z podejmowanymi doświadczeniami seksualnymi (tabela 3aib).

Tabela 3a. Związek właściwości psychospołecznych respondentów z przejawianiem przez nich lęku przed nieplanowanym poczęciem dziecka

Psychospołeczne uwarunkowania lęku przed ciążą		Lęk przed ciążą	
		Mężczyźni	Kobiety
Czynniki indywidualne	Wiek	U=3959,000; z=1,71; p=,087	n.i.
	Wykształcenie	n.i.	U=4770,000; z=-2,62; p=,008
	Picie alkoholu	n.i.	n.i.
	Zażywanie narkotyków	n.i.	n.i.
	Palenie papierosów	n.i.	n.i.
	Ocena wartości religijnych	n.i.	n.i.
	Ocena wartości hedonistycznych	n.i.	U=4931,000; z=-1,80; p=,071

Tabela 3b. Związek właściwości psychospołecznych respondentów z przejawianiem przez nich lęku przed nieplanowanym poczęciem dziecka

Czynniki socjalne	Miejsce zamieszkania	U=3224,500; z=-3,30; p=,000	U=4819,500; z=-2,30; p=,021
	Warunki materialne	n.i.	U=3153,000; z=-2,62; p=,008
	Posiadanie stałego zatrudnienia	n.i.	$\chi^2=5695,500$; df=254; p=,000
	Posiadanie własnego mieszkania	n.i.	$\chi^2=735,000$; df=249; p=,000
Czynniki psychologiczne	Neurotyczność	U=3080,000; z=-3,10; p=,001	n.i.
	Ekstrawersja	n.i.	n.i.
	Otwartość na doświadczenie	n.i.	n.i.
	Ugodowość	n.i.	n.i.
	Sumienność	U=3144,500; z=-2,95; p=,003	n.i.
	Inteligencja emocjonalna	n.i.	n.i.
	Poczucie satysfakcji z życia	U=4561,000; z=1,85; p=,063	U=4617,500; z=2,39; p=,016
	Dyspozycyjny optymizm	n.i.	n.i.
	Poczucie własnej skuteczności	n.i.	n.i.
	Poczucie bycia kochanym	U=4609,000; z=1,74; p=,081	n.i.
	Samooocena	U=4556,500; z=1,86; p=,062	U=4894,500; z=1,88; p=,060
	Integracja własnej tożsamości	n.i.	n.i.

Ujawnia się on częściej u respondentów zamieszkujących mniejsze miejscowości. Kobiety odczuwające lęk przed nieplanowaną ciążą charakteryzowały się niższym poziomem wykształcenia, deklarowały, że posiadają gorsze warunki materialne, brak własnego mieszkania, stałego zatrudnienia. Preferowały one w życiu wartości hedonistyczne. Mężczyźni przejawiający lęk przed zajściem ich partnerek w ciążę znajdowali się w grupie respondentów młodszych (20-25 lat).

Respondenci obojga płci, doświadczający wysokiego poziomu lęku przed ciążą, cechowali się niższym poziomem poczucia satysfakcji z własnego życia oraz niższym poziomem samooceny. Mężczyźni ponadto przejawiali wyższy poziom neurotyczności i sumienności, a równocześnie niższy poziom poczucia bycia kochanymi.

Ostatnim elementem badań poświęconych analizie postaw respondentów wobec rodzicielstwa było ich nastawienie do aborcji. Respondenci odnosili się zarówno do akceptacji bądź nieakceptacji zjawiska aborcji jak i otwartości własnej na myślenie o jej dokonaniu w sytuacji, gdyby sami doświadczyli nieplanowanego poczęcia dziecka (tabela 4).

Tabela 4. Związek właściwości psychospołecznych respondentów z ich otwartością na aborcję w wyniku nieplanowanego poczęcia dziecka

Psychospołeczne uwarunkowania postaw wobec aborcji		Postawy wobec aborcji	
		Mężczyźni	Kobiety
Czynniki indywidualne	Wiek	n.i.	$\underline{r}=-0,14$; $p=0,000$
	Wykształcenie	n.i.	n.i.
	Picie alkoholu	$\underline{r}=0,22$; $p=0,000$	n.i.
	Zażywanie narkotyków	$\underline{r}=0,09$; $p=0,038$	$\underline{r}=0,15$; $p=0,000$
	Palenie papierosów	$\underline{r}=0,10$; $p=0,031$	$\underline{r}=0,14$; $p=0,001$
	Ocena wartości religijnych	$\underline{r}=-0,19$; $p=0,000$	$\underline{r}=-0,19$; $p=0,000$
	Ocena wartości hedonistycznych	$\underline{r}=0,13$; $p=0,006$	$\underline{r}=0,14$; $p=0,002$
Czynniki społeczne	Miejsce zamieszkania	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,086$	n.i.
	Warunki materialne	$\underline{r}=0,11$; $p=0,017$	n.i.
	Posiadanie stałego zatrudnienia	n.i.	n.i.
	Posiadanie własnego mieszkania	n.i.	n.i.
Czynniki psychologiczne	Neurotyczność	n.i.	$\underline{r}=-0,16$; $p=0,000$
	Ekstrawersja	$\underline{r}=-0,09$; $p=0,037$	n.i.
	Otwartość na doświadczenie	$\underline{r}=0,13$; $p=0,005$	$\underline{r}=0,09$; $p=0,051$
	Ugodowość	$\underline{r}=-0,11$; $p=0,010$	$\underline{r}=-0,15$; $p=0,000$
	Sumienność	n.i.	$\underline{r}=-0,09$; $p=0,041$
	Inteligencja emocjonalna	$\underline{r}=-0,13$; $p=0,004$	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,067$
	Poczucie satysfakcji z życia	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,078$	$\underline{r}=-0,13$; $p=0,002$
	Dyspozycyjny optymizm	$\underline{r}=-0,11$; $p=0,010$	$\underline{r}=-0,07$; $p=0,098$
	Poczucie własnej skuteczności	n.i.	n.i.
	Poczucie bycia kochanym	$\underline{r}=-0,11$; $p=0,013$	$\underline{r}=-0,13$; $p=0,002$
	Samooocena	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,066$	n.i.
	Integracja własnej tożsamości	n.i.	$\underline{r}=-0,08$; $p=0,056$

Z badań wynika, że respondenci obojga płci otwarci na aborcję w sytuacji nieplanowanej ciąży mieli częstszy kontakt ze środkami uzależniającymi, takimi jak nikotyna i narkotyki. Preferowali wartości hedonistyczne, a odrzucali wartości religijne. Częściej zamieszkiwali w dużych miejscowościach, pili alkohol, wskazywali na gorsze warunki materialne. Kobiety otwarte na aborcję znajdowały się w grupie wiekowej około 30-35 lat.

Respondenci obojga płci, którzy akceptująco odnosili się do możliwości dokonania aborcji w sytuacji, gdyby pojawiło się w ich życiu nieplanowane poczęcie dziecka,

przejawiali wyższy poziom otwartości na doświadczenie, niższy poziom ugodowości, niższy poziom satysfakcji z własnego życia, niższy poziom inteligencji emocjonalnej, niższy poziom poczucia bycia kochanymi i wyższy poziom pesymizmu. Mężczyzn akceptujących aborcję cechuje ponadto wyższy poziom introwersji i niższy samooceny, a kobiety niższy poziom neurotyczności i sumienności oraz integracji własnej tożsamości.

5. Wnioski z badań

Uzyskane wyniki badań pozwalają na określenie uwarunkowań postaw młodych dorosłych wobec rodzicielstwa, zarówno w kontekście płci badanych osób jak i zróżnicowanego kierunku tych powiązań. Nieco więcej związków istotnych statystycznie ujawniło się podczas analizy uwarunkowań psychologicznych niż uwarunkowań indywidualnych i socjalnych, co wskazuje na konieczność prowadzenia dalszych badań umożliwiających udzielenie odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki oddziałują na decyzje i postawy rodzicielskie młodych Polaków.

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że kobiety i mężczyźni ustosunkowujący się pozytywnie tak do osoby dziecka i rodzicielstwa jak i nieplanowanego poczęcia cechują się dojrzałą osobowością. Stanowi ona niezwykle ważny czynnik warunkujący wypełnianie zadań związanych z odpowiedzialnym rodzicielstwem. Natomiast większość uwarunkowań psychologicznych, związanych z negatywnym ustosunkowywaniem się respondentów do osoby dziecka i do rodzicielstwa, z lękiem przed ciążą i otwartością na aborcję ma charakter właściwości określających niedojrzałe cechy osobowości.

Dojrzałym postawom wobec rodzicielstwa sprzyja, w przypadku respondentów obojga płci, wysoka ocena wartości religijnych, niska wartości hedonistycznych, wysoki poziom samooceny, w tym poczucia bycia kochanym i wysoki poziom integracji własnej tożsamości. Właściwościami sprzyjającymi są także: wysoki poziom dyspozycyjnego optymizmu, skuteczności radzenia sobie z trudnościami oraz satysfakcji z życia, niski poziom neurotyczności, wysoki poziom ekstrawersji, ugodowości i sumienności, wysoki poziom inteligencji emocjonalnej. Postawy dojrzałe wobec rodzicielstwa częściej ujawniały się wśród osób zamieszkujących mniejsze miejscowości, posiadających stałe zatrudnienie i średni poziom wykształcenia oraz niekorzystających ze środków uzależniających. Niedojrzałe postawy wobec rodzicielstwa częściej wiążą się z takimi właściwościami indywidualnymi młodych dorosłych, jak niski poziom oceny wartości religijnych a wysoki poziom hedonistycznych, niski poziom samooceny i integracji własnej tożsamości, niski poziom dyspozycyjnego optymizmu, skuteczności radzenia sobie z trudnościami oraz satysfakcji z własnego życia. Postawom niedojrzałym sprzyja także wysoki poziom neurotyczności i introwersji, a niski ugodowości, sumienności i inteligencji emocjonalnej.

Niedojrzałe postawy wobec rodzicielstwa warunkowane są także przez zamieszkiwanie w większych miejscowościach, nieposiadanie stałego zatrudnienia, wyższe wykształcenie i korzystanie ze środków uzależniających.

Z uzyskanych danych jednoznacznie wynika, że istnieje wyraźny związek między dojrzałością psychospołeczną młodych dorosłych a dojrzałością do podejmowania ról rodzicielskich. Biorąc pod uwagę wnioski opisane w niniejszym artykule warto byłoby wskazać na konieczność podnoszenia jakości życia młodych dorosłych w aspekcie psychospołecznym, na wsparcie w podnoszeniu poziomu ich dojrzałości osobowej i kształtowanie poprzez to bardziej pozytywnych postaw wobec rodzicielstwa.

Bibliografia:

- Bee, H. (1998). *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Błasiak, A., Dybowska, E. (2010). Rodzicielstwo i jego znaczenie dla procesu wychowania dziecka, (w:) A. Błasiak i E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, 105-127. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Braun-Gałkowska, M. (1985). *Miłość aktywna*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Brzozowski, P. (1995). *Skala Wartości Schelerowskich – SWS. Podręcznik*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Dąbrowska, Z. (2004). Różne oblicza ojcostwa, *Małżeństwo i Rodzina*, 1, 13-19.
- Dyczewski, L. (2007). Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia, (w:) L. Dyczewski (red.), *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, 11-34, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Fecenec, D. (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny. Polska adaptacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Gurba, E. (2011). Wczesna dorosłość. (w:) J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, 287-311, Warszawa: Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hryniewicz J. (2006). Rodzina i ekonomia. Uwarunkowania ekonomiczne i społeczne powstawania i rozwoju rodzin, *Życie i Myśl*, 19, 24-39.
- Jaworowska, A., Matczak, A. (2005). *Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej PKIE. Podręcznik*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Komorowska-Pudło, M. (2013). *Seksualność młodzieży przelomu XX i XXI wieku*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Komorowska-Pudło, M. (2015a). Jakość relacji w małżeństwach osób z doświadczeniem ciąży przedmałżeńskiej, (w:) D. Opozda, M. Loyola-Opiela, D. Bis i E. Świdrak (red.), *Rodzina miejscem integralnego rozwoju i wychowania*, 29-57, Lublin: Wydawnictwo Episteme.

- Komorowska-Pudło, M. (2015b). *Psychospołeczne uwarunkowania postaw młodzieży wobec seksualności*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Kwak, A., Wolfe M. (2001). Tradycyjny czy partnerski model realizacji ról rodzicielskich, (w:) H. Cudak i H. Marzec (red.), *Współczesna rodzina polska*, 151-161, Piotrków Trybunalski: Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.
- Nowak, M. (2001). Funkcja prokreacyjna współczesnej rodziny polskiej, (w:) H. Cudak i H. Marzec (red.), *Współczesna rodzina polska*, 33-40, Piotrków Trybunalski: Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.
- Oleś, P. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Plutecka, K. (2013). *Ojciec wobec osiągnięć edukacyjnych dziecka niesłyszącego*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pospiszyl, K. (2004). Ojcostwo w życiu mężczyzny, *Małżeństwo i Rodzina*, 2, 24-28.
- Rostowska, T. (2003). Dojrzałość osobowa jako podstawowe uwarunkowanie życia małżeńskiego i rodzinnego, (w:) I. Janicka i T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, 45-55, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Rostowski, J., Rostowska, T. (2014). *Małżeństwo i miłość. Kontekst psychologiczny i neuropsychologiczny*, Warszawa: Difin SA.
- Ryś, M. (1999). Ku dojrzałości osobowej, (w:) K. Ostrowska i M. Ryś (red.), *Wychowanie do życia w rodzinie*, 22-33, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Ryś, M. (1999). *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Sikorska, M. (2009). Matka „chora” zamiast „złej” – o nowych wzorach macierzyństwa, (w:) M. Sikorska (red.), *Być rodzicem we współczesnej Polsce. Nowe wzory w konfrontacji z rzeczywistością*, 13-33, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Slany K. (2002), *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: NOMOS.
- Stańczak J., Stelmach K., Urbanowicz M., *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/malzenstwa-i-dzietnosc-w-polsce,23,1.html> (20.03.2019).
- Zawadzka, B. (2001). Przygotowanie młodzieży do małżeństwa i życia rodzinnego, (w:) H. Cudak i H. Marzec (red.), *Współczesna rodzina polska*, 201-212, Piotrków Trybunalski: Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Podręcznik, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Ziółkowska, B. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, 423-468, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dr Zofia Frączek, <https://orcid.org/0000-0002-4572-5123>

Institut Pedagogiki

Uniwersytet Rzeszowski

Ochrona rodziny i wartości życia rodzinnego w perspektywie wybranych polskich regulacji prawnych, w dokumentach międzynarodowych oraz aktualnych propozycjach rządowych

Protection of the family and the value of family life from the
perspective of selected Polish legal regulations, international
documents and current government proposals

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.312>

Abstrakt: Na znaczenie wartości rodziny dla danego społeczeństwa i państwa wskazują tworzone regulacje prawne chroniące rodzinę. Prawo jest jednym z podstawowych i nieodłącznych instrumentów polityki państwa wobec rodziny. Polska rodzina jest chroniona przez wiele aktów normatywnych, ale szczególną rolę w tym względzie odgrywa Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Odpowiednie uregulowanie ustawowe różnych aspektów funkcjonowania rodziny sprzyja jej ochronie i innym wartości życia rodzinnego (np. małżeństwa, dziecka) oraz ułatwia wypełnianie przez nią przypisywanych jej funkcji i zadań. Tekst ten stanowi przegląd najistotniejszych regulacji prawnych stojących na straży dobra samej rodziny i innych wartości życia rodzinnego. Dokonano w nim także wglądu w wybrane dokumenty międzynarodowe i aktualne propozycje rządowe.

Słowa kluczowe: rodzina, małżeństwo, dziecko, regulacje prawne

Abstract: The meaning of family as a value for society and country is pointed by the legal regulations concerning family protection. The law is one of basic and inseparable tools of a country's policy towards the family. The Polish family is protected by many normative acts, but the Constitution of the Republic of Poland and the Family and Guardianship Code play a special role. Proper legal regulations of different aspects of family functioning favour its protection and the protection of other family- life values (marriage, child) as well as simplify the challenges and functions fulfilled by the family. The text is an overview of the most important legal regulations upholding the good of the family itself and other family-life values. It also includes an overview of chosen international documents and current government ideas.

Keywords: family, marriage, child, legal regulations

Wprowadzenie

Ochrona prawna rodziny jest jedną z najważniejszych zasad konstytucyjnych, która znajduje rozwinięcie i konkretyzację w przepisach ustaw szczegółowych, przede wszystkim

w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. Wiąże się ona także z przyjętymi przez Polskę uregulowaniami międzynarodowymi, takimi jak Konwencja o Prawach Dziecka czy Europejska Karta Społeczna. Zatem przepisy prawne dotyczące rodziny znajdują dla siebie miejsce w rozmaitych aktach prawnych, należących do różnych dziedzin prawa. Stąd też wynika trudność w całościowej analizie tych przepisów. Niemniej jednak ranga unormowań zawartych we wskazanych aktach normatywnych stwarza konieczność, chociażby ogólnego ich scharakteryzowania.

1. Wartość rodziny i inne wartości z nią związane w polskich regulacjach prawnych

W całym systemie prawnym nie sformułowano jednej, uniwersalnej definicji rodziny (Smyczyński, 2009, s. 2 i nast.). Nie zagłębiając się w szczegóły konkretnych uregulowań prawnych, które mają często wymiar instrumentalny i prakseologiczny, stosowane są bowiem w różnych obszarach życia społecznego, warto zwrócić uwagę na stanowisko J. Ignatowicza, który wskazuje, że gdy chodzi o skład osobowy rodziny, to trzeba przyjąć, iż rodzinę tworzą już sami małżonkowie od chwili zawarcia związku małżeńskiego. Małżeństwo bezdzietne, jak zaznacza autor, jest bowiem również rodziną (Ignatowicz, Nazar, 2005, s. 52).

Analizę systemu ochrony prawnej wartości rodziny należy bez wątpienia rozpocząć od Ustawy Zasadniczej. Prawa rodziny i prawa dziecka stanowią bowiem dobra prawnie chronione, przede wszystkim przez przepisy obowiązującej Konstytucji RP. W art. 18 określa ona małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny oraz deklaruje, iż jako takie – obok rodziny, macierzyństwa i rodzicielstwa – znajduje się ono pod ochroną i opieką Państwa. Ponadto, przyznaje rodzicom prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami, uznając ograniczenie i pozbawienie praw rodzicielskich za sytuację wyjątkową – może to nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i wyłącznie na podstawie prawomocnego wyroku sądowego. Natomiast w art. 48 Konstytucji czytamy, iż „to rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność sumienia i wyznania oraz przekonania”. Z artykułem tym ściśle wiąże się dyrektywa dotycząca prawa do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego oraz religijnego (Konstytucja RP, art. 53). Należy również zauważyć, że Ustawa Zasadnicza nakłada na Państwo obowiązek uwzględniania w swej polityce, tak społecznej jak i gospodarczej, dobra rodziny. Stwierdza, iż rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wielodzietne i niepełne, mają prawo do szczególnej pomocy ze strony władz publicznych (Konstytucja RP, art. 71). Natomiast art. 72 Konstytucji RP zapewnia ochronę praw dziecka. Zgodnie z treścią tego artykułu każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją. Dziecko

pozbawione opieki rodzicielskiej ma prawo do opieki i pomocy władz publicznych. Warto dodać, iż stosunki rodzinne, a w zasadzie małżeńskie, są regulowane w prawie polskim z poszanowaniem konstytucyjnej zasady równych praw kobiet i mężczyzn we wszystkich dziedzinach życia. Wyraża to art. 33 ust. 1 Konstytucji RP w sformułowaniu, że: „kobieta i mężczyzna w Rzeczypospolitej Polskiej mają równe prawa w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym”. Drugi ustęp niniejszego artykułu gwarantuje kobietom i mężczyznom równe prawo m.in. do kształcenia, zatrudnienia i awansów, do jednakowego wynagrodzenia za prace jednakowej wartości, do zabezpieczenia społecznego oraz do zajmowania stanowisk.

Przepisy ustaw zwykłych lub aktów wykonawczych muszą uwzględniać konstytucyjną zasadę ochrony wartości rodziny. W przypadku zaistnienia sprzeczności mogą być zaskarżone do Trybunału Konstytucyjnego przez właściwy podmiot. Należy podkreślić, że realizacja konstytucyjnych zasad ochrony rodziny często zależy od uregulowań w zakresie prawa podatkowego czy ubezpieczeniowego (Zięba – Załucka, 2005, s. 188 – 193).

Podstawowe zasady prawne, dotyczące ochrony wartości rodziny oraz wartości małżeństwa, zostały zawarte również w ustawie z 25 lutego 1964 roku – w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. Małżeństwo, rozumiane jako związek kobiety i mężczyzny, na którym została zbudowana rodzina, oparte jest o zasady: monogamii, trwałości, równouprawnienia, świeckości. Aby jednak doszło do zawarcia związku małżeńskiego muszą być spełnione określone warunki. Mężczyzna i kobieta muszą być jednocześnie obecni i złożyć przed kierownikiem stanu cywilnego zgodne oświadczenia, że wstępują ze sobą w związek małżeński (k.r.i o. art. 1, § 1). Nie może zawrzeć małżeństwa osoba nie mająca ukończonych lat 18. Należy przy tym zaznaczyć, iż z ważnych powodów sąd opiekuńczy może pozwolić na zawarcie małżeństwa kobiecie, która ukończyła lat 16, a z okoliczności wynika, że zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem rodziny (k.r.i o. art. 10, § 1). Próba rozciągnięcia tej zasady na mężczyzn (inicjatywa na rzecz równości) nie powiodła się. W związku z tym, adolescencja chłopców 16-letnich nie predestynuje ich do podołania takiemu wyzwaniu ze względu na dobro rodziny¹. Z podobnych względów nie mogą również zawrzeć związku osoby: ubezwłasnowolnione, chore psychicznie lub niedorozwinięte umysłowo (zgoda sądu), pozostające we wcześniejszym związku, spokrewnione w linii prostej, rodzeństwo, powinowaci (zgoda sądu), czy będące w stosunku przysposobienia.

Prawa i obowiązki małżonków dotyczą przede wszystkim: równouprawnienia (m.in. wspólne rozstrzygnięcie o sprawach rodziny, wspólne decyzje wobec dzieci, osobiste starania

¹ M. Kaczmarek, *Standardy prawa rodzinnego – zagadnienia prawne dotyczące dziecka i rodziny. Materiały szkoleniowe dla osób pracujących z dzieckiem i rodziną*, s. 9. (<http://frs.pl/materiały.php>) (data dostępu: 25.11.2019).

każdego małżonka o wychowanie dzieci); obowiązku wspólnego pożycia i współdziałania dla dobra rodziny; obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny (równe zaspakajanie potrzeb wszystkich członków rodziny, praca zarobkowa), a także wzajemnej reprezentacji małżonków i solidarnej odpowiedzialności.

Prawa rodziny, a w szczególności wartość małżeństwa chroniona jest przede wszystkim poprzez normy zakazujące udzielenia rozwodu, gdy zaistnieje jedna z następujących przesłanek:

- jeżeli między małżonkami nie nastąpił zupełny i trwały rozkład pożycia;
- jeżeli wskutek niego miałyby ucierpieć dobro wspólnych małoletnich dzieci małżonków albo jeżeli z innych względów orzeczenie rozwodu byłoby sprzeczne z zasadami współżycia społecznego;
- jeżeli żąda go małżonek wyłącznie winny rozkładu pożycia, chyba że drugi małżonek wyrazi zgodę na rozwód, albo, że odmowa jego zgody na rozwód jest w danych okolicznościach sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (k.r.o., art. 56).

Warto dodać, że sąd – zanim podejmie decyzję o rozwodzie – może skierować strony do mediacji (Kodeks postępowania cywilnego, art. 436). Ponadto sąd obligatoryjnie zawiesza postępowanie w sprawie o rozwód, jeżeli nabierze przekonania, że istnieją widoki na utrzymanie pożycia małżeńskiego (k.p.c., art. 440 § 1).

Zgodnie z treścią przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego rodzice i dzieci są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się (k.r.o., art. 87). Rodzice sprawują władzę rodzicielską nad dzieckiem, a dziecko winne jest im posłuszeństwo. Władzę rodzicielską powinni oni sprawować zgodnie z dobrem swojego dziecka, uwzględniając w podejmowanych decyzjach stopień jego dojrzałości (Kodeks rodzinny i opiekuńczy, art. 95). Nienależyte wykonywanie władzy rodzicielskiej, które zagraża dobru dziecka, wiąże się z ingerencją sądu opiekuńczego, który w zależności od stopnia tego zagrożenia może wydać stosowne zarządzenie, m.in.:

- zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego zachowania z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń;
- określić, jakie czynności nie mogą być przez rodziców dokonywane bez zezwolenia sądu, albo poddać rodziców innym ograniczeniom, jakim podlega opiekun;
- poddać wykonywanie władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego;
- skierować małoletniego do organizacji lub instytucji powołanej do przygotowania zawodowego, albo do innej placówki sprawującej częściową pieczę nad dziećmi;

- zarządzić umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej (k.r.o., art. 109).

W przypadku „przemijającej przeszkody” w sprawowaniu władzy rodzicielskiej sąd opiekuńczy może orzec jej zawieszenie. Zawieszenie zostanie uchylone w wypadku, gdy przyczyna uniemożliwiająca wykonywanie władzy rodzicielskiej ustanie. Przyczyną stanowiącą podstawę do zawieszenia władzy rodzicielskiej może być m.in.: odbywanie przez rodzica wieloletniej kary pozbawienia wolności. Jeżeli jednak władza rodzicielska nie może być wykonywana z powodu trwałej przeszkody (np. przebywanie rodzica w zakładzie leczniczym z powodu nieuleczalnej choroby), albo jeżeli rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej bądź też w sposób rażący zaniedbują swe obowiązki względem dziecka, sąd opiekuńczy może pozbawić rodziców władzy rodzicielskiej (Piasecki, 2009, s. 794-825). Pozbawienie władzy rodzicielskiej może być orzeczone także w stosunku do jednego z rodziców. Sąd może pozbawić rodziców władzy rodzicielskiej w szczególności wtedy, gdy rodzice trwale nie interesują się dzieckiem. W przypadku ustania przyczyny, która była podstawą pozbawienia władzy rodzicielskiej, sąd opiekuńczy może władzę rodzicielską przywrócić (k.r.o., art. 111).

Kodeks cywilny nie jest bezpośrednio związany z ochroną wartości rodziny. Jednakże z punktu widzenia interesów rodziny na podkreślenie zasługują w nim m.in. przepisy dotyczące małoletniego oraz zasady prawa spadkowego. Warto wskazać przede wszystkim na art. 14 k.c., który stanowi, że czynność prawna dokonana przez osobę, która nie ma zdolności do czynności prawnych, jest nieważna. Natomiast – w myśl art. 19 k.c. – w przypadku dokonania przez osobę ograniczoną w zdolności do czynności prawnych jednostronnej czynności prawnej, do której ustawa wymaga zgody przedstawiciela ustawowego, czynność jest nieważna.

W zakresie prawa spadkowego, dobro rodziny zabezpiecza dziedziczenie ustawowe występujące w sytuacji braku testamentu. Wówczas – z mocy ustawy – w pierwszej kolejności powołane są do spadku dzieci spadkodawcy oraz małżonek (k.c., art. 931). Dopiero w braku zstępnych spadkodawcy powołani do spadku zostają małżonek, rodzice i rodzeństwo. Co więcej, w przypadku testamentu, który pomija członków rodziny, prawo przewiduje instytucję „ochronną” - zachówek. Zgodnie z brzmieniem art. 991 k.c. – zstępnym, małżonkowi oraz rodzicom spadkodawcy, którzy byliby powołani do spadku z ustawy, należą się, jeżeli uprawniony jest trwale niezdolny do pracy, albo jeżeli zstępnym uprawnionym jest małoletni – dwie trzecie wartości udziału spadkowego, który by mu przypadł przy dziedziczeniu ustawowym, w innych zaś wypadkach – połowa wartości tego udziału. Natomiast, jeżeli uprawniony nie otrzymał należnego mu zachowku, przysługuje mu przeciwko spadkobiercy roszczenie o zapłatę sumy pieniężnej potrzebnej do pokrycia zachowku, albo do jego uzupełnienia.

Realizacji zasad ochrony i trwałości małżeństwa służy przewidziana w Kodeksie postępowania cywilnego instytucja posiedzeń pojednawczych. Poprzedzają one rozprawę rozwodową i zmierzają do skłonienia małżonków do pojednania ze względu na dobro dziecka i znaczenie trwałości rodziny. Zgodnie bowiem z art. 436 k.p.c., jeżeli istnieją widoki na utrzymanie małżeństwa, sąd może skierować strony do mediacji. Skierowanie to jest możliwe także wtedy, gdy postępowanie zostało zawieszono. Dodatkowo sąd obligatoryjnie zawiesza postępowanie w sprawie o rozwód, jeżeli nabierze przekonania, że istnieją widoki na utrzymanie pożycia małżeńskiego (k.p.c, art. 440, § 1).

Art.572 k.p.c, wskazuje, że w sytuacjach kryzysowych, tj.: przemocy, rażącego naruszenia prawa, wykorzystywania seksualnego dziecka, prawo nie pozwala na swobodną ocenę i kierowanie się w takich sytuacjach własnymi odczuciami. Stosowne przepisy przewidują tzw. społeczny bądź prawny obowiązek powiadomienia. Każdy, komu znane jest zdarzenie zagrażające dobru dziecka i działania rodziców na jego szkodę, obowiązany jest powiadomić o tym sąd. Obowiązek ten spoczywa przede wszystkim na urzędach administracji publicznej, takich jak: policja, placówki oświatowe i instytucje zajmujące się pomocą rodzinie, opiekunowie społeczni, placówki, które powzięły taką informację w związku ze swoją działalnością².

Z kolei Kodeks karny w rozdziale XXVI części szczególnej wymienia szereg przestępstw przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży. Zalicza do nich: bigamię (art. 206 k.k.), fizyczne i psychiczne znęcanie się nad członkami rodziny (art. 207 k.k.), rozpijanie małoletniego (art. 208 k.k.), uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego (art. 209 k.k.), porzucenie osoby małoletniej lub nieporadnej (art. 210 k.k.) oraz uprowadzenie lub zatrzymanie dziecka wbrew woli opiekuna (art. 211 k.k.). Ponadto, w razie popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego lub we współdziałaniu z nim, sąd, uznając za celowe orzeczenie pozbawienia lub ograniczenia praw rodzicielskich lub opiekuńczych, zawiadamia o tym właściwy sąd rodzinny (art. 51 k.k.).

Kolejnym aktem prawnym odnoszącym się do ochrony prawnej rodziny jest ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, która ma na celu przeciwdziałanie demoralizacji i przestępczości nieletnich oraz dążenie do umacniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej i poczucia odpowiedzialności rodzin za wychowanie nieletnich. W przypadkach świadczących o demoralizacji osoby nieletniej ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich nakłada na każdego obowiązek zawiadomiania policji i sądu rodzinnego (Ustawa, 1982, art.4 § 1).

Kodeks postępowania karnego jedynie pośrednio odnosi się do ochrony prawnej rodziny. Jako przykład można wskazać na art. 304 k.p.k., który mówi o tym, że jeżeli

² M. Kaczmarek, *Standardy prawa rodzinnego – zagadnienia prawne dotyczące dziecka i rodziny. Materiały szkoleniowe dla osób pracujących z dzieckiem i rodziną*, s. 8. (<http://frs.pl/materiały.php>) (data dostępu: 25.11.2019).

dowiadujemy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu (np. na szkodę dziecka, przeciwko rodzinie lub opiece), powinniśmy o tym niezwłocznie zawiadomić policję bądź prokuratora.

Kodeks pracy nawiązuje do ochrony interesów rodziny przede wszystkim poprzez ochronę macierzyństwa i ochronę zdrowia kobiet. Przepisy działu ósmego „Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem” stanowią między innymi, że pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę w okresie ciąży, a także w okresie urlopu macierzyńskiego pracownicy, chyba że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z jej winy i reprezentująca pracownicę zakładowa organizacja związkowa wyraziła zgodę na rozwiązanie umowy (art. 177 k.p.). Ponadto – zgodnie z art. 178 k.p. – kobiety w ciąży nie wolno zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, ani bez jej zgody delegować poza stałe miejsce pracy. Co więcej, pracodawca jest obowiązany przenieść na inne stanowisko kobietę zatrudnioną przy pracy wzbronionej kobietom w ciąży oraz w razie stwierdzenia przez zakład społecznej służby zdrowia, że ze względu na stan ciąży nie powinna wykonywać dotychczasowej pracy.

Pracodawca jest obowiązany udzielać pracownicy ciężarnej zwolnień od pracy na zlecenie przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą. Za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia (art. 185 § 2 k.p.). Ponadto przepisy Kodeksu pracy stanowią gwarancję uzyskania przez pracownicę urlopu macierzyńskiego oraz udzielenia jej urlopu wychowawczego.

Na straży dobra i wartości rodziny stoi Ustawa o pomocy społecznej i Ustawa o świadczeniach rodzinnych. Po rozdzieleniu świadczeń pomocy społecznej na świadczenia z ustawy o pomocy społecznej i świadczenia rodzinne, większość świadczeń dotyczących pomocy rodzinie i dziecku znalazła się w ustawie o świadczeniach rodzinnych.

Art. 2 ustawy o pomocy społecznej stanowi, że pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka (art. 3). Odbywa się to poprzez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. W tym zakresie, stosownie do art. 15 ustawy, pomoc społeczna polega w szczególności na: przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń (m.in. zasiłków stałych i okresowych), pracy socjalnej i prowadzeniu niezbędnej infrastruktury socjalnej oraz rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

Zgodnie z art. 2 ustawy o świadczeniach rodzinnych (stan prawny na dzień 27.11.2019r.), świadczeniami rodzinnymi są: zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku

rodzinnego; świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, specjalny zasiłek opiekuńczy oraz świadczenie pielęgnacyjne; zapomoga wypłacana przez gminy, na podstawie art. 22a; świadczenia wypłacane przez gminy na podstawie art.22b; jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka; świadczenie rodzicielskie; zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego; świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne.

2. Wartości życia rodzinnego w dokumentach międzynarodowych

Na straży wartości rodziny, a szczególnie dziecka i innych cennych wartości związanych z życiem rodzinnym, stoją liczne konwencje i pakt międzynarodowe. Mówią one o szeroko rozumianych prawach człowieka, ujmują go jako członka społeczności, w tym także jako członka rodziny. Można to doskonale zauważyć na przykładzie ratyfikowanej przez Polskę 7 czerwca 1991r. Konwencji o Prawach Dziecka. Z przepisów Konwencji wynika zasada nadrzędności kryterium dobra dziecka. Art. 3 zobowiązuje państwa-strony do działania na rzecz zapewnienia dziecku w takim stopniu ochrony i opieki, w jakim jest to konieczne dla jego dobra, mając na względzie prawa i obowiązki rodziców dziecka, opiekunów prawnych lub innych osób prawnie za nie odpowiedzialnych. W art. 9 Konwencja zawiera postanowienia regulujące relacje między interesami dziecka oraz jego rodziców. Wspomniany artykuł zapewnia, że dziecko nie może być oddzielone od rodziców wbrew ich woli, chyba że takie oddzielenie jest konieczne ze względu na najlepiej pojęte interesy dziecka. Decyzję o oddzieleniu mogą podjąć, zgodnie z obowiązującym prawem oraz stosownym postępowaniem, kompetentne władze, podlegające nadzorowi sądowemu. W ust. 3 wspomniany art. 9 podkreśla wyraźnie priorytet interesów dziecka w stosunku do jego rodziców. Utrzymywanie regularnych stosunków osobistych i bezpośrednich kontaktów z obojgiem rodziców jest bowiem przywilejem dziecka, a nie jego rodziców i prawo to może być ograniczone jedynie ze względu na dobro dziecka. Konwencja zobowiązuje państwo, aby zarówno przez odpowiednie ustawodawstwo, jak i na drodze prorodzinnej polityki prawnej, społecznej oraz gospodarczej umożliwiło urzeczywistnienie prawa dziecka do życia i rozwoju w rodzinie. Państwo powinno szanować prawo, obowiązek i wspólną odpowiedzialność obojga rodziców za dziecko i jego rozwój oraz zapewnić im pomoc w wykonywaniu tych obowiązków przez rozwój instytucji w zakresie opieki nad dziećmi.

Konieczność wkraczania państwa w sferę kompetencji rodziców powoduje jednak swoisty konflikt z pierwszeństwem rodziców w wychowaniu dzieci i zasadą niezależności rodziny od wpływów zewnętrznych, dlatego też przepisy Konwencji o prawach dziecka wyraźnie określają przesłanki umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej i zawężają je do sytuacji, gdy: dzieci zostały pozbawione pieczy rodziców z przyczyn związanych z niewłaściwą relacją pomiędzy rodzicami a dziećmi; wynikają one z nagannego sposobu

sprawowania przez rodziców pieczy nad dzieckiem, czyli w sytuacji, gdy rodzice nie wywiązują się należycie z zobowiązań względem dziecka (art. 20).

Konwencja stwierdza, że to rodzice mają prawo do wychowania dziecka i na nich spoczywa główna odpowiedzialność za dzieci. Państwo zaś powinno szanować odpowiedzialność, prawo i obowiązki rodziców wobec dziecka (art. 5). Rozwinięcie tej zasady znajduje odzwierciedlenie w art. 18 Konwencji podkreślającym, że dziecko jest przedmiotem największej troski ze strony obojga rodziców, którzy ponoszą odpowiedzialność za wychowanie dziecka, mając prawo do korzystania z pomocy państwa. Państwo będzie podejmowało niezbędne kroki mające na celu wspomaganie rodziny w wypełnianiu tych funkcji (art. 27). Konwencja o prawach dziecka rodzi zobowiązanie dla państw-stron wobec dzieci i ich rodzin do tego, że będą podjęte programy i działania na rzecz dzieci zmierzające do wyeliminowania ubóstwa, przemocy oraz, że zostaną podjęte strategie na rzecz równych szans edukacyjnych i rozwoju wszystkich dzieci. Prawa dziecka zostały zatem zagwarantowane w Konwencji poprzez nałożony na rodziców obowiązek wychowania dziecka i wypełnianie podstawowych funkcji rodziny - z jednej strony, z drugiej zaś - poprzez zobligowanie państwa-strony Konwencji do tworzenia systemu wspierania rodziny. Konwencja przyznaje w ten sposób pierwszeństwo rodzinie w opiece i wychowaniu dzieci stwierdzając, że ingerencja w sferę władzy rodzicielskiej jest sytuacją wyjątkową (art. 9 ust. 1) i uwzględniającą dobro dziecka (art. 3).

Jak to już zostało wskazane, priorytetowym obowiązkiem rodziców jest wychowywanie swoich dzieci, dbanie o ich zdrowie, rozwój, edukację, godziwe warunki życia. Pamiętać należy, że również na właściwych organach społecznych spoczywa obowiązek dostrzegania i podejmowania odpowiednich działań pomocniczych. W przypadku nagannej postawy ze strony rodziców wobec swoich dzieci, to w gestii tych właśnie instytucji pozostaje egzekwowanie obowiązków rodzicielskich w trybie administracyjno-prawnym.

3. Instytucje chroniące rodzinę i wartości z nią związane

W trosce o ochronę dobra rodziny działa Sąd Rodzinny. Ustawodawca polski przyjął postulat szerokiej kompetencji sądów rodzinnych i przekazał im zdecydowaną większość spraw związanych z problematyką rodzinną (Ignatowicz, Nazar, 2005, s. 65). Sąd rodzinny współpracuje z Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie, które realizują wydawane przez niego orzeczenia w zakresie władzy rodzicielskiej i umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej. Starosta, a w jego imieniu Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ma za zadanie wykonywać orzeczenia sądu i umieścić dziecko we wskazanej formie opieki. Tego typu bezpośrednia zależność nakłada na obie te instytucje konieczność ścisłej współpracy.

Obowiązek ten wzmacniają także przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego³. Nakładają one bowiem na sąd rodzinny, który umieścił dziecko poza rodziną, obowiązek zawiadomienia o tym fakcie właściwe Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Jest ono zobowiązane do udzielenia pomocy rodzinie i składania sądowi opiekuńczemu sprawozdań dotyczących sytuacji rodziny i udzielanej pomocy. Jeżeli pomimo udzielanej pomocy, rodzice dalej rażąco zaniedbują swoje obowiązki lub trwale nie interesują się dzieckiem, sąd może pozbawić ich władzy rodzicielskiej. Sąd zobowiązany jest również do współpracy z organami administracji państwowej w sprawach doboru rodzin zastępczych oraz w sprawach z zakresu i form pomocy państwa dzieciom umieszczonym w rodzinach zastępczych. Sąd rodzinny może także zlecić kuratorowi sądowemu przeprowadzenie wywiadu środowiskowego oraz zwrócić się o informację do właściwej jednostki pomocy społecznej w celu ustalenia danych dotyczących dziecka, m.in.: jego środowiska, warunków wychowawczych, nauki, relacji z rodzicami czy też sytuacji bytowej rodziny (art. 570 [1] k.p.c.).

Centra Pomocy Rodzinie prowadzą aktywną politykę społeczną ukierunkowaną na wielozakresową pomoc dziecku i rodzinie (Kurcz, 2005, s. 125-139). Przede wszystkim mają obowiązek niesienia pomocy rodzinie zastępczej w przewyciężaniu trudności w opiece nad powierzonymi dziećmi. Centrum udziela pomocy rodzinie zastępczej w postaci szkolenia, a w sytuacjach uzasadnionych udziela rodzinie zastępczej również wsparcia w postaci: pracy socjalnej, poradnictwa specjalistycznego, pomocy w podtrzymywaniu więzi pomiędzy dzieckiem a rodzicami biologicznymi i innymi osobami bliskimi dziecku. Centrum ma także obowiązek współpracy z sądem opiekuńczym, który zobowiązuje go do dokonywania stałej – nie rzadziej niż dwa razy w roku – oceny zasadności pobytu dziecka w pieczy zastępczej. Opinia Centrum dotycząca postawy rodziców może mieć duży wpływ na przywrócenie władzy rodzicielskiej, a w sytuacjach krytycznych – na pozbawienie władzy lub zakaz styczności z dzieckiem⁴.

Naprzeciw potrzebom rodzin i z intencją realizacji dobra rodziny wychodzą Miejskie i Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej. Zadaniem gminy – obligatoryjnymi – są m.in.: praca socjalna, opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. To zadania o charakterze wspierającym, których celem jest udzielanie pomocy rodzinom i przeciwdziałanie sytuacjom umieszczania dzieci

³ M. Kaczmarek, *Standardy prawa rodzinnego – zagadnienia prawne dotyczące dziecka i rodziny. Materiały szkoleniowe dla osób pracujących z dzieckiem i rodziną*, s. 23-24. (<http://frs.pl/materiały.php>) (data dostępu: 25.11.2019).

⁴ M. Kaczmarek, *Standardy prawa rodzinnego – zagadnienia prawne dotyczące dziecka i rodziny. Materiały szkoleniowe dla osób pracujących z dzieckiem i rodziną*, s. 22. (<http://frs.pl/materiały.php>) (data dostępu: 25.11.2019).

poza rodziną, jak również integracja oraz wspomaganie osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka (Ustawa, 2004, art. 17).

4. Nowe inicjatywy rządowe i regulacje prawne wspierające rodzinę

Szeroko pojmowane prawo regulujące sytuację prawną rodziny podlega ciągłej ewolucji. Istotnym powodem tych przeobrażeń jest wzrost świadomości społecznej i kultury prawnej obywateli, a co się z tym wiąże ich postulaty dotyczące koniecznych zmian. Konsekwencją winno być tworzenie lepszego prawa stojącego na straży rodziny jako istotnej wartości społecznej.

Przykładem zachodzących przeobrażeń prawnych jest ciągle pojawiające się nowych ustaw powołujących nowe zawody i modyfikujących realizację wsparcia rodzin. W Dzienniku Ustaw Nr 149, poz. 887 opublikowana została Ustawa z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, która miała na celu zreformowanie systemu opieki nad dziećmi pozbawionymi opieki rodziców oraz wspieranie rodzin mających kłopoty wychowawcze. Weszła ona w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku.

Ustawa określa: zasady i formy wspierania rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych; zasady i formy sprawowania pieczy zastępczej oraz pomocy w usamodzielnianiu jej pełnoletnich wychowanków; zadania administracji publicznej w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej; zasady finansowania wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej; zadania administracji publicznej w zakresie postępowania adopcyjnego.

Istotnym elementem ustawy jest wprowadzenie rozbudowanego systemu profilaktyki oraz intensyfikacja działań na rzecz rodziny wychowującej małoletnie dzieci, przeżywającej trudności. Działania profilaktyczne, zgodnie z ustawą, zwrócone są m.in. na rodziny wychowujące dzieci, a jednocześnie niewydolne wychowawczo, dotknięte przemocą, ubogie i zagrożone ubóstwem, przeżywające trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, rodziny zastępcze spokrewnione oraz usamodzielniających się wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych, rodzin zastępczych oraz rodzinnych domów dziecka. W ramach działań profilaktycznych występują następujące priorytety: obowiązek opracowywania przez samorzady gmin lokalnych programów wspierania rodzin wychowujących małoletnie dzieci; konieczność stosowania wczesnej profilaktyki społecznej dla młodych rodzin; środowiskowe formy opieki pozarodzinnej dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym; wprowadzenie stanowiska asystenta rodziny, który niezależnie od pracowników socjalnych zajmowałby się wyłącznie pracą z rodziną; wprowadzenie koordynacji wszystkich instytucji i służb zobowiązanych do wspierania rodziny przez powołanie zespołu interdyscyplinarnego.

W celu wspierania rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych rodzina może zostać objęta pomocą rodziny wspierającej. Rodzina wspierająca, przy współpracy asystenta rodziny, pomaga rodzinie przeżywającej trudności w opiece i wychowaniu dziecka; prowadzeniu gospodarstwa domowego; kształtowaniu i wypełnianiu podstawowych ról społecznych (Ustawa o wspieraniu rodziny, 2011).

Istotną zmianę dla systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej wprowadziła Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy Kodeks rodzinny i opiekuńczy, dzięki której umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej wbrew woli rodziców wyłącznie z powodu ubóstwa jest niedopuszczalne. Umieszczenie takie może nastąpić po wyczerpaniu wszystkich możliwości pracy z rodziną określonych w kodeksie i w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Jedynym wyjątkiem jest sytuacja zagrażająca zdrowiu lub życiu dziecka. Zmiana weszła w życie z dniem 30 kwietnia 2016 roku.

W ostatnim czasie wdrażane są liczne rządowe projekty wspierania rodzin. Jedną z takich propozycji jest program pomocy o nazwie „Rodzina 500 plus”. W ramach tego świadczenia rodzinnego rodzice otrzymują 500 złotych miesięcznie na każde dziecko. Takie zasady przyznawania pieniędzy obowiązują od 1 lipca 2019 roku. Wcześniej, przez ponad 3 lata trwania programu, były one przekazywane na drugie i kolejne dziecko. Jedynie rodziny spełniające kryterium dochodowe mogły otrzymać również świadczenie na pierwsze dziecko lub na jedynaka (z dochodem poniżej 800 zł netto na osobę. Dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym to kryterium dochodowe było wyższe i wynosiło 1200 zł netto).

Świadczenie mogą otrzymać: rodzice; opiekunowie prawni (osoby ustanowione przez sąd jako opiekunowie prawni dziecka); rodziny zastępcze; rodzinne domy dziecka; dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego i specjalistyczno-terapeutycznego (to duża zmiana, do tej pory nie przysługiwało im ono); interwencyjne ośrodki preadopcyjne. Świadczenie jest wypłacane do ukończenia przez dziecko 18. roku życia. Kwota w wysokości 500 złotych w całości trafia do kieszeni rodziców i nie trzeba od niego odprowadzać podatków. Wypłaca je urząd miasta, gminy, ośrodek pomocy społecznej lub centra do realizacji świadczeń socjalnych⁵.

⁵ Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (tj. Dz. z 2018 r. poz. 2134 z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r. poz. 924);
- Rozporządzenie w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o przyznanie świadczenia wychowawczego oraz zakresu informacji, jakie mają być zawarte we wniosku, zaświadczeniach i oświadczeniach niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia wychowawczego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1177).

Ważną inicjatywą ustawodawczą była Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie 1 lipca 2019 r. Obejmuje ona następujące zmiany: zwiększenie podaży usług na rzecz rodziny i dziecka; rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej, tak aby dzieciom pozbawionym opieki rodziców zapewnić stabilne rodzinne środowisko wychowawcze; przekształcenia w obszarze instytucjonalnej pieczy zastępczej, zmierzające do zmniejszenia liczby placówek opiekuńczo-wychowawczych; wzmocnienie zakazu umieszczania w pieczy instytucjonalnej dzieci młodszych; poprawa zasad usamodzielniania pełnoletnich wychowanków pieczy zastępczej; działania na rzecz poprawy procedur adopcyjnych i pozyskiwania większej liczby kandydatów do adopcji na terenie kraju.

Kolejny rządowy program „Dobry start” został wdrożony na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry start” (Dz. U. poz. 1061), a dalej Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 lipca 2019 r. zmieniającego powyższe rozporządzenie.

Świadczenie „dobry start” przysługuje: rodzicom, opiekunom faktycznym, opiekunom prawnym, rodzinom zastępczym, osobom prowadzącym rodzinne domy dziecka, dyrektorom placówek opiekuńczo-wychowawczych, dyrektorom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych – raz w roku na dziecko; osobom uczącym się – raz w roku. Świadczenie to przysługuje w związku z rozpoczęciem roku szkolnego do ukończenia: przez dziecko lub osobę uczącą się 20. roku życia; przez dziecko lub osobę uczącą się 24. roku życia – w przypadku dzieci lub osób uczących się legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności. Świadczenie „dobry start” przysługuje także w przypadku: ukończenia 20. roku życia przez dziecko lub osobę uczącą się przed rozpoczęciem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko lub osoba ucząca się kończy 20. rok życia; ukończenia 24. roku życia przez dziecko lub osobę uczącą się przed rozpoczęciem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko lub osoba ucząca się kończy 24. rok życia – w odniesienia do dzieci lub osób uczących się legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności. W przypadku dziecka biorącego udział w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, świadczenie dobry start przysługuje nie wcześniej niż od roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 7. rok życia. Świadczenie „dobry start”, w wysokości 300 zł, przysługuje osobom, o których mowa. Postępowanie w sprawie świadczenia „dobry start” prowadzi organ właściwy, którym jest: wójt, burmistrz lub prezydent miasta, starosta.

Następną propozycję stanowi funkcjonujący od 2017 roku rządowy program „Mieszkanie Plus”. Polega na budowie tanich mieszkań pod najem. Ma on poprawić dostępność mieszkań, szczególnie dla rodzin wielodzietnych i osób mniej zamożnych, których nie stać na kredyt hipoteczny, a zarabiają na tyle dużo, że nie kwalifikują się do

przyznania mieszkania z zasobów komunalnych. Program został powołany uchwałą Rady Ministrów z dnia 27 września 2016 roku. Działanie programu „Mieszkanie Plus” reguluje ustawa z dnia 20 lipca 2017 roku o Krajowym Zasobie Nieruchomości. Mieszkania powstają na gruntach należących do Skarbu Państwa i samorządów. Najem jest realizowany w formie krótko i długoterminowej. Istnieje także możliwość dojścia do własności. Oprócz opłaty za najem przewidziana jest także opłata eksploatacyjna.

W dniu 13 czerwca 2019 roku Sejm przyjął zgłoszone przez Senat poprawki do nowelizacji ustawy o Krajowym Zasobie Nieruchomości. Krajowy Zasób Nieruchomości będzie mógł budować mieszkania w formule partnerstwa publiczno-prywatnego, tworzyć spółki budujące mieszkania nie tylko z gminami, ale także z firmami (przedsiębiorcami) zajmującymi się budową mieszkań. Wprowadzono jednocześnie warunek, że 50% budowanych mieszkań będzie przeznaczonych na wynajem. Czynsz najmu w mieszkaniach będzie oparty o cenę budowy, a nie ustalany przez urzędników.

Wspieraniu rozwoju najmłodszych dzieci służy realizowany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej program „Maluch plus”, który wspiera rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 - żłobków, klubów dziecięcych i dziennych opiekunów. Beneficjenci programu mogą otrzymać dofinansowanie do tworzenia i funkcjonowania miejsc opieki. „Maluch plus” jest programem rocznym. Jego celem jest zwiększenie dostępności terytorialnej i finansowej miejsc opieki w żłobkach, klubach dziecięcych i u dziennych opiekunów dla wszystkich dzieci, w tym dzieci niepełnosprawnych oraz wymagających szczególnej opieki. Podstawą prawną realizacji programu jest Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.

Kolejną propozycją rządową jest program „Bez PIT dla Młodych”. Z tej ulgi skorzystają osoby, które nie ukończyły 26. roku życia i osiągają przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej, spółdzielczego stosunku pracy oraz umów zlecenia. Zwolnienie z PIT obejmuje przychody młodego podatnika z pracy oraz z umów zlecenia do wysokości 85 528 zł w roku podatkowym. Jednakże w 2019 r. limit zwolnienia będzie wynosił 35 636,67 zł, czyli 5/12 limitu rocznego, ponieważ ulga będzie funkcjonować wyłącznie przez pięć miesięcy, od sierpnia do grudnia 2019 r. Zwolnienie będzie obowiązywać niezależnie od liczby umów lub liczby płatników. Jeżeli zarobki przekroczą próg, to dopiero nadwyżka (ponad 85 528 zł) będzie opodatkowana według skali podatkowej.

Realizację tego programu reguluje Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Weszła ona w życie 1 sierpnia 2019r.

Propozycją w zakresie wspierania seniorów jest tzw. „Trzynastka” dla emerytów, czyli świadczenie z programu „Emerytura Plus”. Po raz pierwszy została ona wypłacona

w maju 2019 roku. „Emerytura Plus”, to jednorazowe świadczenie pieniężne dla emerytów i rencistów w wysokości najniższej emerytury, czyli 1100 zł brutto. Pieniądze były wypłacane „z urzędu”, a nie na wniosek, na podstawie Ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o jednorazowym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów w 2019 r. Otrzymali je: emeryci i renciści z powszechnego systemu ubezpieczeniowego; renciści i emeryci rolnicy; osoby, które otrzymują emerytury pomostowe, nauczycielskie świadczenia kompensacyjne, zasiłki przedemerytalne, świadczenia przedemerytalne, renty socjalne, renty rodzinne oraz renty inwalidzkie i renty wojenne.

Według zapowiedzi rządzących od 2021 roku będzie wypłacona także 14. Emerytura. Obliczono, że świadczenie to otrzyma ponad 90. proc emerytów. Czternastej emerytury nie dostaną osoby, które pobierają najwyższe emerytury, liczone w tysiącach złotych. Osoby, którym przysługiwać będą świadczenia emerytalne na poziomie niższym niż 120 proc. wysokości średniej emerytury będą mogli liczyć na tzw. 14. emeryturę (program w całości obejmie emerytów i rencistów, których świadczenie nie przekroczy około 2900 złotych w 2021 roku).

Ostatnią rządową propozycją jest tzw. „bon turystyczny” o wartości 500 złotych. Jego celem jest wsparcie polskiej rodziny, a w szczególności dzieci poprzez dopłatę do ich wypoczynku w okresie pandemii COVID-19. Beneficjentami tej formy wsparcia pozostają wszystkie dzieci, które korzystają z programu „Rodzina 500 plus”. W przypadku dzieci niepełnosprawnych wsparcie to ma wynieść 1000 złotych. Wykorzystanie bonu, jak wskazują przedstawiciele rządu w przekazach medialnych, będzie możliwe do marca 2022 roku.

Podsumowanie

Podsumowując podjętą problematykę związaną z prawnymi środkami ochrony rodziny, a także wartościami szczególnie ważnymi, związanymi ze środowiskiem rodzinnym, a do takich należy małżeństwo i dziecko, istotne wydaje się odniesienie do zasad stanowiących fundament systemu ochrony prawnej rodziny, a zwłaszcza dziecka. Zasady te można uznać za *lex specialis* w stosunku do ogólnych – humanistycznych i demokratycznych – przesłanek życia społecznego, określonych przede wszystkim w Konstytucji RP. Wskazać przy tym warto na następujące zasady:

1. *Zasadę szczególnej ochrony rodziny.* Wyrażona została zarówno w Konstytucji (art. 18, art. 71), jak i w wielu przepisach k.r.o. oraz ustawodawstwie socjalnym. Ma ona na względzie m.in. współdziałanie dla dobra rodziny (art. 23, 27 k.r.o.), zachowanie małżeństwa zawartego pomimo przeszkody wieku (art. 10 k.r.o.).

2. *Zasada dobra dziecka.* To nakaz skierowany w szczególności pod adresem sądów, placówek opieki społecznej, organów ustawodawczych, aby w swej działalności kierowały

się przede wszystkim kryterium dobra dziecka i należytego zabezpieczenia jego interesów (ogólną dyrektywę w tym zakresie zawiera m.in. art. 3 Konwencji o prawach dziecka).

3. *Zasada niezależności rodziny od wpływów zewnętrznych* (organów władzy państwowej). Zasada ta wyraża postulat, iż nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinę, dom czy korespondencję, ani też na bezprawne zamachy na jego cześć i dobre imię (art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych). Należy w tym miejscu również wspomnieć o prymacie rodziców w wychowywaniu potomstwa.

4. *Zasada równouprawnienia małżonków* (art. 23 k.r.o.). Dotyczy równych praw i obowiązków małżonków, zarówno między nimi samymi, jak i między nimi a ich wspólnymi dziećmi. Istotą tej zasady jest równość mężczyzn i kobiet w stosunkach prawnorodzinnych, w zakresie dziedziczenia oraz w odniesieniu do innych stosunków prawnych.

5. *Trwałości związków małżeńskich*. Nadrzędną ideą przyświecającą tej zasadzie jest utrzymanie i stabilizacja już istniejących stosunków rodzinnych. Ma ona szczególne znaczenie na gruncie przepisów regulujących instytucję rozwodu. Z zasady tej wynika bowiem sposób załatwiania spraw rozwodowych – jeżeli istnieją szanse na utrzymanie małżeństwa, sąd może skierować strony do mediacji -art. 436 k.p.c. (Smyczyński, 2009, s. 18-20).

Niestety, na gruncie stosunków prawnorodzinnych niejednokrotnie zapomina się o powyższych dyrektywach bądź się je lekceważy. Pamiętać jednak należy, iż relacje rodziców z dzieckiem poza sferą emocjonalną, mają także wymiar prawny. Rodzice są odpowiedzialni za dzieci, ciąży na nich obowiązek dbania o ich rozwój i wychowanie. Z drugiej jednak strony właściwe władze publiczne i sądy powinny w porę dostrzegać problemy i podejmować adekwatne do tych problemów środki pomocy rodzinie jako podstawowej wartości społecznej.

Bibliografia:

- Europejska Karta Społeczna* z dnia 18 października 1961 r. (Dz.U. z 1999, Nr 8, poz. 67).
- Ignatowicz, J., Nazar, M. (2005). *Prawo rodzinne*, Warszawa: Wydawnictwo LexisNexis.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483)
- Konwencja o Prawach Dziecka* z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991, Nr 120, poz. 526 z późn. zm.).
- Kurcz, A. (2005). Instytucje wsparcia. Powiatowe centrum pomocy rodzinie, (w:) J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 125-139). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Piasecki, K. (red.) (2009). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo LexisNexis.

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry start” Warszawa, dnia 1 czerwca 2018 r. Poz. 1061.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 lipca 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry start” Warszawa, dnia 18 lipca 2019 r. Poz. 1343.
- Rozporządzenie w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o przyznanie świadczenia wychowawczego oraz zakresu informacji, jakie mają być zawarte we wniosku, zaświadczeniach i oświadczeniach niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia wychowawczego – (Dz. U. z 2019 r. poz. 1177).
- Smyczyński, T. (2009). *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa: Wydawnictwo C. H. Beck.
- Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (tj. Dz. z 2018 r. poz. 2134 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 20 lipca 2017r.o Krajowym Zasobie Nieruchomości (Dz. U. 2017 poz. 1529)
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r. poz. 924).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2002 r. Nr 11, poz. 109 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26czerwca 1974r. Kodeks pracy (Dz. U., Nr 24, poz. 141 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228, poz. 2255).
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o jednorazowym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów w 2019 r., Warszawa, dnia 24 kwietnia 2019 r. Poz. 743.
- Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Warszawa, dnia 26 lipca 2019 r. Poz. 1394.
- Ustawa z dnia 4 lutego 2011r.o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, (Dz. U. 2011 Nr 45 poz. 235).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U., Nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. Nr 149 poz. 887 z późn. zm.).

Zięba-Załucka, H. (2005). *System organów państwowych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*.
Warszawa: Wydawnictwo LexisNexis.

Strony internetowe:

Kaczmarek, M., *Standardy prawa rodzinnego – zagadnienia prawne dotyczące dziecka i rodziny*.
Materiały szkoleniowe dla osób pracujących z dzieckiem i rodziną.
(<http://frs.pl/materiały.php>) (data dostępu: 25.11.2019).

Mgr Agnieszka Marianowicz-Szczygieł, <https://orcid.org/0000-0001-7818-8961>
Instytut Analiz Płci i Seksualności „Ona i On”
Warszawa

Rodzina w procesie przemian społecznych. Multiseksualność a ryzyko implozji demograficznej

Family in the process of social changes.
Multisexuality and a risk of demographic implosion

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.320>

Abstrakt: Wzorce rodziny zmieniały się w różnych epokach historycznych. Aktualne wskaźniki statystyczne dotyczące rodziny są bardzo alarmujące (spadek liczby małżeństw, wzrost rozwodów, spadek dzietności, wzrost liczby dzieci rodzących się poza małżeństwem) i świadczą o już istniejącym ilościowym i jakościowym kryzysie rodziny. Postmodernizm wprowadził nieznane dotąd w historii eksperymentalne formy związków: poliamoria, związki queer, LAT, DINKY, GINK, LiL, sologamia, unloving, które są w artykule kolejno przedstawiane. Seksualność jest w nich odrywana od miłości, a modelowa rodzina - od więzów pokrewieństwa. Ta różnorodność wzorców ujęta została w dwie zasadnicze kategorie: monoseksualność oraz multiseksualność, i nazwana sztuczną Multiseksualnością, w dużej mierze podtrzymywaną i/lub stymulowaną przez technologię i biznes. Wskazano na związek typu rodziny/seksualności z demografią, gdzie to monogamiczne małżeństwo heteroseksualne traktowane jest jako złoty standard. Analizowane są prognozy demograficzne dla Polski w kilku obszarach oraz możliwy optymalny model prorodzinnej polityki społecznej.

Słowa kluczowe: demografia, model rodziny, rodzina, postmodernizm, seksualność

Abstract: Family have patterns varied in different historical ages. Modern family statistics are alarmic (drop in marriage numbers, increase in divorces and the number of children born out of wedlock, decrease in the fertility rate) reveals the current qualitative and quantitative crisis of the family. Postmodern trends have added experimental forms of relationships never known in history before – such as polyamory, queer relationships, LAT, DINKY, GINK, LiL, sologamy, unloving - etc. – which are presented here consecutively. Sexuality is detached from relationship and love, and the family from relationships. This diversity has been described by means of two categories of monosexuality and multisexuality, with the latter being largely supported and/or stimulated by technology and business, and hence labelled here as artificial multisexuality. Attention is drawn to the connection between the family type or sexuality type and demography. Monogamic heterosexual marriage has named a golden standard. A demographic prognosis for Poland and an optimal model of pro-family social policy concludes the article.

Keywords: demography, family, family model, postmodernism, sexuality

1. Historyczne kierunki przemian w rodzinie

Kształt rodziny ewoluował od czasów starożytności, od greckiej i rzymskiej patriarchalnej rodziny rodowej, utożsamianej także z posiadłością w znaczeniu ekonomicznym, obejmującej domostwo, pola, niewolników. W modelu tym niewiele

zmieniło się w epoce feudalizmu, poza oficjalną likwidacją niewolnictwa, choć oczywiście najniższe stany często były traktowane niewolniczo. W epoce kapitalizmu działalność produkcyjna została delegowana poza miejsce zamieszkania, kobiety stopniowo coraz bardziej emancypowały się, podejmowały pracę najemną osiągając niezależność ekonomiczną, ale jednocześnie redefiniowano tradycyjne role męskie i kobiece rodziny patriarchalnej (Gizowski, 2007).

Kapitalizm wysokorozwiniętych krajów zachodnich (era postindustrialna) charakteryzują zjawiska: zmniejszenie się roli autorytetu ojca, wzrost liczby spraw rozwodowych, podniesienie do rangi podmiotowej sfery seksualnej wraz z jej liberalizacją, wzrost indywidualizmu kosztem wspólnoty rodzinnej, emancypacja kobiet na polu zawodowym, politycznym i społecznym, spadek religijności, zwiększenie możliwości adaptacyjnych rodzin do zmian na rynku pracy, porzucenie kryterium płci w przypadku podziału zadań realizowanych w rodzinie, znaczny zakres swobody i niezależności dzieci i młodzieży w rodzinie, spadek liczby potomstwa oraz przejmowanie w coraz większym zakresie przez państwo tradycyjnych funkcji rodziny. Jednocześnie można zaobserwować wzrost liczby związków nieformalnych i tej samej płci, co znajduje coraz szerszą akceptację w ustawodawstwach krajów zachodnich (tamże, s. 315).

H. Bednarski (2008), do katalogu przemian dopisuje: spadek liczby rodzin wielodzietnych i wielopokoleniowych, zamianę rodziny patriarchalnej w egalitarną, zmniejszenie się stopnia kontroli wewnątrz rodzin oraz przez rodzinę zamieszkałą w innych miejscach, delegację zadań opiekuńczo-wychowawczych rodziny do instytucji oświatowo-opiekuńczych, takich jak żłobki, klubiki, przedszkola. „Kolejnym przejawem przemian zachodzących w rodzinie polskiej jest malejący stopień spójności oraz integracji wewnątrz rodziny, co niewątpliwie powoduje jej dezintegrację” (tamże, s. 205). Autor wymienia jeszcze anonimowość rodzin (amorficzność), przeciążenie obowiązkami zawodowymi i domowymi kobiet, co prowadzi do zwiększającego się skonfliktowania małżonków oraz ograniczanie wspólnie spędzanego czasu - co zwiększa wyobcowanie emocjonalne. W coraz bardziej indywidualistycznej kulturze założenie rodziny i posiadanie dzieci spychane jest na dalszy plan, a prymat dźwizy zabezpieczenie materialne i kariera.

2. Aktualne wskaźniki statystyczne dotyczące rodziny

Obecnie w Szwecji zaledwie 18% małżeństw jest trwałych, 60% dzieci rodzi się w związkach pozamałżeńskich, a 20% jest wychowywanych przez samotnych rodziców (Liberska, Matuszewska, 2015, s. 120). W Unii Europejskiej wskaźnik małżeństw wynosi 4,4

na 1000 mieszkańców (najnowsze dostępne dane za 2016 rok), w Polsce 5,1 (najnowsze dane za 2018 rok) - Polska znajduje się w środku skali dla Europy (Eurostat, 2020c)¹.

Wskaźnik rozwodów dla całej UE kształtuje się na poziomie 1,9 (najnowsze dane z 2016 roku), a w Polsce - 1,7 (dane za 2018 rok) - także w tym wymiarze plasujemy się w środku skali, przodują wschodnie kraje postsowieckie (Ukraina - 3,7, Białoruś - 3,5; dane za 2018 rok) oraz kraje skandynawskie. Najniższy wskaźnik ma Kosowo - 0,6 (dane również za 2018 rok), (Eurostat, 2020a)².

Współczynnik zawieranych małżeństw w 1965 roku w UE wynosił 7,8, zaś rozwodów - 0,8 (Eurostat, 2020d)³, aby obecnie osiągnąć dane cytowane powyżej 1,9 (rozwody) oraz 4,4 (małżeństwa). Liczba dzieci urodzonych poza małżeństwem - w UE z poziomu 28% w 2000 roku współczynnik wzrósł do 43% w 2016 roku. Najwyższe dane pochodzą z Norwegii - 56% oraz Islandii - 70% (Eurostat, 2018b)⁴, w Polsce - 24% (GUS, 2018, s. 256).

Żaden z krajów UE nie osiąga naturalnego wskaźnika zastępowalności pokoleń (powyżej 2,0 - liczba dzieci na kobietę w wieku rozrodczym). W 2016 roku wynosił on dla 28 krajów UE - 1,6 (w 2007 - 1,56), zaś w Polsce - 1,39. Najwyższe dane pochodzą z Francji - 1,92 oraz ze Szwecji - 1,85 a najniższe wskaźniki osiągnane są w Hiszpanii i we Włoszech - 1,34 (Eurostat, 2020b)⁵.

Polska znajduje się zdecydowanie bliżej końca skali. Wskaźnik żywych urodzeń spadł w Europie z 18,5 na 1000 mieszkańców w 1964 roku do 10 w 2013 roku. W czasie pomiędzy 2005 a 2015 rokiem średnia wieku kobiet w momencie narodzin pierwszego dziecka wzrosła o rok - do poziomu 30,5 roku (Eurostat, 2018a)⁶. Wskaźniki zastępowalności

¹ Eurostat (2020c). Marriage indicators

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052180_QID_3791ADE4_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_DE,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-052180INDIC_DE,GNUPRT;DS-052180INDICATORS,OBS_FLAG;&rankName1=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName2=INDIC-DE_1_2_-1_2&rankName3=TIME_1_0_0_0&rankName4=GEO_1_2_0_1&sortC=ASC_1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23 (dostęp: 15-06-2020).

² Eurostat (2020a). Divorce indicators

<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (dostęp: 15-06-2020).

³ Eurostat (2020d). Marriage and divorce statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics (dostęp: 14-06-2020).

⁴ Eurostat (9-08-2018b). 43% of births in the EU are now outside marriage,

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180809-1> (dostęp: 14-06-2020).

⁵ Eurostat (3-07-2020b). Fertility indicators/

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (dostęp: 15-06-2020).

⁶ Eurostat (2018a). Archive: People in the EU - statistics on demographic changes,

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes&oldid=390407 (dostęp: 15-06-2020).

pokoleń we Francji, czy Szwecji, wyższe niż średnia dla UE - są raczej skutkiem imigracji, skoro Eurostat notuje, że pomiędzy rokiem 2012 a 2016 wzrost populacji Europy w 80% był skutkiem migracji, zaś zaledwie w 20% naturalnego odradzania się pokoleń (Eurostat, 2017)⁷. Wszystkie te dane nie są więc optymistyczne. Wskazują na wszechstronny - jakościowy i ilościowy kryzys rodziny.

3. Współczesne trendy we wzorcach rodziny, związków i seksualności

Ewolucja dotycząca rodziny trwa nadal, wzorce relacji ulegają w epoce postindustrialnej głębokim przemianom. W oparciu o strukturę rodziny (liczbę osób w rodzinie, liczbę pokoleń w rodzinie, liczbę dzieci w rodzinie) H. Liberska, M. Matuszewska (2015, s. 117) wyróżniają modele kulturowe tradycyjne (katolicki, skandynawski, muzułmański) oraz alternatywne: modernistyczne (partnerski, egalitarny) oraz postmodernistyczne⁸. Modele postmodernistyczne to według autorek: związki kohabitacyjne (pary heteroseksualne mieszkające razem, które nie sformalizowały swojego związku małżeństwem), rodziny patchworkowe (wielorodziny, rodziny odbudowane lub zrekonstruowane) - oparte na powtórnym małżeństwie, które współtworzą także dzieci byłych mężów i żon oraz ich wnuki, związki typu LAT (ang. *living apart together* - bycie osobno razem), w których partnerzy nie decydują się na wspólne zamieszkanie (może być to także tzw. małżeństwo na odległość lub małżeństwo wizytowe), związki DINKS (od ang. *double income, no kids* - podwójny dochód, żadnych dzieci) - tworzone przez pary, które czasowo lub trwale nie decydują się na posiadanie dzieci oraz związki homoseksualne (tamże, s. 124).

Powyższy podział związków postmodernistycznych nie uwzględnia jednak innych, względnie nowych, typów oraz zjawisk dotyczących więzi, w tym modeli seksualności. Zalicza się do nich relacje typu *queer* - o bardzo dużym stopniu dowolności we wszystkich wymiarach, liczba osób jest dowolna, wzorce płci są dowolne, często są to dość przypadkowe osoby, ale identyfikujące się jako rodzina. Nie są to bynajmniej, zjawiska incydentalne lub zupełnie w Polsce nieznanne⁹.

⁷ Eurostat (2017). Archive: People in the EU - statistics on demographic changes. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes (dostęp: 15-06-2020).

⁸ Autorki wyróżniają jeszcze modele operacyjne, oparte o modele psychologiczne oraz odpowiadające im metody diagnostyczne (model kołowy Olsona, model Beaversa, model Minuchina, model McMastera, model Bowena, model zdrowej rodziny Liberskiej i Matuszewskiej) - H. Liberska, M. Matuszewska (2015).

⁹ „Życie społeczne osób nieheteronormatywnych nie jest tak zrytualizowane. (...) każda relacja jest nową przygodą na nieznanym terytorium, czy to między dwoma gejami, dwiema lesbijkami, gejem i lesbijką, czy między trzema lub więcej odmieńcami lub między gejami i heterozytkami. Między płatnym seksem, kochankami, wszystkimi naszymi eks, przyjaciółmi przyjaciółkami, seks-przyjaciółmi, kumplami z knajpy a kochankami przyjaciół z knajpy, przyjaciółmi z knajp kochanków czy kochanek, towarzyszymi, towarzyszkami życia. Odmieńcy tworzą zadziwiająco bogatą paletę

O rodzinach z wyboru („*family of choice*”) wspomina K. Slany (2005), dokonując przeglądu nowych zjawisk w rodzinie ponowoczesnej i tłumacząc tę ideę. Według jej twórców: „nieheteroseksualna zbiorowość ma prawo do wyboru formy rodziny, która odpowiada jej oczekiwaniom i potrzebom” (tamże, s. 32). Nowe formy rodziny są, zdaniem autorki, coraz bardziej oderwane od biologicznej prawdy, a pokrewieństwo rzeczywiste jest mniej ważne od uznaniowego. Znajdziemy tu także przedstawienie innych nowych zjawisk, min.: „*renewed oldies*” - osoby starsze, które nie poświęcają się wnukom, intencjonalne samotne rodzicielstwo (monoparentalność), LiL - *live in lover* (życie z ukochanym), *solos* - singli, poligamię sukcesywną (wielokrotne małżeństwa następujące po sobie). Nosi ona również nazwę *lattice family* (rodzina w kratkę - tłumaczenie własne).

Majka-Rostek (2009) wspomina o rodzinie typu „*friends as family*” (przyjaciele jako rodzina) jako konsekwencji rosnącego indywidualizmu oraz - powołując się na pisarza Krzysztofa Tomasika - mówi o unikaniu „imperatywu heretyckiego”. I. Burkacka (2017) dodaje układy sieciowe seniorów (tamże, s. 65), uzupełnia nazewnictwo. Rodzina patchworkowa to rodzinna układanka lub rodzina posklejana lub wielorodzina (tamże, s. 81), samotne rodzicielstwo to monoparentalność, rodzina zastępcza - rodzina zawodowa. Autorka wymienia także rodzinę dwujądrową (binuklearną; tamże, s. 73) występującą, gdy każde z rodziców niezależnie opiekuje się dzieckiem, np. dzieląc obowiązki po rozwodzie, związki LAT - rodzina nomadyczna. W tym katalogu nie mogło zabraknąć rodziny nuklearnej (rodzice plus jedno lub dwoje dzieci)¹⁰. Autorka wskazuje na konieczność każdorazowego definiowania rodziny, ponieważ współcześnie jest to termin bardzo wieloznaczny. Przytacza model diad Simmla-Tosta, według którego rodzina to co najmniej jedna z diad: rodzic - dziecko lub partner - partner, gdzie obie osoby uważają się za parę (tamże, s. 64).

A. Zaborowska (2014) uważa, że każda tradycyjna forma rodziny ma alternatywną formę: legalnie zawarte małżeństwo - konkubinaty (kohabitację), rodzina z dziećmi - świadomą rezygnację z dzieci, trwałe, dożgonne małżeństwo - rozwód i rodzinę patchworkową, małżeństwo o modelu, w którym to mężczyzna jest głównym dostarczycielem środków do życia - model egalitarny, wyłączność małżeńska - małżeństwa

różnorodnych intymności. Właściwie heretycka kultura powinna się od nas uczyć tego bogactwa, funkcjonowania w takich odmiennych, płynnych relacjach” - to fragment wykładu M.A. Pelczar, (2012). Dom/poczekalnia/scena. Odmienne więzy rodzinne w kulturze „balów”, referat w ramach konferencji na UW: „Nienormatywne praktyki rodzinne”, <https://vimeo.com/channels/npr/videos/page:2/sort:preset> (dostęp: 15-06-2020); W ramach tej samej konferencji posługiwano się takimi określeniami, jak: „niesubordynacja płciowa”, „troska jako wyznacznik pokrewieństwa”, „intencjonalna bezdzietność”, „rodzący mężczyźni”, „homorodziny”, „związki nieheteronormatywne”, „granice w związkach poliamorycznych” (wieloosobowych), „konstruowanie rodzin”, „niemonogamiczne osoby”, „les-rodziny” - UW (2012). Nienormatywne praktyki rodzinne, plan konferencji, online https://nienormatywne.files.wordpress.com/2012/05/program_05-22.pdf (dostęp: 15-06-2020).

¹⁰ Inne nazwy - I. Burkacka (2017, s. 73).

otwarte lub swingerskie, heteroseksualność - homoseksualność, dwójka dorosłych w gospodarstwie domowym - grona przyjacielskie lub układy sieciowe seniorów (tamże, s. 79).

O innych postmodernistycznych trendach w obrębie związków i rodzin, które nie doczekały się jeszcze opracowań naukowych, dowiadujemy się z prasy. The Guardian relacjonuje istnienie GINK - związków bezdzietnych z wyboru, z powodów ekologicznych (ang. *green inclinations, no kids*) (Hymas, 2011)¹¹. Artykuł na ten temat ukazał się w ramach The Guardian Environment Network (sieci ekologicznej). We *France 24* stwierdzono, że narodziny dziecka to oczywista dodatkowa porcja dwutlenku węgla dla planety (Dekimpe, Guggenheim, 2019)¹². Zacytowano tam dane z badań na Lund University w Szwecji, z których wynika, że najlepsza metoda, aby zredukować własny ślad węglowy, to posiadać o jedno dziecko mniej, co daje ponoć oszczędności 58 ton dwutlenku węgla w ciągu życia¹³.

W prasie pojawiają się relacje nt pojedynczych przypadków innych zjawisk, które na razie mają charakter dość incydentalny, ale prawdopodobnie będą one narastać. Są to np.: surogacja w oparciu o wielokrotne wykorzystanie nasienia tego samego mężczyzny, usługi surogacji w ramach tej samej rodziny (np. babcia nosi w łonie dziecko córki), nielegalny handel komórkami rozrodczymi lub usługi w tym zakresie, panseksualizm bez różnicowania płci i modelu seksualności partnera/partnerki, „brodate matki” - czyli biologiczne kobiety przyjmujące męskie hormony, które w procesie tzw. zmiany płci nie przeszły tzw. dolnej chirurgii usuwającej narządy rozrodcze czy związek dwóch osób transseksualnych bez „dolnej chirurgii”, które decydują się na dziecko („matka” jest tu więc de facto ojcem)¹⁴. Wiedzę nt poliamorii (wielozwiązki), promuje Amerykańskie

¹¹ Hymas, L. (2011). I decided not to have children for environmental reasons. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/environment/2011/sep/27/not-have-children-environmental-reasons> (dostęp: 15-06-2020).

¹² Dekimpe, V., Guggenheim, J. (2019). Could going child-free be the answer to our climate crisis?, *France 24*, <https://www.france24.com/en/20190119-down-earth-children-demography-ginks-environment-carbon-dioxide-climate-save-planet> (dostęp: 15-06-2020).

¹³ Na drugim miejscu jest rezygnacja z korzystania z samochodu - co daje oszczędności 2,4 tony CO² w ciągu roku oraz unikanie samolotowych rejsów transatlantyckich - 1,6 ton CO² rocznie na osobę (tamże).

¹⁴ Np.: 1. „tęczowa rodzina” jako dwie lesbijki i gej, biologiczny ojciec 4-miesięcznego chłopca - M. Konarzewska (2013). Rodzina. *Replika*, nr 45, <https://replika-online.pl/rodzina/> (dostęp: 15-06-2020).

2. lesbijska para, która sześć razy skorzystała z nasienia obcego mężczyzny i służy wskazówkami innym podobnym parom; w ten sposób spłodzono pięcioro dzieci - Piotrowski, T. (26 - 05- 2020). Dumne tęczowe mamy, *Replika*, nr 85, <https://replika-online.pl/dumne-teczowe-mamy/> (dostęp: 15-06-2020).

3. babcie, które zgodziły się być surogatkami własnych wnuków - NBC NEWS (1-04-2019). To help gay son, 61-year-old woman gives birth to own grandchild. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/help-gay-son-61-year-old-woman-gives-birth-own-n989651> (dostęp: 13-06-2020) oraz Ritschel, Ch. (10-06-2020). Influencer announces 51-year-old mother is carrying her baby: 'surrogacy is the most selfless gift'. *Independent*. <https://www.independent.co.uk/life-style/surrogate-influencer-gestational-surrogacy-grandmother-breanna-lockwood-ivf-a9559206.html> (dostęp: 15-06-2020).

Towarzystwo Psychologiczne, ale uznaje także za normalność „związki otwarte”, „relacyjną anarchię i inne formy nie monogamicznych form relacji za zgodą partnera”, którą nazywa się tu „różnorodnością relacji”. O tym, jak daleko są zaawansowane te procesy społeczne świadczy chociażby fakt ukazania się na rynku amerykańskim podręcznika dla terapeutów związków poliamorycznych (konsensualnej niemonogamii - czyli CNM): *A Therapist's Guide to Consensual Nonmonogamy: Polyamory, Swinging, and Open Marriage* (Orion, 2018). Na okładce znajdują się ikony obrazujące związek pięciu osób.

Kwestia poliamorii pojawiła się również w naszym kraju, promuje ją między innymi strona Philianizm.pl. Termin *Queer family* oznacza dowolną grupę osób uznających się za rodzinę. Na tym jednak ewolucja czy też może raczej dekonstrukcja rodziny tradycyjnej się nie kończy. Izraelska socjolog Eva Illuoz, w publikacji będącej ukoronowaniem jej 20-letnich studiów nad tym, jak kapitalizm oddziałuje na relacje odważyła się nadać tytuł *The End of Love*, z podtytułem *A Sociology of Negative Relations*, co relacjonuje artykuł „Koniec miłości?” zamieszczony w *Polityce* (Bendyk, 2020). Książka opowiada o różnych formach odwracania, unikania, odrzucania bądź wycofywania się z relacji. Czytamy więc o deinstytucjonalizacji małżeństwa i rodziny, seksu na jedną noc bez zobowiązań, sekstingu, czyli przesyłaniu sobie nagich zdjęć, sologamii - związkach z samym sobą, *incelli* - niechcianego celibatu głównie mężczyzn, którzy nie potrafią znaleźć sobie partnerki, o *ghostingu*, czyli oddalaniu się ze związku bez pożegnania, *unlovingu* (niemiłości) - świadomego niewchodzenia w relacje (seks bez zobowiązań), *commitment phobii* (fobii dotyczącej związków - obawy przed nieudanym związkiem), sankcjonowania reguł związku umową cywilną. Wymiar relacyjny, emocjonalny i seksualny również został dotknięty przez matrycę wolnego rynku i konkurencji. O pozycji społecznej decyduje „kapitał erotyczny”. Produktem ubocznym indywiduacji i swobody seksualnej jest rosnąca niepewność i niebezpieczeństwo tytułowego „końca miłości”. W swoim wywiadzie telewizyjnym Eva Illuoz dodaje (SFR Kultur, 2019), że ludzie coraz bardziej eksplorują swoją seksualność, kolekcjonują partnerów. Kiedyś walczone o wybór partnera, a obecnie walczą się o „nie-wybór” (w znaczeniu dowolności). Większa wolność, bez względu na to, czy rozumiana jest przez niektórych jako progres czy uwstecznienie nie oznacza jednak tu automatycznie większego szczęścia - dodaje. Za tę wolność wyznaczona jest cena niepewności, dotycząca relacji czy pewności w macierzyństwie.

4. biologiczna kobieta, która nie przeszła tzw. *bottom surgery* (dolnej chirurgii), czyli operacji wycięcia zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych, ale przyjmowała męskie hormony, mając więc brodę i wyglądając jak mężczyzna zaszła w ciążę - biologicznym ojcem był mężczyzna, który identyfikował się i ubierał się jak kobieta - Styl.pl (29-05-2020). Modelka była mężczyzną, a jej partner kobietą. Będą mieli dziecko!

<https://www.styl.pl/newsy/gwiazdy/news-modelka-byla-mezczyzna-a-jej-partner-kobieta-beda-mieli-dzie,nId,4523259?fbclid=IwAR1CNBtr0Vf1R7VXeSMuaKWGjIzhRe7MxfuuE9Xe3ZIG4JWJdK0cREmh-kA> (dostęp: 15-06-2020).

Te eksperymentalne formy związków i ewoluowanie relacji podsumował kardynał J. Ratzinger, gdy mówił o:

- 1) o oddzieleniu sfery seksualnej od małżeństwa,
- 2) oddzieleniu seksu od prokreacji,
- 3) oraz oddzielenie seksu od relacji heteroseksualnej (Benedykt XVI, 1986, s. 72-73).

Do tego katalogu można jeszcze dodać:

- 4) oddzielenie osoby od płci,
- 5) oddzielenie seksu od miłości (np. na podstawie doniesień Ewy Illuoz).

Seks staje się więc wyłącznie chwilową przyjemnością pozbawioną celu, kierunku, odpowiedzialności, ale także kontekstu relacyjnego. Seks jest coraz bardziej sprowadzony do zaspokojenia popędu płciowego, na poziomie libidalnym, zwierzęcym. Następuje więc dehumanizacja i prymitywizacja seksu, utrata jego znaczenia. W życie społeczne wkrada się coraz większy chaos.

4. Współczesne wzorce seksualności

Powyższy przegląd aktualnych trendów w życiu rodzinnym i relacyjnym pokazuje olbrzymią zmienność i wielość wprowadzonych do niego eksperymentalnych form. W związku z oderwaniem seksu nie tylko od małżeństwa, ale nawet od kontekstu płci, relacji i miłości zaproponowano skonstruowanie zbiorczej klasyfikacji wzorców współżycia społecznego głównie w oparciu o kryterium wyłączności i uporządkowania związków¹⁵:

1. MONOSEKSUALNOŚĆ - seksualność uporządkowana, względnie przewidywalna i stabilna, oparta na zdefiniowanej wyłączności:

- a. wierna, monogamiczna rodzina oparta o heteroseksualne małżeństwo;
- b. małżeństwa na odległość
- c. rodziny zrekonstruowane.

2. MULTISEKSUALNOŚĆ - brak wyłączności w diadach, seksualność nieuporządkowana, niestabilna, zmienna, ograniczona odpowiedzialność i zaangażowanie lub ich brak:

- a. seksualność eksperymentalna - krótkotrwała i przejściowa stabilizacja w określonych ramach, związek zdefiniowany przez „otwartość” na nowe doświadczenia (poliamoria, związki otwarte, swingowanie);
- b. seksualność ucieczkowa (ghosting, unloving, sologamia, programowe singielstwo) - brak podejmowania ryzyka związku i miłości, przypadkowe zachowania seksualne;

¹⁵ W poniższej analizie nie uwzględniono poligamii, jako formy nie występującej w kręgu kultury europejskiej.

c. kohabitacja¹⁶;

d. związki typu queer - o dużym stopniu dowolności co do liczby partnerów, ich płci, formy związku i relacji, panseksualizm, relacje tworzone przez osoby trans, surogację, przekazywanie nasienia itp.

W klasyfikacji tej nie-uwzględniono form zastępczych rodziny, jak *friends as family*, czy układy sieciowe seniorów, w których nie dochodzi z założenia do relacji seksualnej. Oczywiście, po uwzględnieniu innych wymiarów rodziny, można stworzyć model oparty na zupełnie innych kryteriach (np. DINKS może dotyczyć zarówno małżeństw jak i związków queer). Natomiast wybrany tu, jako kryterium powyższego podziału, wymiar wyłączności czy uporządkowania związków niesie ze sobą najbardziej doniosłe skutki społeczne i jest mocno powiązany z postępem technologicznym i aspektami biznesowymi, które zostaną omówione poniżej.

5. Rola biznesu i nowych technologii w stymulowaniu multiseksualności - sztuczna multiseksualność

Olbrzymią rolę w podtrzymywaniu, a być może także w kreowaniu multiseksualnej i coraz bardziej promiskuitycznej kultury pełnią zdobywcze techniki, nowe technologie i biznes. Nie chodzi tu o zwykłe zarabianie na nienormatywnej czy perwersyjnej seksualności, jak np. na prostytutce, która jest wszak nazywana najstarszym zawodem świata. Ale chodzi tu o sprzyjanie, czy czynienie z technologii i wynalazków koniecznej protezy. Seks w ujęciu multiseksualnym nie może się więc obyć bez nowych technologii. Multiseksualność, zmienność partnerów, zwiększanie liczby partnerów seksualnych nie byłoby możliwe bez prezerwatyw, leków na infekcje przenoszone drogą płciową, szczepionek na choroby powiązane z multiseksualnością (np. HPV), a wcześniej testów na te infekcje, in-vitro, środków antykoncepcyjnych, aborcji, surogacji, leków wspomagających erekcję (viagra itp.), zapewniających względne uniezależnianie się od ograniczeń związanych ze starszym wiekiem, lubrykantów do seksu analnego dla gejów, zabawek erotycznych zastępujących penisy dla lesbijek, a wreszcie Internetu czy aplikacji na smartfony, które ułatwiają nawiązywanie nowych relacji. Hormonalna terapia, czy chirurgia zmiany płci są niezbędne w przypadku osób transgenderowych. Mamy więc tu do czynienia ze sztuczną multiseksualnością, ponieważ jest sztucznie podtrzymywana i uzależniona od biznesu seksu i płodności. Nie od dziś wiadomo, że najlepszy biznes to taki, który opiera się na powszechnych potrzebach dużych grup społecznych, zapewniając łatwy zbyty towarów przy wysokim popycie. Potrzeby seksualne z pewnością spełniają te kryteria. Zdobycze

¹⁶ Zaliczenie tu związków kohabitujących jest z pewnością arbitralne. Przez swoją nieokreśloność i brak odpowiedzialności partnerów za siebie, pomimo tego, że mogą opierać się na zdefiniowanej wyłączności, wydają się bardziej pasować do multiseksualności, choć pod pewnymi względami mogą także pasować do kategorii monoseksualności.

technologii pozwalają uniknąć odpowiedzialności za nowe życie, sterować coraz bardziej nieograniczoną sprawnością seksualną i płodnością, ale nawet wyglądem i poziomem atrakcyjności (operacje plastyczne).

Tak więc w przypadku sztucznej multiseksualności można zaobserwować nierozzerwalny związek między nowymi technologiami a promiskuityczną seksualnością:

- podejmowanie prób zniwelowania negatywnych skutków sztucznej multiseksualności (np. nie ma 100% skutecznych środków antykoncepcyjnych) wymaga nowych wynalazków, powodując nakręcanie spirali nowego biznesu,
- niska cena i łatwy dostęp do nowych technologii dodatkowo gwarantuje i /lub stymuluje upowszechnienie multiseksualności zrywającej z seksualnością skoncentrowaną na inwestowaniu w rodzinę opartą na monogamicznym, wiernym małżeństwie
- reklama i marketing stają się nośnikami nowych wzorców (media chcą się dopasować do rynku reklamodawców),
- edukacja seksualna wychowująca młodzież do permissywnej seksualności bez ukazywania społecznej rangi oraz piękna, mądrości i szczęścia rodziny naturalnej staje się narzędziem przygotowywania rynku zbytu na produkty biznesu sztucznej multiseksualności.

Trzeba zaznaczyć, że bez ingerencji państwa, mądrej polityki społecznej, promocji nie da się odwrócić tych trendów wolnego rynku. Biznes multiseksualności, gdy kieruje się wyłącznie kryterium zysku, bywa krótkowzroczny i nieodpowiedzialny społecznie. Spadek dzietności, w pierwszym rzędzie, będzie skutkował brakiem rąk do pracy.

Jak bardzo kosztowny versus zyskowny jest to rynek świadczy oszacowanie kosztów zapewnienia środków antykoncepcyjnych w skali świata oferowanych w ramach rządowego programu USAID w USA (U.S. Agency for International Development 05-2008, s.16) - na 2007 rok koszty te wyniosły 79 353 139 \$. Koszty leczenia osób - nosicieli HIV oraz chorych na AIDS (tzw. terapia antyretrowirusowa) w rządowym programie na lata 2017-2021 polskiego Ministerstwa Zdrowia, oszacowano na 2 424 416 000 zł (Ministerstwo Zdrowia 2016, s.8). N. Zimmewicz (2018) analizowała kalkulacje ekonomiczne spółek medialnych w związku z promocją aborcji, antykoncepcji, in vitro, homoseksualizmu, gender, erotyki, alkoholu, papierosów oraz homeopatii w kontekście chrześcijańskiej tradycji państwa polskiego. Uwikłanie mediów w konflikt interesów między dopasowaniem treści do życzeń reklamodawców, a kierowaniem się dobrem społecznym wyraźnie uwidacznia się w kwotach wydatków reklamowych. W ogólnej średniej rocznej wartości polskiego rynku reklamy medialnej z lat 2013-2015 wynoszącej 32 937 895 880zł - 22,06% stanowiły wydatki na produkty, usługi liberalne światopoglądowo, a tylko 0,16% na reklamy w mediach katolickich, które nie osiągnęły 5% pułapu tzw. kwoty istotnej - czyli gwarantującej opłacalność zleceniodawcom (tamże, s. 83).

„Złotym biznesem” nazwano rynek dla par homoseksualnych czy szerzej DINKS (pary bezdzietne, o wysokim zapotrzebowaniu na towary luksusowe, markowe). Forbs w artykule *A na końcu tęczy garnek złota* (Strawiński, 2019) wyliczał korzyści z biznesu różnorodności. „Tęcza”, jego zdaniem, po prostu dobrze się sprzedaje, skoro 31% Amerykanów z pokolenia „Z” utożsamia się z retoryką LGBT. Przytaczane są statystyki, według których homoseksualni mężczyźni są najlepiej zarabiającą grupą (59,5 tys. \$ rocznie versus 57 tys. \$ w przypadku heteroseksualnych mężczyzn, tamże, s. 88). Newralgicznym obszarem jest zwłaszcza pop-kultura (filmy, klipy muzyczne, wypowiedzi artystów). Może to być, oprócz permissywnej edukacji seksualnej jeden z powodów, dla którego na świecie wzrasta liczba osób identyfikujących się jako LGBT. Szczególnie wśród osób młodych, które coraz częściej określają się jako biseksualne lub kontestują płć biologiczną (bo żadna z literek w skrótce LGBT nie jest wprost „wrodzona”, gdyż w złożonej genezie dominują czynniki nabyte (por. raport Instytutu „Ona i On” - *Dlaczego na świecie wrasta liczba osób LGBT?*, Marianowicz-Szczygieł, 2020a). Nieograniczona wolność seksualna to utopia, która ma swoją cenę.

6. Ryzyko implozji demograficznej

Wzorzec seksualności nie jest wyłącznie sprawą światopoglądu czy moralności. Określony model generuje określone skutki demograficzne, społeczne, zdrowotne, ekonomiczne, relacyjne czy psychiczne. Koszty ekonomiczne, zdrowotne i psychiczne dla społeczeństwa w przypadku odchodzenia od rodziny tradycyjnej to osobny temat wykraczający poza ramy tego artykułu (por. Marianowicz-Szczygieł 2020b). Skutki rozpadu rodziny kosztują rocznie w Wlk. Brytanii 6,3% wydatków z budżetu państwa, w USA - 2,1%, a 1,8% w Nowej Zelandii (Walberg, Mrozek, 2009, s. 15)¹⁷. Szczególnie dotkliwe i stosunkowo najbardziej widoczne są skutki demograficzne. GUS szacuje, że populacja Polski w 2050 roku wyniesie najwyżej 33 mln 951 tys., liczba kobiet w wieku rozrodczym spadnie do 62% z roku wyjściowego (t.j. 2013 - GUS, 2014, s. 109). Tylko 21,6% polskiego społeczeństwa stanowili panny i kawalerowie w wieku co najmniej 20 lat, 60,1% osób pozostawało w związkach małżeńskich, zaś pary kohabitujące - to 2,1 % (GUS, 2016a, s. 8). W Europie z kolei w 2011 roku 55% społeczeństwa stanowiły osoby w związkach małżeńskich, 28% to single, a 9% żyło w związkach kohabitacyjnych (tamże s.19). Natomiast w 2050 roku GUS szacuje, że odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych (single) wzrośnie z 29,1 % w roku 2016 do 32,6% w 2050 (GUS, 2016b, tab. 15, s. 22), w 2050 roku aż w 75% gospodarstw domowych nie będzie dzieci, najwięcej osób będzie miało tylko jedno

¹⁷ R. Walberg, A. Mrozek (2009). *Private choices, public costs. How failing families cost us all*. Ottawa: Institute of Marriage and Family Canada.
https://www.imfcanada.org/sites/default/files/Cost%20of%20Family%20Breakdown%20final_0.pdf
 f (dostęp: 15-06-2020).

dziecko (tamże, tab.16, s. 23). Dużym obciążeniem będzie starzejące się społeczeństwo - ok. 2048 roku nastąpi zrównanie liczby osób w wieku 25-34 lata oraz 80 i więcej (tamże, s. 16).

Prognoza długoterminowa dla roku 2100, opublikowana w magazynie Lancet jest bardzo dramatyczna (Vollset i in. 2020, s.6-7- por. Tab. nr 1). Populacja Polski zmalałaby z poziomu 38 mln w 2017 roku do zaledwie 15 mln obywateli (lub 13 w wypadku zrealizowania Celów Zrównoważonego Rozwoju - SDG do 2030 roku, w ramach edukacji, w tym edukacji seksualnej oraz zapotrzebowania na środki antykoncepcyjne). W tym samym czasie ludność Europy Centralnej i Wschodniej oraz Centralnej Azji zmaleje z 415 mln w 2017 roku do 324 mln lub 248 mln (realizacja celów SDG), Europy Zachodniej z poziomu 432 mln w 2017 roku do 374 mln lub 329 mln (realizacja celów SDG). Ludność świata urośnie z 7 mld 640 mln w roku 2017 do 8 mld 785 mln lub zmaleje do poziomu 6 mld 289 mln w wyniku realizacji celów SDG do 2030 roku.

Tabela nr. 1 Prognoza demograficzna dla roku 2100

	2017	2100	2100 - z SDG*
Polska	38 mln	15 mln	13 mln
Europa Zach.	432 mln	374 mln	329 mln
Europa Centr. i Wsch. oraz Azja Centr.	415 mln	324 mln	248 mln
Świat	7 mld 640 mln	8 mld 785 mln	6 mld 289 mln

*SDG (Sustainable Development Goals) - Cele Zrównoważonego Rozwoju; prognoza uwarunkowana realizacją Celów do 2030 roku, w zakresie edukacji, w tym seksualnej i zapotrzebowania na środki antykoncepcyjne.

Oprac. na podst. Vollset i in. (2020, s. 6-7).

Polsce, podobnie jak całej Europie, grozi zapaść demograficzna, czyli implozja. Dzieci przychodzą na świat zarówno w związkach monoseksualnych jak i multiseksualnych. Ale związki monoseksualne, z racji mniej indywidualistycznego nastawienia i nietraktowania seksu w sposób dominujący i konsumpcyjny, są bardziej predystynowane do posiadania dzieci. Są także mniej zależne od technologii, np. medycznych - abstrahując tu na chwilę od kwestii moralnych czy troski o najlepszy interes dziecka. Spośród form monoseksualnych warto zatrzymać się nad poligamią, która w pewnych kręgach kulturowych jest uważana za klasyczną formą rodziny. J. Henrich, R. Boyd, P.J. Richerson (2012) po porównaniu kultur poligamicznych i monogamicznych, zauważyli cywilizacyjną przewagę monogamii. Dzieci rodzi się tu mniej, ale więcej z nich przeżywa, liczy się także jakość wychowania. Z badań, np. M. Rennerusa (2012) i innych (por. przegląd w Marianowicz-Szczygieł, 2020b) wynika, że najbardziej optymalnym środowiskiem dla wychowania dzieci jest rodzina oparta o heteroseksualne małżeństwo. Jeżeli zaś chodzi o rodziny nazywane *queer*, B. Wieczorek (2018), po dokonaniu przeglądu badań, stwierdziła, że wśród dzieci wychowywanych przez

jednopłciowych rodziców występuje szereg ryzykownych tendencji, w tym zwłaszcza ponadprzeciętny poziom odchyień w zakresie identyfikacji płciowej i seksualnej (tamże, s. 501-541). W mniejszym więc stopniu rodziny te zapewniają samoodtwarzanie się heteroseksualnego profilu społecznego. Sztuczna multiseksualność oznacza już nie rozpad więzi, czy tylko erozję, ale wręcz demontaż rodziny tradycyjnej.

Jedynie rodzinę opartą o trwałe i wierne małżeństwo heteroseksualne, z powodu wyżej wymienionych czynników, można uznać za rodzinę naturalną, w szerokim ujęciu społecznym i historycznym.

Problemy demograficzne nie są w historii niczym nowym. W. Gajewski (2020) wskazuje na związek między rozpadem rodziny w starożytnej Sparcie, Atenach i Rzymie a upadkiem tych cywilizacji. Cytuje teoretyka cywilizacji, A.J. Toynbee, według którego na 21 cywilizacji, aż 19 upadło z powodu upadku moralności. Także Carl Zimmermann za początek upadku cywilizacji wskazywał upadek rangi małżeństwa, następnie depopulację, tendencje dekadencjonalne i antyrodzinne, a potem rosnącą swobodę seksualną, wzrost przestępczości młodocianych, promocję hedonizmu i konsumpcjonizmu. Stanowi to przestrozę dla zachodniej cywilizacji - tak lekko traktującej temat wzorców rodziny.

Monogamiczny seks heteroseksualny jest nie tylko najzdrowszym pod względem medycznym, ale także najbardziej korzystnym pod względem społecznym.

7. Społeczna różnica jako efekt prywatnych wyborów - myślenie kategoriami indywidualnymi versus społecznymi

Demagogia absolutnej wolności w hiperindywidualistycznej kulturze Zachodu gubi instynkt samozachowawczy narodów, prowadzi do myślenia kategoriami indywidualnymi ignorując społeczne. Aspekt wspólnotowości automatycznie kojarzy się mylnie z ograniczaniem praw jednostki. Także w Polsce mamy problem z myśleniem w kategoriach prywatne wybory - społeczne straty lub korzyści. Rodzina jest postrzegana jako obszar intymny, związany z osobistym wyborem i ani społeczeństwo, ani państwo nie powinno w niego ingerować. I takie podejście powinno być brane pod uwagę, jeżeli nie chce się naśladować systemów autorytarnych, totalitarnych, gdzie to państwo reguluje wszystkie ważniejsze obszary życia. Problem jednak leży w tym, że osobiste wybory generują społeczną różnicę. Zachodzi efekt kumulacji indywidualnych wyborów w skali populacji konkretnego kraju, czy świata, które obarczają państwo i całe społeczeństwo negatywnymi skutkami tych wyborów, dotyczy to sfery demografii. Procesy te zachodzą niezwykle wolno i pozostają niezauważone w skali życia jednostki, uwidaczniają się dopiero w perspektywie pokoleniowej. Stąd państwo powinno mieć możliwość ingerencji w tym obszarze, ale oczywiście istnieją granice tej ingerencji.

Państwo dysponuje kilkoma podstawowymi narzędziami wpływu na każdą sferę, w tym na tę związaną z rodziną i dzietnością:

- 1) może wprowadzić prawo zakazujące określonych działań,
- 2) może wprowadzić prawo nakazujące określone działania,
- 3) może promować (kampanie społeczne, edukacja, system grantów dla NGO, sfera kultury i mediów stymulowana przez zamówienia publiczne),
- 4) może sprzyjać (prawo i regulacje, zwłaszcza ekonomiczne działające zachęcająco lub likwidujące przeszkody).

O systemie autorytarnym możemy mówić wówczas, gdy państwo w odniesieniu do rodziny oraz dzietności nadużywa pierwszego i drugiego narzędzia, zaś o efektywnej polityce prorodzinnej i prodemograficznej wtedy gdy, używa zwłaszcza trzeciego i czwartego narzędzia. Historycznym przykładem totalitarnego wkroczenia państwa w obszar rodziny, dzietności i płodności może być zniemczanie w hitlerowskich Niemczech polskich dzieci, odbieranych polskim rodzicom (Makowski 2019). W państwie tym i na terenach podbitych przez hitlerowców wprowadzono zakaz aborcji dla Niemek, ale popierana była aborcja u Słowian (tamże). Kolejnym przykładem jest upowszechnianie kontroli urodzeń dla osób czarnoskórych w USA (*Negro Project* Margaret Sangers w latach 1939-1942 oraz 1942-43 - *Planned Parenthood* 2004), przymusowa sterylizacja osób obciążonych chorobami dziedzicznymi czy psychicznymi w Niemczech (od 1934 roku - Cölln, 2013), osób z upośledzeniem intelektualnym i uznanych za aspołeczne w Szwecji (w latach 1934-1976 - *Forum för levande historia* 2013), czy polityka jednego dziecka w Chinach (1979-2016 - *Rzeczpospolita*, 2019).

B. Fux (2002) analizuje różne typy polityki państwa nakierowane na rodzinę:

- familiarne (głęboka wiara w autonomię rodziny i jej doniosłą rolę społeczną - tamże, s. 9),
- indywidualistyczne - oparte o tolerancję i równowagę różnych typów zachowań (tamże, s. 10) - co skutkuje wycofaniem się państwa z tego obszaru lub co najmniej nieakcentowaniem preferencji modelu rodziny i zachowań społecznych;
- reżim etatystyczny (głęboka ingerencja scentralizowanego państwa w funkcjonowanie rodziny, poprzez skupienie się na poprawie warunków życia wyrównuje się szanse dla różnych alternatywnych modeli życia rodzinnego (tamże, s. 8-9).

Porównując wskaźniki ekonomiczne i zachęty w polityce społecznej w poszczególnych krajach (por. tamże, s. 31), np. rodzaj rozliczania podatkowego, długość i płatność urlopów macierzyńskich, system opieki nad dzieckiem itp., autor wskazał, że istnieją wyraźne różnice dotyczące skuteczności i tylko polityka rodzinna, wspierająca rodzinę naturalną, przynosi owoce w postaci wzrostu liczby dzieci i małżeństw (jak wyżej

Fig. 7, s. 38). Z tego względu rodzina naturalna powinna być promowanym i wspieranym standardem społecznym.

Bibliografia:

- Bednarski, H. (2008). Przemiany struktury i funkcji rodzin polskich w XX i XXI wieku, *Mazowieckie Studia Humanistyczne*, 12, 1/2, 197-214.
http://mazowsze.hist.pl/dlArticle.php?file=files/Mazowieckie_Studia_Humanistyczne/Mazowieckie_Studia_Humanistyczne-r2008-t12-n1-2/Mazowieckie_Studia_Humanistyczne-r2008-t12-n1-2-s197-214/Mazowieckie_Studia_Humanistyczne-r2008-t12-n1-2-s197-214.pdf (dostęp: 15-06-2020).
- Bendyk, E. (2020). Koniec miłości?, *Polityka*, 7 (3248), 18-02, 15-17.
- Benedykt XVI, (Joseph Ratzinger) (1986). *Raport o stanie wiary. Z ks. Kardynałem J. Ratzingerem rozmawia Vittorio Messori*, Kraków: Warszawa -Struga: Michalineum.
- Burkacka, I. (2017). Monoparentalność, wielorodzina i rodzina zrekonstruowana. Współczesne nazwy modeli życia rodzinnego, *Artes Humanes*, 2, 61-94.
<https://doi.org/10.17951/artes.2017.2.61> <https://docplayer.pl/104961482-Umcs-monoparentalnosc-wielorodzina-i-rodzina-zrekonstruowana-wspolczesne-nazwy-modeli-zycia-rodzinnego.html> (dostęp: 12-06-2020).
- Cölln, B. (14-07-2013). Fanatyzm rasowy w III Rzeszy. Eugenika i "eutanzja", *Deutsche Welle*. on-line: <https://www.dw.com/pl/fanatyzm-rasowy-w-iii-rzeszy-eugenika-i-eutanzja/a-16949740> (dostęp: 15-06-2020).
- Dekimpe, V., Guggenheim, J. (2019). Could going child-free be the answer to our climate crisis?, *France 24*. <https://www.france24.com/en/20190119-down-earth-children-demography-ginks-environment-carbon-dioxide-climate-save-planet> (dostęp: 15-06-2020).
- Eurostat (2017). *Archive: People in the EU - statistics on demographic changes*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes (dostęp: 15-06-2020).
- Eurostat (2018a). *Archive: People in the EU - statistics on demographic changes*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes&oldid=390407 (dostęp: 15-06-2020).
- Eurostat (2018b). 43% of births in the EU are now outside marriage, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180809-1> (dostęp: 14-06-2020).

Eurostat (2020a). Divorce indicators

<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (dostęp: 15-06-2020).

Eurostat (2020b). Fertility indicators/

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (dostęp: 15-06-2020).

Eurostat (2020c). Marriage indicators

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052180_QID_3791ADE4_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_DE,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-052180INDIC_DE,GNUPT;DS-052180INDICATORS,OBS_FLAG;&rankName1=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName2=INDIC-DE_1_2_-1_2&rankName3=TIME_1_0_0_0&rankName4=GEO_1_2_0_1&sortC=ASC_1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23 (dostęp: 15-06-2020).

Eurostat (2020d). *Marriage and divorce statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics (dostęp: 14-06-2020).

Forum för levande historia (2013). *Biologia rasowa*. on-line:

<https://www.levandehistoria.se/fakta-fordjupning/rasism-intolerans/rasbiologi> (dostęp: 28-05-2020).

Fux, B. (2002). Which Model of Family are Encourage or Discourage by the Different Families Policies, (in:) F.-X., Kaufman i in. (ed.) *Family Life and Family Policies in Europe*, vol II, Problems and Issues in Comparative Perspectives, 363 – 418, Oxford: Clarendon Press, <https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/dam/jcr:00000000-2042-5acc-ffff-ffff8a714bf7/strategy.pdf> (dostęp: 15-06-2020).

Gajewski, W. (2020). Kolaps rodziny a cywilizacja: perspektywa historyczna, (w:) P. Chmielecki, M. Wichary (red.), *Wokół problemów seksualności*, 13-28, Warszawa: Vocatio.

Gizowski, M. (2007). Społeczno-polityczny kontekst przemiany modelu rodziny na przestrzeni dziejów świata zachodniego w epokach starożytności, feudalizmu i kapitalizmu, *Roczniki Teologiczne*, Tom LIV, 10, 303-317.

https://www.kul.lublin.pl/files/409/public/RT54z10/RT54z10_18-Gizowski.PDF (dostęp: 15-06-2020).

GUS, (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,1,5.html> (dostęp: 15-06-2020).

- GUS, (2016a). *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/malzenstwa-i-dzietnosc-w-polsce,23,1.html> (dostęp: 13-06-2020).
- GUS, (2016b). *Prognoza gospodarstw domowych na lata 2016–2050*. Warszawa <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-gospodarstw-domowych-na-lata-2016-2050,9,4.html> (dostęp: 15-06-2020).
- GUS, (2018). *Rocznik Demograficzny*, Warszawa. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2018,3,12.html> (dostęp: 15-06-2020).
- Henrich, J., Boyd, R., Richerson, P.J., (2012). The puzzle of monogamous marriage, *Philosophical Transaction of the Royal Society Publishing B*, 3, 657-669. <https://doi.org/10.1098/rstb.2011.0290>. <https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rstb.2011.0290> (dostęp: 15-06-2020).
- Hymas, L. (2011). I decided not to have children for environmental reasons, *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/environment/2011/sep/27/not-have-children-environmental-reasons> (dostęp: 15-06-2020).
- Kurc, M. (2019). Niech nas zobaczą w Sejmie, *Replika*, 82. <https://replika-online.pl/spis-tresci-82/> (dostęp: 15-06-2020).
- Liberska, H., Matuszewska M. (2015). Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania, (w:) I. Janicka I, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny*, 116–141, Warszawa: PWN.
- Majka-Rostek, D. (2009). Indywidualizm jako źródło współczesnych przemian rodziny *Kultura i Historia*, 16, on-line. <https://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/1459> (dostęp: 15-06-2020).
- Makowski, B. (2019). *Aborcja i polityka populacyjna w III Rzeszy. Narzędzie nieludzkiego systemu*, Polskie Radio 24.pl, <https://polskieradio24.pl/39/156/Artykul/2417108,Aborcja-i-polityka-populacyjna-w-III-Rzeszy-Narzedzie-nieludzkiego-systemu> (dostęp: 28-05-2020).
- Marianowicz-Szczygieł, A. (2020a). *Dlaczego na świecie wrasta liczba osób LGBT?* Warszawa: Instytut „Ona i On”. <http://onaion.org.pl/raport-dlaczego-na-swiecie-wzrasta-liczba-osob-lgbt/> (dostęp: 15-06-2020).
- Marianowicz-Szczygieł (2020b). *Dlaczego rodzina jest tak ważna (z perspektywy społecznej)?* (w:) *Jak zbudować szczęśliwe małżeństwo*, Warszawa: Ewangeliczna Polska, in Press.
- Ministerstwo Zdrowia (2016). *Program polityki zdrowotnej: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021”*. on-line: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-zdrowotny-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce> (dostęp: 28-05-2020).

- Orion, R. (2018). *A Therapist's Guide to Consensual Nonmonogamy: Polyamory, Swinging, and Open Marriage*, New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315462257>. <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315462257> (dostęp: 15-06-2020).
- Planned Parenthood, (2004). *Opposition Claims About Margaret Sanger, Fact Sheet*. on-line: https://www.plannedparenthood.org/files/8013/9611/6937/Opposition_Claims_About_Margaret_Sanger.pdf (dostęp: 28-05-2020).
- Regnerus, M. (2012). How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study, *Social Science Research*, Vol. 41, Issue 4, 752–770. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.03.009>.
- Rzeczpospolita, (2019). *Chiny: Polityka jednego dziecka zniesiona, a wzrost populacji najniższy od 1960 roku*, on-line: <https://www.rp.pl/Polityka/190129921-Chiny-Polityka-jednego-dziecka-zniesiona-a-wzrost-populacji-najnizszy-od-1960-roku.html> (dostęp: 15-06-2020).
- SRF Kultur, (2019) Why does love end, Eva Illouz? *Sternstunde Philosophie* (english version). online: https://www.youtube.com/watch?v=55I_3hM8dIY (dostęp: 15-06-2020).
- Slany, K. (2005). Dywersyfikacja form życia rodzinnego we współczesnym świecie. Przykład związków homoseksualnych, (w:) K. Slany, B. Kowalska, M. Śmietana (red.), *Homoseksualizm – perspektywa interdyscyplinarna*, 19–38, Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Strawiński, P. (2019). A na końcu tęczy garnek złota, *Forbes*, 11, 84-90.
- U.S. Agency for International Development (2008). *Overview of Contraceptive and Condom Shipments FY 2007*. on-line: <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/FY2007-FINAL-C-C-Report.pdf> (dostęp: 9-06-2020).
- Vollset, S.E., Goren, E., Yuan, Ch-W, Cao, J., Smith, A.E., Hsiao, T., Bisignano, C., Azhar, G.S., Castro, E., Chalek, J., Dolgert, A.J., Frank, T., Fukutaki, K., Hay, S.I., Lozano, R., Mokdad, A.H., Nandakuma, V., Pierce, M., Pletcher, M., Robalik, T., Steuben, K.M., Wunrow, H.Y., Zlavog, B.S., Murray, Ch.J.L. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study, *Lancet*, online: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30677-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30677-2/fulltext) (dostęp: 4-06-2020).
- Walberg, R. Mrozek, A. (2009). *Private choices, public costs. How failing families cost us all*, Ottawa: Institute of Marriage and Family Canada. https://www.imfcanada.org/sites/default/files/Cost%20of%20Family%20Breakdown%20final_0.pdf (dostęp: 15-06-2020).
- Wieczorek, B. (2018). *Homoseksualizm. Przegląd światowych analiz i badań. Przyczyny, objawy, terapia, aspekty społeczne*, Warszawa: Fronda.

- Zaborowska, A. (2014). Współczesna rodzina, kryzys czy przemiana? (w:) M. Brzeziński, J. Jęczeń (red.), *Tożsamość i posłannictwo rodziny*, Seria: Centrum badań nad rodziną, tom XIV, 71-84, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Zimniewicz, N. (2018). Doktryna Kościoła katolickiego w kalkulacjach ekonomicznych spółek medialnych, (w:) M. Rucki (red.), *Wpływ ideologii na naukę i życie społeczne*, 75-90, Warszawa: Chrześcijańskie Forum Pracowników Nauki.

Ks. dr Wojciech Kućko, <https://orcid.org/0000-0003-4271-8478>

Wydział Studiów nad Rodziną

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie

Poszukiwanie wskazań dla profesji asystenta rodziny w świetle adhortacji *Amoris laetitia* papieża Franciszka

The search for guidelines for the profession of the family assistant in
the light of the exhortation *Amoris laetitia* of Pope Francis

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.337>

Abstrakt: Celem artykułu jest ukazanie wskazań dla zawodu asystenta rodziny, wynikających z analizy adhortacji *Amoris laetitia* papieża Franciszka z 2016 r. Choć nie ma w niej wprost opisu profesji asystenta, to wydaje się, że zaproponowany przez niego nowy paradygmat duszpasterski może być cennym uzupełnieniem znanych w Polsce modeli wykonywania tego zawodu. Franciszek opisuje tę drogę za pomocą czterech czasowników: przyjąć – towarzyszyć – rozeznąć – zintegrować. W ten sposób podkreśla personalistyczne ujęcie posługi małżeństwu i rodzinie oraz potrzebę uwzględnienia adekwatnej antropologii, czyli właściwej wizji człowieka. Czysto pragmatyczne i utylitarne traktowanie profesji asystenta rodziny, bez odniesienia do etyki, jest zbyt redukcyjnym i niewystarczającym ujęciem bogactwa jego działalności.

Słowa kluczowe: *Amoris laetitia*, asystent rodziny, Franciszek, integracja, rozeznawanie, towarzyszenie

Abstract: The purpose of the article is to show guidelines for the profession of the family assistant, resulting from the analysis of the 2016 exhortation *Amoris laetitia* by Pope Francis. Although it does not explicitly describe the profession of the assistant, it seems that the proposed new pastoral paradigm may be a valuable complement to the models known in Poland practicing this profession. Francis describes this path with four verbs: accept – accompany (assist) – discern – integrate. In this way, he emphasizes the personalistic approach to the service of marriage and family and the need to take into account adequate anthropology, i.e. the proper vision of man. Purely pragmatic and utilitarian treatment of the profession of a family assistant, without reference to ethics, is too reductive and an insufficient account of the wealth of his profession.

Keywords: accompanying, *Amoris laetitia*, discerning, family assistant, Francis, integrating

Wprowadzenie

Niekiedy można spotkać się ze stwierdzeniem, że dokumenty Magisterium Kościoła katolickiego to jedynie pobożne wezwania albo szczytne ideały, kierowane do wierzących, którzy jako jedyni powinni się z nimi zaznajamiać i wypełniać przedstawione w nich wskazania. Od pewnego czasu w ważnych dokumentach, jak encykliki lub adhortacje, a także w wielu listach czy przemówieniach, papież zwraca się także do „ludzi dobrej

woli". Analiza tekstów pontyfikatu papieża Franciszka pozwala stwierdzić, że wiele z jego pouczeń z powodzeniem może być zaaplikowanych w różnych wymiarach życia społecznego, nie tylko w środowiskach katolickich.

Niniejszy artykuł jest próbą znalezienia wskazań dla wykonujących zawód asystenta rodziny w przesłaniu i sugestiach papieża Franciszka na temat małżeństwa i rodziny, zawartych w posynodalnej adhortacji *Amoris laetitia* z 2016 r. Wydaje się, że opisany w niej paradygmat przyjęcia, towarzyszenia, rozeznawania i integracji może być przydatny w wykonywaniu tego zawodu i koresponduje z wymaganiami, przedstawionymi w *Ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*. Papieskie wypowiedzi są źródłem wielu cennych nauk, zwłaszcza w kontekście promowanej przez Franciszka adekwatnej antropologii, mającej na celu promocję rozwoju osoby.

1. Sytuacja rodzin w Polsce

Opisywana od trzech dekad sytuacja polskich rodzin wskazuje na wiele trudności i wyzwań, jakie stoją przed całym społeczeństwem. Naglącą sprawą jest kwestia stabilnego rozwoju demograficznego. Główny Urząd Statystyczny (2019) opisuje tendencje rozpadu zawartych związków małżeńskich i kondycję rodzin. Od 2013 r. liczba nowo zawieranych małżeństw utrzymuje się poniżej 200 tysięcy rocznie, przy ciągle rosnącej medianie wieku nowożeńców, zaś co roku orzekanych jest ok. 65 tys. rozwodów i ok. 2 tys. separacji. Warto dodać, że w miastach jest niemal trzykrotnie więcej rozwodów niż na wsiach. Ponadto w ostatnich latach zmniejsza się liczba małżeństw wyznaniowych (w 2018 r. stanowiły one 62% prawnie zawieranych małżeństw w Polsce). Wśród tendencji demograficznych najbardziej niepokojącym jest utrzymujący się ubytek rzeczywistej ludności, notowany od 2012 r., dotyczący przede wszystkim miast, w wyniku postępującego procesu suburbanizacji. Dochodzi do tego również proces starzenia się społeczeństwa polskiego, który objawia jego nowy profil demograficzny oraz naglące wyzwania etyczne, dotyczące budowania mostów między pokoleniami (por. Kućko, 2019, s. 88–90).

W takim kontekście nowego znaczenia nabiera praca asystenta rodziny, relatywnie młodej profesji, która w systemie opieki społecznej jawi się jako nowa nadzieja, nie tylko w kwestii pomocy rodzinom w sytuacjach kryzysowych, ale także w budowaniu klimatu prorodzinnego nad Wisłą. W latach 2012–2014 powoływanie asystentów rodziny w gminach było fakultatywne, natomiast od 2015 r. jest jednym z obowiązków samorządu. Oficjalne dane ilustrują wzrost zatrudnienia w tym zawodzie. W 2012 r. było w Polsce zatrudnionych 2105 asystentów rodziny, w 2013 r. już 3012 (Tomulewicz, Lawda, 2014, s. 11–12), w 2014 r. – 3393 (Najwyższa Izba Kontroli, 2014, 10), zaś w 2017 – 3976. W 2017 r. z pomocy asystentów

rodziny skorzystało 44748 rodzin, co świadczy o potrzebie istnienia i rozwoju tego zawodu (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2018).

2. Asystent rodziny w świetle obowiązującego prawa polskiego

Pomoc małżeństwu i rodzinie jest jednym z najważniejszych zadań, które powinny stać w centrum zainteresowania państwa i jego instytucji. Szczególna troska wynika z faktu, że nie każdy człowiek i nie każda wspólnota rodzinna są w stanie podjąć i we właściwy sposób realizować powierzone im zadania. Jednym z zadań organów administracji rządowej i samorządowej różnych szczebli jest świadczenie pomocy społecznej, która jest „instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości” (*Ustawa z dnia 12 marca 2004 r.*, art. 2.1). Warto w tym kontekście dodać, że to zadanie realizowane jest także przez współpracę, „na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi” (*Ustawa z dnia 12 marca 2004 r.*, art. 2.2). Pomoc społeczna realizowana jest za pośrednictwem „pracy socjalnej”, rozumianej jako działalność zawodowa wykonywana wobec osób i rodzin w celu „wzmacniania lub odzyskiwania zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (*Ustawa z dnia 12 marca 2004 r.*, art. 6).

Wielość różnych deficytów społecznych, problem biurokratyzacji pracy socjalnej na różnych szczeblach samorządu, a nawet sprowadzanie jej do czysto matematycznych wyliczeń wysokości zasiłków, bez głębszej refleksji nad kondycją i możliwościami pomocy konkretnej osobie, a wielu wypadkach traktowanie osób potrzebujących jako bezimiennej grupy odbiorców, doprowadziło do przekonania, że potrzebne jest przemodelowanie systemu pomocy rodzinie. Choć pracownicy socjalni w Polsce posiadają wysokie kwalifikacje i możliwości, to wykonywanie procedur administracyjnych obniżało znacząco jakość i efektywność ich pomocy (por. Krasiejko, 2013, s. 18-25; Świdowska, 2013, s. 31-33).

W związku z takim stanem rzeczy zaczęto rozważać inne strategie pomocy rodzinie. Początki asystentury (zwanej także asystą rodzinną), czyli indywidualnej pomocy rodzinie w Polsce, Izabela Krasiejko (2013, s. 17) upatruje w latach 1990–2005, gdy tworzono pierwsze programy w tym zakresie w takich miastach jak Warszawa, Ruda Śląska czy Sopot. Kolejne działania, zmierzające do krystalizowania się nowej profesji, opisane przez Krasiejko (2013, s. 25–57), zostały uwieńczone najpierw od 2007 r. pracami nad założeniami do nowej ustawy, a potem uchwaleniem *Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej*, która zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2012 r. (por. Krasiejko, 2016a, s. 4–6). Dokument poprzedzony jest krótką preambułą, opisującą przyczyny jej uchwalenia. Z jednej strony

podkreślono dobro dzieci, które mają prawo do wychowania w atmosferze pomocy, ochrony i opieki w środowisku rodzinnym, a nie poza nim. Z drugiej strony istotne jest dobro samej rodziny, podstawowej komórki społecznej, naturalnie predysponowanej do realizowania zadania wychowawczego. Po trzecie zaś przypomniano, że pomoc rodzinie w sytuacji trudnej wymaga współpracy różnych środowisk (por. *Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r.*). W pewnym sensie ustawa ta zrodziła się ze słusznej refleksji nad niekorzystnymi zjawiskami, jak coraz częstsze umieszczanie dzieci poza rodzinami, wzrost nieporadności życiowej w pewnych środowiskach, krzywdzenie dzieci etc. (por. Świdarska, 2013, s. 31-33). M. Lubińska-Tomczak (2017, s. 196) zauważa, że polityczno-gospodarcze skutki transformacji ustrojowej negatywnie odcisnęły się na życiu wielu osób, czego konsekwencją był tzw. „syndrom trzech B” (bezrobocia, bezradności i biedy). Wpłynęło to negatywnie na dotknięte nimi rodziny, które coraz częściej zaczęły potrzebować pomocy z zewnątrz.

Celem nowej ustawy było zatem wypracowanie nowego modelu pomocy rodzinie, który realizowałby potrójne cele względem potrzebującej rodziny: 1) pomagałby w stworzeniu warunków do zmiany dotychczasowego sposobu życia; 2) prowadziłby do podjęcia na nowo przez całą rodzinę właściwego wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej; 3) dawałby szansę na bezpieczny rozwój dzieci (por. Świdarska, 2013, s. 33). W ten sposób usankcjonowano instytucję asystenta rodziny, która w niektórych miejscach w Polsce była pioniersko realizowana od 2006 r. Metoda ta, znana także jako *coaching*, *job-coaching* lub *life-coaching*, mentoring czy środowiskowa praca socjalna, znana jest na Zachodzie od kilkudziesięciu lat.

Termin „asystent” wywodzi się od łac. *assistens*, *assistantis*, oznaczającego osobę obecną, towarzyszącą, pomagającą, będącą w pogotowiu (por. Krasiejko, 2016a, s. 8). Towarzystwo nie jest zatem zastępowaniem ani wyręczaniem drugiej osoby, ale raczej współdziałaniem, które jest możliwe w atmosferze zaufania, szacunku i życzliwości (por. Dębska-Cenian, 2010, s. 67-68).

Wspomniana ustawa reguluje, że w wypadku trudności opiekuńczo-wychowawczych wójt lub inny podmiot, któremu to zlecono, powinien zapewnić rodzinie wsparcie poprzez pracę z rodziną oraz pomoc w opiece i wychowaniu dziecka (*Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r.*, art. 8). Ustawodawca określił szczegółowo, jakie predyspozycje i kompetencje powinien posiadać asystent rodziny, zwracając szczególną uwagę na jakąkolwiek formę wykształcenia i/lub doświadczenia pracy z rodziną.

W tej kwestii wskazano, że asystentem rodziny może być osoba, która spełnia następujące wymagania:

- a) wykształcenie wyższe na kierunku pedagogika, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie lub praca socjalna lub
- b) wykształcenie wyższe na dowolnym kierunku uzupełnione szkoleniem z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub

rodziną lub studiami podyplomowymi obejmującymi zakres programowy szkolenia określony na podstawie ust. 3 i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub:

c) wykształcenie średnie lub średnie branżowe i szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, a także udokumentuje co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną;

2) nie jest i nie była pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest jej zawieszona ani ograniczona;

3) wypełnia obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do niej wynika z tytułu egzekucyjnego;

4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe (*Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r.*, art. 12.1).

Powyższy zestaw określa minimalne wymagania do pracy asystenta rodziny, który to zawód niesie ze sobą potrzebę nieustannego doskonalenia umiejętności i podnoszenia kwalifikacji. Dlatego w art. 15 wspomnianej ustawy opisano szczegółowo zadania asystenta rodziny, zaś w art. 16 zawarto jego uprawnienia, na przykład w kwestii gromadzenia i przetwarzania danych osobowych swoich podopiecznych, występowania o pomoc rodzinie, a także zamieszczono stwierdzenie, że w czasie wykonywania obowiązków służbowych korzysta on z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych (por. *Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r.*, art. 15–16). I. Krasiejko (por. 2016a, s. 43–45) tłumaczy bardzo konkretnie, że przekłada się to na konkretne predyspozycje osobowe, stabilność emocjonalną, gotowość pomocy innym, umiejętność pracy w zespole i z ludźmi, empatię, niezrażanie się różnego rodzaju przeciwnościami, nawet tak prozaicznymi, jak brak higieny u członków odwiedzanych rodzin.

Z przedstawionego opisu dość jasno widać różnicę między zadaniami dotychczas znanego pracownika socjalnego a relatywnie nowego zawodu asystenta rodziny. Pracownik socjalny ma zasadnicze uprawnienie do wnioskowania, przydzielania lub odmowy świadczeń socjalnych. Nierzadko czyni to właśnie we współpracy z asystentem rodziny, konsultując z nim plan pomocy. Natomiast asystent rodziny będzie bardziej skupiony na pomocy we właściwym funkcjonowaniu tej wspólnoty w różnych wymiarach jej bytowania, przede wszystkim, by mogła ona być organizmem samodzielnym w swojej funkcji opiekuńczo-wychowawczej (por. Krasiejko, 2013, s. 176–181). Ponadto pracownik socjalny zajmuje się szeroko rozumianą pomocą społeczną, nie tylko w odniesieniu do konkretnych rodzin, natomiast asystent rodziny, mając kilka, kilkanaście rodzin pod swoją opieką (ustawa mówi o maksymalnie 20), może im poświęcić dużo więcej czasu i uwagi (por. Świdarska, 2013, 48–51).

Na podstawie wskazań rzeczonyj *Ustawy* z 2011 r. próbuje się formułować różnego typu modele pracy asystenta rodziny. Wśród zasadniczych, za I. Krasiejko (por. 2016a, s. 50–53) należy wymienić tutaj następujące: (1) model zorientowany na rozwiązywanie

problemów, prowadzący do zrozumienia sytuacji danej osoby, postawienia diagnozy i sposobów rozwiązania trudności; (2) podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, odmienne od poprzedniego, w którym bardziej skupia się na umiejętnościach w poradzeniu sobie z problemami; (3) teoria systemów, uwzględniająca relacje i interakcje, zachodzące we wspólnocie małżeńskiej i rodzinnej; (4) model ekosystemowy, w którym rodzinę postrzega się jako element mikrosystemów i makrosystemów, z uwzględnieniem różnych kontekstów kulturowych i społecznych; (5) dialog motywujący, oparty na idei *empowerment*, skoncentrowany na konkretnej osobie, wyrażający się w podjęciu współpracy w kierunku motywacji do zmiany (por. Szot, 2018, s. 87).

Warto postawić pytanie, w jaki sposób można udoskonalic powyższe modele, uwzględniając tradycję i wskazania Kościoła katolickiego? Co nowego może dać w dziedzinie pracy asystenta rodziny uwzględnienie paradygmatu duszpasterskiego, zaproponowanego przez papieża Franciszka?

3. Nowy paradygmat Franciszka

Posynodalna adhortacja *Amoris laetitia* z 19 marca 2016 r. spowodowała ogromną dyskusję w całym Kościele katolickim. Liberalne i konserwatywne środowiska zaczęły prześcigać się w interpretowaniu myśli papieskiej (por. Buttiglione, 2017, s. 40–115; Kupczak, 2018). Zasadniczo w dyskusji zaczęto podkreślać ambiwalentne zapisy adhortacji, dotyczące udziału w życiu sakramentalnym osób żyjących w sytuacjach „nieregularnych” (por. Góralski, 2016, 33–43), jednak dokument papieski zawiera bardzo wiele cennych i wartych uwagi wskazań, dotyczących instytucji małżeństwa, rodziny, problemów wychowawczych i duchowych w tych wspólnotach (por. Olczyk, 2018).

Podchodząc w realistyczny sposób do rzeczywistości, Franciszek konsekwentnie dostrzega w niej złożone i skomplikowane procesy, które dotyczą poszczególne osoby, wspólnoty (takie jak rodzina), a także całe społeczeństwa. W Kościele papież widzi miejsce leczenia i pomocy, porównując go do „szpitala polowego” (por. Franciszek, 2016, nr 291).

Warto w tym miejscu zauważyć, że Franciszek w niektórych dokumentach dostrzega wartość doradztwa, a co za tym idzie – choć nie zawsze *explicite* – także asystentury rodzinnej. We wspomnianej adhortacji apostolskiej *Amoris laetitia* (nr 244), cytując *Relację końcową* synodu z 2015 r., zauważa, że osobom żyjącym w separacji albo małżeństwo, przeżywającym różne kryzysy, należy zapewnić posługę informacji, doradztwa i mediacji, która w naturalny sposób jest związana z poradnictwem rodzinnym. W tym samym dokumencie precyzuje, że poradnictwo w rodzinach winno być udzielane „w kwestiach związanych z rozwojem miłości, przewycięzania konfliktów i wychowywania dzieci” (Franciszek, 2016, nr 38). Choć to nauczanie dotyczy bardziej poradni rodzinnych niż asystentury, to w jasny sposób widać, że w tym wymiarze praca asystenta rodziny może być

przedłużeniem lub dopełnieniem misji doradcy. Istotnym, nieobecnym w sposób wystarczający w polskich tekstach prawnych, jest jeszcze jeden aspekt pracy asystenta rodziny, zauważony przez Franciszka. W przemówieniu na zakończenie watykańskiego szczytu, poświęconego ochronie nieletnich, który miał miejsce w lutym 2019 r., papież Bergoglio przytoczył strategię, przygotowaną w tym względzie przez Światową Organizację Zdrowia, którą określono za pomocą akrostychu INSPIRE, gdzie litera „P” oznacza: *Parent and caregiver suport*, wspieranie przez rodziców i asystentów rodzinnych (w tłumaczeniu polskim napisano: „opiekunów”) (por. Franciszek, 2019, 29).

Na czym polega nowy paradygmat Franciszka? Wyjaśniał to już w programowej adhortacji *Evangelii gaudium* (nr 74), uzasadniając, że „trzeba dojść tam, gdzie kształtują się nowe przesłania i wzorce” (w polskim tłumaczeniu termin wł. *paradigmi* przetłumaczono niefortunnie na „wzorce”). Zapoczątkowany przez Thomasa Kuhna (1922–1996) dyskurs o „zmianie paradygmatu” (ang. *paradigm shift*), do którego zdaje się nawiązywać Franciszek, stawia w centrum stwierdzenie, że w nauce i historii myśli seria spokojnych okresów przerywana jest gwałtownymi rewolucjami intelektualnymi, gdy jedno rozumienie świata zamieniane jest na inne. Choć doktryna Kościoła katolickiego nie jest niezmiennym systemem różnego rodzaju formuł, to nie podlega ona takim rewolucyjnym przemianom. Zdaniem Livio Meliny, Franciszek próbuje pokazać, by bez uszczerbku dla dotychczasowej doktryny i z poszanowaniem obiektywnych norm moralnych, szukać nowych dróg pomocy człowiekowi, który znalazł się w sytuacji trudnej, nazywanej przez Franciszka „nieregularną” (Melina, 2018, s. 31–34). Zmiana paradygmatu w tym kontekście bardzo mocno jest usadowiona w dotychczasowej myśli i tradycji.

Spojrzenie Franciszka charakteryzuje się przede wszystkim dużą dozą realizmu, naznaczonego – co zrozumiałe – odniesieniem religijnym do Boga. Może być on jednak wskazaniem dla każdego, kto przeżywa jakieś trudności w życiu małżeńskim lub rodzinnym. Bergoglio zauważa, że przyczyną wielu problemów są „zbyt wysokie oczekiwania dotyczące życia małżeńskiego. Gdy ukazuje się rzeczywistość, bardziej ograniczona i problematyczna niż ta, o której się marzyło, rozwiązaniem nie jest szybkie i nieodpowiedzialne myślenie o separacji, ale podjęcie małżeństwa jako procesu dojrzewania, w którym każde z małżonków jest narzędziem Boga, aby dopomóc do wzrostu drugiego. Możliwa jest zmiana, wzrost, rozwój dobrych potencjalności, jakie każdy nosi w sobie” (Franciszek, 2016, nr 221). Odkrycie prawdy o stanie aktualnym danej osoby czy danego związku, realizm postrzegania świata, są także jednymi z cech fundamentalnych, które powinien posiadać asystent życia rodzinnego. Bez właściwej diagnozy i trzeźwego oglądu sytuacji nie jest możliwe dostrzeżenie aspektów pozytywnych i negatywnych konkretnych osób i wspólnoty rodzinnej, której chce się pomóc.

Kolejnym ważnym wskazaniem Franciszka, użytecznym w pracy asystenta, jest podjęcie zasady, że „czas przewyższa przestrzeń” (Franciszek, 2013, nr 222–225). Celem

działań na rzecz małżeństwa i rodziny jest bardziej inicjowanie pewnych procesów niż zagospodarowywanie przestrzeni. „Zasada ta – stwierdza papież – pozwala pracować na dłuższą metę bez obsesji na punkcie natychmiastowych rezultatów. Pomaga w cierpliwym znoszeniu trudnych i niesprzyjających sytuacji albo zmian w planach, jakie narzuca dynamizm rzeczywistości. Stanowi zachętę do przyjęcia napięcia między pełnią i granicą, przyznając priorytet czasowi” (Franciszek, 2013, nr 223).

Z punktu widzenia etycznego istotnym elementem, na który zwraca uwagę papież Bergoglio, jest sumienie indywidualnego człowieka, w tym wypadku – także asystenta rodziny. Choć w pracy kieruje się on zasadami prawa stanowionego i działa w granicach, określonych przez rozporządzenia państwowe, trudno byłoby jednak uznać, że w działaniach na rzecz rodziny nie kierowałby się także osądem własnego sumienia. Nie wchodząc w dyskurs religijny i foizoficzny na temat sumienia należy zauważyć, że w pracy asystenta rodziny można dostrzec elementy formacji sumienia innych. Jeśli jednym z jego głównych zadań jest doprowadzenie do usamodzielnienia się rodziny, dostrzeżenia w jej funkcjonowaniu defektów i próba ich naprawy, to wiele z tych decyzji będzie dokonywało się właśnie w sumieniach. Jest to tym bardziej trudnej, im mocniej do świadomości ogółu docierają informacje o rozpadających się rodzinach, a nawet przekonanie, że taki dysfunkcyjny model życia małżeńskiego i rodzinnego jest słuszny. Jeśli „jesteśmy powołani do kształtowania sumień, nie zaś domagania się, by je zastępować” (Franciszek, 2016, nr 37), to takie zadanie stoi także przed asystentem rodziny.

Nowy paradygmat troski o małżeństwo i rodzinę w świetle nauczania Franciszka można zatem osnuć wokół czterech etapów, opisanych za pomocą czasowników: przyjąć – towarzyszyć – rozeznaczyć – zintegrować (Franciszek, 2016, rozdział VIII: *Towarzyszyć, rozpoznać i włączyć to, co kruche*; Martínez Sistach, 2016, s. 72-78; Granados, Kampowski, Pérez-Soba, 2016, s. 19-169). Taka perspektywa ma prowadzić do zmiany optyki w myśleniu i postrzeganiu świata oraz drugiego człowieka, zwłaszcza znajdującego się w sytuacji kryzysowej, granicznej, wymagającej interwencji i pomocy, aby doprowadzić do przyjęcia „logiki współczucia dla słabych i unikania prześladowania lub osądów zbyt surowych czy niecierpliwych” (Franciszek, 2016, nr 308). Warto w tej perspektywie rozważyć, w czym nowy paradygmat Franciszka może ubogacić pracę asystenta rodziny.

4. Praca asystenta rodziny w świetle *Amoris laetitia*

Jakkolwiek praca asystenta rodziny nie ma na celu wypełniania jakiejś misji duszpasterskiej wobec powierzonych mu rodzin, niewątpliwie może on w swojej działalności korzystać z pewnych wskazań, które podpowiada nauczanie Kościoła katolickiego, będącego obecnie jedną z niewielu instytucji, stojących na straży tradycyjnego modelu małżeństwa i rodziny. Przywołane wcześniej modele pracy asystenta rodziny,

sprawdzone w jego praktyce, mogą zostać ubogacone wskazaniem opisanego paradygmatu Franciszka. Papiaska propozycja stawia w centrum człowieka i jego zmagania z rzeczywistością, w duchu personalizmu chrześcijańskiego.

Strategia Franciszka może być cennym dopełnieniem etapów pracy asystenta rodziny, opisywanych w literaturze przedmiotu (por. Krasiejko 2014, s. 20–30; 2016a, s. 54–55), zwłaszcza w kontekście realizowanego od 2009 r. programu Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach (PSR). W jego świetle celem osoby pomagającej jest szukanie rozwiązań, bez konieczności skupiania się na historii problemów lub innych, obecnych w nich mechanizmach (por. Krasiejko, 2016b, s. 56–61). Na podstawie praktyki pracy asystentów rodziny według modelu PSR, I. Krasiejko wysnuwa wniosek, że bardzo często „*mniej znaczy więcej, wolniej znaczy szybciej*. [...] Uważa się, że małe zmiany wywołują duże zmiany – niewielka zmiana w jednej sferze życia jednostki może doprowadzić do gruntownych zmian w innych sferach. Minimalne zmiany są konieczne do zainicjowania rozwiązań” (Krasiejko, 2016b, s. 59). W ujęciu PSR asystent rodziny traktowany jest jako ekspert od sposobu znalezienia rozwiązania, zaś sama osoba potrzebująca jest ekspertem od własnego życia. W celu zrealizowania takiego celu zostało opracowanych pięć podstawowych metod PSR, sformułowanych w postaci pytań: o dotychczasowe sukcesy, o wyjątki, o cud, o skalę oraz o strategię radzenia sobie (Krasiejko, 2016b, s. 62).

Choć strategia Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach opisywana jest jako skuteczna, prowadzi bowiem do pomocy w rozwiązaniu wielu problemów klientów asystenta rodziny, można jednak wskazać jej braki, zwłaszcza w perspektywie pomocy w rozwoju osobowym i społecznym konkretnego członka rodziny i całej jej wspólnoty. Pragmatyczne ujęcie pracy asystenta rodziny, nastawienie na szukanie rozwiązania jest słuszne, może jednak i powinno być ubogacone o uwzględnianie przestrzeni etycznej, pytań moralnych, stawianych w sytuacji wyboru słusznej, dobrej lub złej moralnie decyzji. Uwzględnienie takiego personalistycznego rozumienia człowieka i jego problemów wydaje się w szerszy i bardziej efektywny sposób odpowiadać na wyzwania, jakie stoją przed asystentem rodziny. W takiej optyce sami jego klienci zyskują i stają się rzeczywiście partnerami, osobami, które są zdolne do samodzielnego podejmowania decyzji, w oparciu o rady i kierownictwo asystenta. Ponadto sam asystent rodziny zyskuje na znaczeniu, jawi się bowiem wówczas także jako osoba, zdolna do działania i dzielenia się własnymi doświadczeniami z klientami, potrafiąca poprzez wykonywanie swojego zawodu rozwijać się, wykonywać pracę jako zadanie, nie tylko jako obowiązek. Ten osobowy rozwój asystenta rodziny nabiera szczególnego znaczenia w relacji do innych, wykonujących podobną pracę.

Mając to wszystko na uwadze, można z całą pewnością stwierdzić, że paradygmat Franciszka, zawarty w czterech krokach: przyjąć – towarzyszyć – rozeznaczyć – zintegrować, jest cennym uzupełnieniem czysto jurydycznych, pedagogicznych i społecznych teorii, dotyczących pracy asystenta rodziny, wnosi bowiem do dyskursu problem osoby i etosu jej

działania. Należy bowiem zawsze odwoływać się do właściwej wizji człowieka, adekwatnej antropologii, która uwzględni całość jego postępowania, uwarunkowania, rolę uczuć i emocji, skłonność ku dobru i jednocześnie pewne uwikłanie w zło. Bez właściwego ujęcia człowieka nie jest możliwe formułowanie skutecznych sposobów pomocy. Papież Bergoglio za pomocą nowego języka i paradygmatu duszpasterskiego przypomina stare prawdy o człowieku i rodzinie, które mogą być cenną pomocą w wykonywaniu profesji asystenta rodziny.

Pierwszy etap modelu Franciszka to przyjmowanie (wł. *accogliere*), czyli otwartość na drugiego człowieka, bez oceny jego postępowania, poprzez zaoferowanie spotkania, rozmowy, wsparcia, zapewnienie o gotowości pomocy. W czynnościach asystenta rodziny pierwszy etap określony jest podobnie, jako nawiązanie kontaktu, podjęcie decyzji o współpracy i próba kreowania relacji (por. Krasiejko 2016a, s. 54, 56–58). To ważny moment, wymaga bowiem nie tylko wiele baczności, roztropności i empatii ze strony samego asystenta, ale od tego pierwszego kontaktu bardzo często zależy jakość dalszej współpracy z klientami. Płaszczyzną porozumienia może być tutaj z pewnością wymiar ludzki, okazanie zrozumienia, współczucia, bliskości, poświęcenie czasu. Papież Franciszek przywołuje przykład samego Jezusa, który umiał ze szczególnie rozumianą czułością docierać do każdego człowieka (por. Franciszek, 2016, nr 27–30). Dlatego taka „rewolucja czułości” nie powinna być obca również pracy asystenta rodziny, który w swoich słowach, gestach i decyzjach okazywałby potrzebującym prawdziwe oblicze człowieczeństwa.

Drugim etapem jest towarzyszenie (wł. *accompagnare*), czyli wysłuchanie i dowartościowanie cierpienia człowieka, dostrzeżenie każdego członka rodziny z osobna, z jego bagażem doświadczeń, przeżyciami, niesprawiedliwością, jakiej doznał ze strony innych w rodzinie lub od członków społeczeństwa. Szczególnie dotkliwe staje się to wówczas, gdy jest połączone z różnymi formami biedy: „Rozpad małżeństwa staje się bardziej traumatyczny i bolesny, gdy mamy do czynienia z ubóstwem, bo jest znacznie mniej środków na przeorientowanie życia. Osoba uboga, która traci ochronne środowisko rodzinne, jest podwójnie narażona na porzucenie i wszelkiego rodzaju zagrożenia dla swej integralności” (Franciszek, 2016, nr 242). Z natury swojego zawodu asystent rodziny jest wezwany do towarzyszenia, bycia blisko kogoś, komu jest trudno funkcjonować samodzielnie w społeczeństwie, w domu, nawet wśród swoich bliskich. W proponowanych w literaturze o asystenturze etapach właśnie ten jest związany z pierwszym krokiem, słusznym jednak wydaje się uwypuklenie go, dla podkreślenia jego szczególnej istoty. Nie chodzi bowiem o dawanie konkretnych i gotowych rozwiązań. Pierwszy krok owego przyjęcia miał na celu pójście dalej, poprzez towarzyszenie.

W tym kontekście, idąc za wcześniejszym nauczaniem Jana Pawła II z adhortacji *Familiaris consortio*, nr 34 (za: Gryz, 2018), Franciszek odwołuje się do prawa stopniowości, w świetle którego człowiek „poznaje, miłuje i czyni dobro moralne, odpowiednio do etapów

swojego rozwoju”. Chodzi tutaj o stopniowe, roztropne wypełniania przez podmiot moralny różnych wymagań prawa, które jest wychowawcą, a na danym etapie rozwoju człowieka nie zawsze może być przez niego, z różnych powodów, właściwie rozumiane. Choć w papieskich dokumentach prawo stopniowości rozważane jest w kontekście prawa Bożego i jego wymagań, niewątpliwie może być ono pewną latarnią w pracy asystenta rodziny. Dostrzeżenie różnych etapów rozwoju konkretnej osoby i całej wspólnoty rodzinnej, wzięcie pod uwagę możliwości błędu i zafalszowania przez konkretny podmiot, pozwoli asystentowi na szersze i z większą wyrozumiałością spojrzenie na postępowanie konkretnej osoby. Asystent miałby zatem zadanie nie tylko uwzględnienia tego kontekstu, ale i wskazania osobie, jak i kiedy może osiągnąć dalsze cele, z poszanowaniem określonego świata wartości i norm moralnych, szczególnie tych wpływających z prawa naturalnego. Należy jednocześnie zauważyć, że towarzyszenie powinno dotyczyć również sprawcy zła, cierpienia, krzywdy w rodzinie. Nierzadko pozostaje on we wspólnocie rodzinnej, a asystent powinien postawić także i tę osobę jako uczestnika towarzyszenia, wyprowadzania ku samodzielności i powrotu do bliskości z bliskimi.

Niezwykle ważnym etapem, bardzo mocno obecnym w logice Franciszka, jest rozeznawanie (wł. *discernimento*), czyli dostrzeganie w życiu konkretnego człowieka, małżeństwa. Jest on dopełnieniem i kontynuacją procesu towarzyszenia. W propozycji I. Krasiejko mógłby być dopełnieniem etapu II, zatytułowanego: *Rozeznawanie sytuacji rodziny* oraz III, poświęconego *Planowaniu pracy z rodziną* (Krasiejko, 2016a, s. 54–55, 59–74). Rozeznawanie w optyce Franciszka jest kontynuacją myśli papieża Polaka (Jan Paweł II, 1981, nr 84). Chodziłoby w tym procesie o obiektywne rozpoznanie prawdy konkretnego życia człowieka i jego rodziny, sposobu uzdrowienia sytuacji i wyboru właściwych ku temu środków. Papież Bergoglio podkreśla, że rzeczywistość nie zawsze jest jedynie biała lub czarna, a postawienie zbyt wysokich wymagań może zniechęcić osobę do wytrwałej pracy. Należy wystrzegać się „zimnej moralności przy biurku w traktowaniu kwestii najbardziej delikatnych”, a raczej zmierzać do prawdy w miłości, poprzez zrozumienie, czekanie, przebaczenie i towarzyszenie, a w sposób szczególny przez włączanie (Franciszek, 2016, nr 305, 312). Rozeznanie będzie zatem podjętym wspólnie z asystentem procesem konkretnych kroków rozpoznania zła i cierpienia, które są udziałem członków rodziny, zapoczątkowaniem dzieła pojednania, porzucenia takich sytuacji, które rozbijają życie rodzinne i ukazania wartości nowego życia, z uwzględnieniem pewnych norm moralnych (por. Granados i in., 2016, s. 146–169).

Czwarty krok według Franciszka to włączanie (wł. *integrare*), który może dopełnić omawiane przez znawców tematu asystentury etapy (IV: *Realizacja planu pracy*, V: *Ocena okresowa* i VI: *Ocena końcowa i zakończenie współpracy*), praktykowane w pracy asystenta rodziny (Krasiejko, 2016a, s. 55, 75–89). Realizacja zaplanowanych działań, a następnie ich ewaluacja nie powinny w pracy asystenta przybierać jedynie funkcjonalnego lub

systemowego wypełnienia powinności. Franciszek wskazuje, że należy w tym kroku relegować osądzanie, potępienie i wykluczanie, a raczej uświadomienia sobie, jak bardziej można scementować wewnątrznie wspólnotę rodzinną. Pośród formularzy, schematów i ewaluacji asystent winien dostrzec, co i jak może zrobić, aby konkretny członek rodziny odnalazł w niej swoje miejsce. Integracja będzie związana z realizowaniem ewangelicznego obrazu budowania domu rodziny na skale (por. Mt 7, 24–29). Abstrahując od aspektu religijnego i roli wiary w życiu rodziny, proces integracji miałby na celu wskazanie, jakie wartości powinny na nowo zjednoczyć tę wspólnotę, do jakich treści i ważnych spraw powinni się oni odwoływać, by w przyszłości móc samodzielnie, bez koniecznej interwencji asystenta rodziny, sprostać nowym wyzwaniom.

Podsumowanie

Proces profesjonalizacji asystentury rodzinnej w Polsce ma prowadzić do rozwoju tego zawodu i coraz większej dostępności asystentów dla obywateli. Są oni bowiem traktowani jako pewnego rodzaju łącznicy między instytucjami i organami państwowymi a rodzinami i ich członkami (por. Szot, 2018, s. 90–91). Asystent rodziny ma za zadanie wypełnienie konkretnej misji społecznej, której celem jest pomoc rodzinie dysfunkcyjnej w rozwiązaniu jej trudności i doprowadzeniu do jej usamodzielnienia. Choć jest to zawód bardzo wymagający, stawiający wiele wyzwań, nakładający na wykonujących go różne wymagania, nie brakuje jednak w Polsce ludzi, którzy chętnie, w sposób kompetentny i z rozwagą go podejmują.

Rozwój asystentury rodziny w Polsce nie jest wprost proporcjonalny do zainteresowania badaczy tą problematyką. Nauki o rodzinie, socjologia, psychologia, pedagogika, a nawet teologia i filozofia są dyscyplinami, których przedstawiciele z różnych stron próbują kształtować polski sposób wykonywania zawodu asystenta rodziny. Choć nie brakuje pomysłów i gotowych modeli działania, które zostały przywołane w tekście, interesującym uzupełnieniem wydaje się propozycja papieża Franciszka, zawarta w posynodalnej adhortacji *Amoris laetitia*. Nowy paradygmat duszpasterski, oparty na czterech krokach: przyjąć – towarzyszyć – rozeznaczyć – zintegrować, mógłby być z powodzeniem aplikowany do posługi asystenta rodziny. Jego szczególny walor zawiera się w zwróceniu uwagi na personalistyczne ujęcie egzystencji człowieka, podkreślenie wartości jego osobowego rozwoju, także w perspektywie wyzwań etycznych. Czysto pragmatyczne i utylitarne traktowanie profesji asystenta rodziny, poszukiwanie jedynie rozwiązań problemów, bez uwzględnienia złożoności rozwoju osobowego człowieka i adekwatnej antropologii, a więc jego wrodzonej skłonności ku dobru i jednocześnie tajemniczego uwikłania w zło, jest zbyt redukcjonistycznym podejściem do problemu. Nauczanie Kościoła katolickiego w kwestii małżeństwa i rodziny, przedstawione przez papieża Bergoglio, może

być zatem potraktowane jako pewna propozycja uniwersalna, szczególnie cenna w kontekście profesjonalizacji zawodu asystenta rodziny.

Bibliografia:

- Buttiglione, R. (2017). *Risposte amichevoli ai critici di „Amoris Laetitia”*, Milano: Edizioni Ares.
- Dębska-Cenian, A. (2010). Asystowanie - rozważanie na temat istoty tego silnie zindywidualizowanego wsparcia, (w:) M. Szpunar (red.), *Asystentura rodziny. Nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*, 67-72, Gdynia: MGT.
- Franciszek, (2013). *Adhortacja apostolska „Evangelii gaudium” o głoszeniu Ewangelii w dzisiejszym świecie*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Franciszek, (2016). *Posynodalna Adhortacja apostolska „Amoris laetitia” o miłości w rodzinie* (19 marca 2016 r.), Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Franciszek, (2019). *Stanowczo apeluję o wszechstronna walkę przeciwko wykorzystaniu nieletnich. Przemówienie Papieża na zakończenie obrad* (24 lutego 2019 r.), *L'Osservatore Romano*, wyd. pol., nr 3 (411), 22-29.
- Główny Urząd Statystyczny, (2019). *Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin*, Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Góralski, W. (2016). *Adhortacja apostolska „Amoris laetitia” papieża Franciszka. Prezentacja dokumentu z komentarzem do nn. 300-308*, Płock: Płocki Instytut Wydawniczy.
- Granados, J., Kampowski, S., Pérez-Soba, J.J. (2016). *„Amoris laetitia”. Accompagnare, discernere, integrare. Vademecum per una nuova pastorale familiare*, Siena: Cantagalli.
- Gryz, K. (2018). Prawo stopniowości w posynodalnych adhortacjach o rodzinie *Familiaris consortio* i *Amoris laetitia*, *Teologia i Moralność*, 1 (23), 153-179.
<https://doi.org/10.14746/tim.2018.23.1.9>.
- Jan Paweł II, (1981). *Adhortacja apostolska „Familiaris consortio” o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym* (22 listopada 1981 r.), Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.
- Krasiejko, I. (2013). *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji. Wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Krasiejko, I. (2014). Etapy metodycznego działania asystenta z rodziną w ujęciu Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach, *Podlaski Przegląd Społeczny*, 3 (21), 19-31.
- Krasiejko, I. (2016a). *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Warszawa: Wydawnictwo Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
- Krasiejko, I. (2016b). Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w metodycznym działaniu asystentów rodziny, (w:) I. Krasiejko, M. Ciczkowska-Giedziun (red.), *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną w ujęciu wybranych koncepcji. Analiza*

- metodycznego działania z osobami potrzebującymi pomocy*, 55–90, Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych – Wydawnictwo „GARMOND”.
- Kućko, W. (2019). Dzielić się mądrością czasu w rodzinie. Wyzwania etyczne współczesnych przemian demograficznych w Polsce, *Teologia i Moralność*, 2 (26), 87–101.
<https://doi.org/10.14746/TIM.2019.26.2.7>.
- Kupczak, J. (2018). *Źródła sporu o „Amoris laetitia”*, Poznań: W drodze.
- Lubińska-Tomczak, M. (2017). Asystentura rodziny jako nowy instrument pracy socjalnej, wspierający zrównoważony rozwój rodziny, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i Zarządzanie*, z. 106, 196–205. <https://doi.org/10.29119%2F1641-3466.2017.106.16>.
- Martínez Sistach, L. (2016). *Come applicare „l’Amoris laetitia”*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.
- Melina, L. (2018). Wyzwania *Amoris laetitia* dla teologa moralisty, *Teologia i Moralność* 1(23), 25–38. <https://doi.org/10.14746/tim.2018.23.1.2>.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, (2018).
<https://www.gov.pl/web/rodzina/wiecej-asystentow-rodziny-na-etacie> (dostęp: 07.08.2018).
- Najwyższa Izba Kontroli, (2014). *Funkcjonowanie asystentów rodziny w świetle Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pracy zastępczej. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Olczyk, M. (2018). Edukacja seksualna jako wychowanie do miłości. Niezmienne pryncypia i nowe wyzwania w świetle *Amoris laetitia* 259–290, *Teologia i Moralność*, 1 (23), 125–139.
<https://doi.org/10.14746/tim.2018.23.1.7>.
- Szot, A. (2018). Postrzeganie pracy asystenta rodziny przez klientów pomocy społecznej i osoby ich wspomagające, *Problemy Współczesnej Pedagogiki*, 4 (1), 83–92.
<https://doi.org/10.25944/pwp.18.4.8392>.
- Świdorska, M. (2013). *Asystent rodziny – współczesna forma pomocy rodzinie* (Studia i Monografie, 40), Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
- Tumulewicz, A., Lawda, M. (2014). Asystentura rodzinna – Gdzie jesteśmy? Jakie mamy potrzeby, oczekiwania, rekomendacje, *Podlaski Przegląd Społeczny*, 3 (21), 10–18.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zmianami.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, Dz. U. 2011 nr 149 poz. 887 z późn. zmianami.

Dr Marta Komorowska-Pudło, <https://orcid.org/0000-0001-7222-0182>

Institut Pedagogiki
Uniwersytet Szczeciński

Dr Iwona Rawicka, <https://orcid.org/0000-0002-3997-2283>

Wydział Teologiczny
Uniwersytet Szczeciński

Sposoby planowania rodzicielstwa a jakość małżeństwa młodych dorosłych

The ways of family planning and the quality of married life among young adults

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.311>

Abstrakt: Planowanie rodziny to ważny czynnik oddziałujący na jakość życia małżonków w obszarze więzi, miłości, seksualności, komunikacji i poczucia wzajemnego doboru. W badaniach podjęto analizę dotyczącą określenia zależności, jaka występuje między wyborem przez małżonków sposobu planowania rodziny a jakością ich wzajemnej więzi i relacji. Z dotychczasowych badań wynika, że małżeństwa osób planujących rodzinę w oparciu o metody rozpoznawania płodności cechują się wyższym poziomem jakości, w porównaniu do małżeństw opierających swoje cele prokreacyjne o stosowanie środków antykoncepcyjnych. Dane uzyskane w podjętych badaniach potwierdziły dotychczasowe analizy, jednakże mimo widocznych zależności między wyborem metod planowania rodziny a jakością małżeństw zaprezentowanych w skalach procentowych niewiele danych zostało potwierdzonych statystyczną analizą danych. W związku z powyższym do wniosków z badań należy podchodzić z pewną ostrożnością. Uzyskane w badaniach dane wskazują, że małżonkowie stosujący naturalne planowanie rodziny w większym stopniu niż stosujący antykoncepcję obdarzają siebie wysokim poziomem więzi, miłości, satysfakcji seksualnej, szczególnie w zakresie sfery emocjonalnej i poczucia kontroli. Małżonkowie stosujący naturalne planowanie rodziny obdarzają się wyższym poziomem wsparcia, a niższym deprecjacji i rozczarowania. Jednocześnie też obdarzają siebie wyższym poziomem intymności, są bardziej ze sobą zgodni, usatysfakcjonowani jakością swojego związku, bardziej zadowoleni z samorealizacji w rolach małżeńskich i rodzinnych.

Ze względu na ukazane znaczenie wyboru przez małżonków sposobów realizacji celów prokreacyjnych w kontekście jakości łączącej ich więzi i relacji, oddziałującej na atmosferę całego życia małżeńskiego i rodzinnego, wskazane jest zweryfikowanie otrzymanych w niniejszych badaniach wyników w kolejnych analizach opartych o celowo dobraną populację osób, stanowiących porównywalne grupy w zakresie stosowania określonych metod planowania rodziny. Należy w tym miejscu podkreślić znaczenie tego typu badań dla wskazywania optymalnych czynników warunkujących wysoką jakość życia dorosłych w rolach małżeńskich i rodzicielskich.

Słowa kluczowe: małżeństwo, planowanie rodziny, poczęcie dziecka, rodzicielstwo,

Abstract: Family planning is an important factor influencing the quality of spouses' life in the area of marital bond, love, sexuality, communication and the feeling of being well-matched. In this research, the analysis considered the correlation between the choice of a family planning method and the quality of the spouses' mutual relation. The research conducted so far indicates that marriages of people planning a family based on fertility recognition methods are characterized by a higher quality of relationship as opposed to those using contraceptives. The data in the undertaken research

confirmed the hitherto analysis. However, despite an apparent correlation between the choice of a family planning method and the quality of relationship presented in a percentage scale, a little data was confirmed by statistical data analysis. In connection with the above the conclusions of the research must be approached with certain cautiousness. The data included in the research suggests that married couples using natural family planning show a stronger bond, love and sexual satisfaction, especially in the emotional area and a stronger sense of control as compared to the couples using contraception. Spouses who use natural family planning have a higher level of support and a lower level of depreciation and disappointment, at the same time they give each other more intimacy, they are more accommodating, satisfied with the quality of their relationship, more satisfied with self-realization in marital and family life.

Because of the importance of choosing the way of procreation within the context of the relation between the spouses, which influences the atmosphere of the whole marital and family life, it is advisable to verify the results of this research in the further analyses based on target groups of people who use specific family planning methods. The importance of such research is worth emphasizing as it might present optimal factors influencing high quality of life of adults in their marital and parental roles.

Keywords: marriage, family planning, conception, parenthood

Wprowadzenie

Małżeństwo to związek kobiety i mężczyzny, którzy podejmując dobrowolną decyzję o wspólnym życiu pragną budować satysfakcjonujące relacje we wszystkich jego obszarach. Oznacza to przede wszystkim pragnienie tworzenia wysokiej jakości więzi i miłości między sobą, konstruktywnego komunikowania się ze sobą, w oparciu o wzajemne wsparcie i zaangażowanie, poczucie udanego doboru, z wysokim poczuciem intymności, podobieństwa i samorealizacji w rolach małżeńskich i rodzinnych, wysokim poziomem zgodności, spójności i ekspresji emocjonalnej. Szczególnym wymiarem jakości małżeństwa, oddziałującym na powyższe obszary jest sfera seksualności małżonków i związana z nią płodność oraz zamierzenia prokreacyjne. Z nimi związana jest decyzja małżonków o rodzicielstwie, o wyborze określonej metody planowania rodziny, wokół której zbudują swoje relacje w sferze płciowości, bezpośrednio związane z pozostałymi obszarami ich wspólnego życia i wizją domu rodzinnego, który tworzą.

W niniejszym artykule podjęto analizę związku pomiędzy wyborem przez małżonków określonych metod planowania rodziny a jakością budowanych przez nich więzi i relacji, które w bezpośredni sposób oddziałują na ich postawy wobec dziecka i rodzicielstwa. W pierwszej części omówiono dotychczasowe wyniki badań w tym zakresie. Na bazie tych analiz postawiono hipotezę, że istnieje wysoki związek pomiędzy stosowanymi przez małżonków metodami planowania rodziny a jakością budowanych przez nich relacji. W drugiej części artykułu przedstawiono wyniki badań pozwalające na zweryfikowanie postawionej hipotezy. Badanie umożliwiło poznanie zarówno jakości związków tworzonych przez małżonków stosujących naturalne planowanie rodziny i antykoncepcję, jak i poznanie jakości związków tworzonych przez małżonków stosujących wśród środków antykoncepcyjnych prezerwatywy oraz środki hormonalne.

1. Metody planowania rodziny a jakość związku małżeńskiego w świetle literatury

W realizowanej przez małżonków seksualnej i prokreacyjnej funkcji ich wzajemnej relacji ważne jest porozumienie w aspekcie liczebności dzieci, czasu ich poczęcia i sposobów planowania rodzicielstwa. Planowanie rodziny jest procesem świadomego i celowego przewidywania struktury i liczebności rodziny, podczas którego małżonkowie biorą pod uwagę stan zdrowia, sytuację ekonomiczną, społeczną i obyczajową (Kosmala, 1999, s. 2-3). Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla w tym procesie dobrowolność i akceptację, zakładając, że obejmuje on postawy, sposób myślenia i życia oraz podejmowanie decyzji uwzględniające zdrowie i dobrobyt rodziny (tamże).

Metody planowania rodziny, z których mogą korzystać małżonkowie dzielą się na dwie grupy. Pierwsza, tzw. naturalne planowanie rodziny, obejmuje metody związane z możliwością wskazywania okresów płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety za pomocą obserwowanych u niej fizjologicznych objawów, czyli zmian w obrazie porannej temperatury ciała, śluzu szyjkowego oraz szyjki macicy (zob. Samoć, 2002; Szymański, 2005, Kinle, Szymaniak, 2005). Druga grupa metod, określana jako antykoncepcja (łac. *anticonceptio*, oznacza przeciw – poczęciu), wiąże się ze stosowaniem sztucznego środka uniemożliwiającego zajście w ciążę przez kobietę (metody barierowe: prezerwatywy, kapturki naszyjkowe i diafragmy, środki hormonalne: pigułki, iniekcje, plastry, implanty) lub tzw. antykoncepcji postkoitalnej (stosowanie środków wczesnoporonnych), uniemożliwiającej rozwój ciąży w sytuacji, gdyby doszło do poczęcia dziecka (Szymański, 2004a, s. 229-242; 2004b, s. 213-215). W naturalnym planowaniu rodziny ważne jest dostosowanie czasu współżycia seksualnego do okresów płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety. Zakłada to systematyczne, cykliczne przerwy w podejmowaniu aktywności płciowej przez małżonków (Fijałkowski, 2005, s. 19). Podczas stosowania antykoncepcji para może realizować funkcje seksualne w każdym momencie ich wspólnego życia, gdyż aspekt płodności jest w tym przypadku ograniczany poprzez stosowanie barier uniemożliwiających poczęcie dziecka lub rozwój ciąży (zob. Lew-Starowicz, 2004, s. 58).

Sfera życia seksualnego pary to szczególnie ważny obszar ich wspólnych relacji oddziałujących w wysokim stopniu na jakość ich funkcjonowania w pozostałych sferach wzajemnego bycia ze sobą. Z badań wynika, że istnieje wysoki związek satysfakcji seksualnej małżonków z ich relacjami pozaseksualnymi w sferze więzi małżeńskiej, miłości, komunikacji i poczucia doboru małżeńskiego (zob. Komorowska-Pudło, 2014). Dla jakości funkcjonowania w wymienionych sferach życia małżonków ważne są postawy wobec planowania rodziny i wybór związanych z nim określonych metod. Przytoczone poniżej wnioski z badań pozwalających na porównanie, jakie są więzi i relacje stosujących naturalne planowanie rodziny lub antykoncepcję potwierdzają, że wybór określonego stylu życia

w sferze prokreacji oddziałuje na więź małżeńską oraz wypełnianie funkcji seksualnej i rodzicielskiej. Brak jest natomiast badań ukazujących różnice w jakości małżeństwa, w zależności od tego, jakie konkretnie metody planowania rodziny małżonkowie stosują.

Naturalne planowanie rodziny wiąże się z wieloma pozytywnymi aspektami, obserwowanej relacji w seksualnej i pozaseksualnej sferze życia jednostki i pary małżonków. Z badań wynika, że pary stosujące tego typu metody, w porównaniu do stosujących antykoncepcję, w większym stopniu dbają o rozwój swojej miłości, szczególnie w obszarach takich jego wymiarów, jak ofiarność, cierpliwość, zaangażowanie, dbałość o harmonię w związku. Częściej też szukają pozaseksualnych sposobów jej okazywania, odnosząc się do współmałżonków w sposób czuły, empatyczny i wspierający, zapewniający zrozumienie i dobrą komunikację. Badacze obserwują u tych małżonków większą dbałość o pogłębianie więzi i miłości, a także większą trwałość ich relacji (zob. Skrzydlewski, 1998, s. 99-100, 141-143; Ryś, 1999, s. 81; Kornas-Biela, 2005, s. 124-125; Wójcik, 2004a, s. 130-131; 2008, s. 288; Kippley, 2002, s. 149; Fijałkowski, 2005, s. 19; Logan, za: Kornas-Biela, 2005, s. 116; Boys, za: Raith i in., 1997, s. 189).

Z badań wynika, że małżonkowie stosujący metody rozpoznawania płodności zwracają uwagę na naturalność i piękno aktów seksualnych oraz poczucie kontroli w podejmowanych zachowaniach. Dzięki rozwojowi ich relacji w zakresie współdziałania, wspólnego podejmowania decyzji i współodpowiedzialności obojga w sferze seksualności oraz wzajemnego porozumiewania się i komunikowania się na tematy związane z seksualnością, płodnością i rozrodczością doskonałą własną osobowość i kształtują dojrzałość seksualną, wzmacniając zdolność do budowania satysfakcjonującego małżeństwa i rodziny. Kobiety stosujące naturalne planowanie rodziny są zadowolone z takiego wyboru, pozytywnie postrzegają swoją kobiecość, swoje ciało, seksualność i jakość małżeństwa, są otwarte na dialog w sferze płciowości, pozytywnie nastawione do rodzicielstwa oraz do seksualności (Raith i in. 1997, s. 20, 187-189; Wójcik, 1997, s. 16; Kosmala, 1998b, s. 30; Ryś, 1999, s. 80; Kippley, 2002, s. 151; Kornas-Biela, 2005, s. 116, 121-125; Troszyński, 2005, s. 10; Wójcik, 2008, s. 287).

Wśród osób stosujących naturalne planowanie rodziny częściej spotyka się małżonków otwartych na własną płodność i na życie, świadomie planujących poczęcie dziecka i zgodnych w tym zakresie (Boys, za: Raith i in., 1997, s. 189; Kornas-Biela, 2005, s. 125). Możliwość świadomego i odpowiedzialnego zaplanowania przez małżonków czasu na rodzicielstwo, w tym określenia konkretnego momentu poczęcia własnego dziecka, wymieniane jest przez nich jako szczególna wartość stosowania naturalnych metod planowania rodziny (por. Kosmala, 1998b, s. 30-31; Kosmala, 1997b, s. 35). Takie podejście do prokreacji zakłada wspólne zaangażowanie małżonków w poznawanie fizjologii płodności, zaakceptowanie i uwzględnianie wynikających z nich faz płodności i niepłodności we wzajemnych relacjach seksualnych. Daje możliwość spojrzenia na seksualność i wspólną

plodność jako wartość i integralny składnik osoby i pary, a nie jako na przeszkodę (por. Raith i in., 1997, s. 20-21; Wójcik, 1997, s. 16; Kosmala, 1998b, s. 31). Małżonkowie ci nie okazują lęku przed poczęciem dziecka, są świadomi możliwości zajścia w ciążę, mimo stosowania metod planowania rodziny (nie ma bowiem żadnych 100% zabezpieczających przed ciążą metod¹) i z radością przyjmują dziecko, nawet gdy pojawi się ono w nieplanowanym przez nich momencie. Rodzice ci dbają od początku o utworzenie optymalnego środowiska wychowawczego dla własnych dzieci (por. Skrzydlewski, 1998, s. 101; Fijałkowski, 2005, s. 19; Kosmala, 1998b, s. 30).

Stosowanie w planowaniu rodziny metod opartych na rozpoznawaniu naturalnych objawów płodności umożliwia małżonkom zintegrowanie całości ich psychofizycznej struktury, łącznie z prokreacją. Pozwala na wzmacnianie rangi i jakości życia seksualnego dla małżonków oraz na naturalny przebieg współżycia, z pełną akceptacją płodności kobiety i mężczyzny (Kornas-Biela, 2005, s. 123-124).

Z analizy literatury wynika, że podczas stosowania metod rozpoznawania płodności nie występują żadne skutki uboczne zdrowotne ani dla kobiety, ani dla dziecka, które podczas współżycia mogłoby być poczęte (Kosmala, 1997a, s. 34). Wśród negatywnych aspektów stosowania tych metod zwraca się uwagę na różne trudności, związane m.in. z koniecznością nauczenia się rozpoznawania i interpretowania objawów płodności oraz określania faz, w których mogłoby dojść do poczęcia dziecka, jeśli nie jest ono w określonym czasie planowane. Wskazywane są też takie trudności, jak konieczność okresowej wstrzemięźliwości (Raith i in., 1997, s. 185). Z badań Klanna (za: Raith i in., 1997, s. 188) wynika, że naturalne planowanie rodziny sprzyja rozwojowi więzi u tych par, które przed rozpoczęciem jego stosowania funkcjonowały dobrze, natomiast pary wcześniej przeżywające wiele konfliktów, po rozpoczęciu tego stylu życia w sferze prokreacyjnej, mogą przeżywać dodatkowe konflikty na tle planowania rodziny i przeżywania seksualności. Podobnie, mniej trudności w stosowaniu tych metod zgłaszali małżonkowie, których łączyła bardzo silna więź, w porównaniu do tych, których więź była dostateczna (Kornas-Biela, 2005, s. 119). Dorota Kornas-Biela wskazuje na niesprzyjające akceptacji i stosowaniu metod rozpoznawania płodności właściwości psychologiczne i osobowe. Należą do nich niedojrzałość psychiczna, trudności z akceptacją siebie, obrazu swojego ciała, problemy w pozytywnej identyfikacji z własną płcią, konserwatywne podejście do pełnienia ról płciowych, lęk związany z życiem seksualnym i nieumiejętność rozmowy o nim,

¹ Wskaźnik Pearla, za pomocą którego określa się liczbę nieplanowanych ciąż na sto kobiet stosujących daną metodę w ciągu roku, jest dla poszczególnych metod następujący: metoda rytmu (tzw. kalendarzyk małżeński) - 13, metoda termiczna ścisła - 0,1-4,1; metoda owulacji Billingsa - 2,9-15,5; metoda objawowo-termiczna - 0,2-0,8; stosunek przerywany - 10-25; prezerwatywa - 3; krążek dopochwowy - 4; wkładka wewnątrzmaciczna - 1-3,5; środki chemiczne (globulki dopochwowe, żele, pianki) - 7-8; pigułka hormonalna, dwuskładnikowa - 0,2-0,8; pigułka hormonalna, jednoskładnikowa - 0,9-3,1; sterylizacja - 0,3-1 (Raith i in., 1997, 167-176; Kippley, 2002, s. 27-33; Dmochowski i in., 2005, s. 111-114; Wójcik, Szymański, 2004, s. 122-129).

trudności w adekwatnym wyrażaniu uczuć i bliskości, preferowanie wartości hedonistycznych, niski poziom religijności. Właściwości te, jak można założyć, częściej będą sprzyjały stosowaniu antykoncepcji, a jednocześnie też mogą wiązać się z trudnościami w relacjach małżeńskich także w aspektach pozaseksualnych (tamże, s. 118-120).

Badania dotyczące analizy jakości małżeństw stosujących antykoncepcję, w porównaniu do stosujących naturalne planowanie rodziny, wskazują na wiele niepokojących sygnałów świadczących o negatywnym oddziaływaniu tego rodzaju środków na łączącą ich więź i relacje. Stosujący antykoncepcję częściej niż planujący rodzinę zgodnie z rytmem płodności odczuwają niższy poziom bliskości emocjonalnej, porozumienia intelektualnego, zbieżności w poglądach, bliskości wartości i oczekiwań oraz bliskości działaniowej ze współmałżonkami, a wyższy poziom rozczarowania (Jankowska, 2014, s. 155). Małżonkowie ci częściej deklarowali osłabienie miłości, brak cierpliwości, ofiarności i wyrzeczeń. Wskazywali, że nie chcą lub nie potrafią okazywać miłości w inny sposób niż poprzez seks (zob. Skrzydlewski, 1998, s. 99-101; Wójcik, 1997, s. 15). Ilościowe nastawienie seksualne, stawianie seksu na pierwszym miejscu w relacjach małżeńskich, szczególnie w aspekcie rozwiązywania problemów, prowadzi w tych związkach do zaniedbywania właściwie rozumianej miłości (Kippley, 2002, s. 150). Pomędzy tymi małżonkami częściej pojawia się deficyt serdeczności, czułości i kontaktu psychicznego. Niejednokrotnie dominuje poczucie nastawienia na zaspokajanie potrzeby fizycznej, koncentrowania się na doznaniach zmysłowych, powodujących uprzedmiotowienie nie tylko samych doświadczeń małżeńskich w sferze seksualnej, ale i uprzedmiotowienie osób w nich uczestniczących (Kosmala, 1998c, s. 22-23; Szymańska, 2011 s. 92; Ryś, 1999, s. 81). Małżonkowie stosujący antykoncepcję częściej niż niestosujący jej mają trudności z pogłębieniem intymnych relacji w małżeństwie, skarżą się na nienaturalność i utratę atrakcyjności aktów płciowych, częściej wskazują na poczucie bycia niekochanymi i wykorzystywanymi przez współmałżonka (Wilson, 2002, za: Katolo, 2003, s. 249; Logan, 1999; Fijałkowski, 1975, za: Kornas-Biela, 2005, s. 116; Ryś, 1999, s. 81). John i Sheila Kippley (2002, s. 150) stwierdzili jednoznacznie, że „praktyka i świadomość antykoncepcyjna są bezsprzecznie jedną z przyczyn nieudanego pożycia małżeńskiego i rozwodów”. Może być to dodatkowo powodowane tym, że kobiety stosujące antykoncepcję mają skłonność do podejmowania kontaktów z większą ilością partnerów i do zdrad (Koya; Cohen, za: Suszczewicz, Ślizień-Kuczapska, 2012, s. 28).

Szczególne znaczenie dla jakości więzi i relacji małżonków mogą mieć skutki uboczne stosowania wybranych przez nich metod. Można założyć, że w pewnym stopniu ich występowanie będzie miało znaczenie dla dobrostanu tak kobiety jak i mężczyzny w aspekcie fizycznym i psychologicznym. Prowadzone od kilkadziesiąt lat badania na temat skutków ubocznych stosowania środków antykoncepcyjnych wykazują wysoki poziom szkodliwości dla zdrowia korzystających z nich osób (zob. Ehmann, 1994a, 1994b; Siwik, 1994; Guillebaud, 1995). Szkodliwość różni się, w zależności od rodzaju środka

antykonceptyjnego. Od uczuleń, rozwoju infekcji, zapalenia grzybiczego pochwy do zespołu wstrząsu septycznego przy środkach barierowych i chemicznych, czy od infekcji jajowodów, stanów zapalnych narządów rodnych i uszkodzenia macicy do niepłodności przy wkładkach wewnątrzmacicznych (Ehmann, 1994b, s. 25; Gratkowski, 2005, s. 208; Szymański, 2004, s. 240). Szczególnie silne skutki zdrowotne są opisywane w literaturze medycznej w stosunku do antykoncepcji hormonalnej. Należy do nich ryzyko trwałego uszkodzenia dojrzewającej osi podwzgórzowo-przysadkowo-jajnikowej, prowadzącego do zaniku miesiączkowania i niepłodności u kobiet, które stosowały te środki jeszcze w okresie rozwojowym (Skałba, za: Pachecka, 2010, s. 34). Są to też choroby sercowo-naczyniowe i mózgowo-naczyniowe, sprzyjanie infekcji, głównie chlamydiowej, upośledzenie odporności systemu immunologicznego organizmu (Ehmann, 1994b, s. 19), ryzyko nowotworu szyjki i trzonu macicy, jajników, sutków, skóry i wątroby. Mogą to być także problemy z uszkodzeniami płodu przy stosowaniu antykoncepcji hormonalnej przez kobiety podczas pierwszych tygodni lub miesięcy ciąży (Ehmann, 2004b, s. 14-24; Gratkowski, 2005, s. 206-207; Callander, 1995, s. 470-471; Hrabowska i in. 2001, s. 82-84; Kwaśniewska-Rokicińska, 2001, s. 112-114; Korwin-Piotrowska, 2001, s. 116-120).

Badacze podkreślają przede wszystkim skutki zdrowia fizycznego, zdecydowanie rzadziej zaś, wskazują na skutki w zdrowiu psychicznym. Tymczasem, oprócz trudności w relacjach małżonków na skutek zaburzeń zdrowia fizycznego lub problemów z płodnością po odstawieniu antykoncepcji, jakość ich wspólnego życia mogą osłabiać psychiczne skutki stosowania tego rodzaju środków w planowaniu rodziny. Zaliczane są do nich najczęściej zaburzenia seksualne i zespoły depresyjne (Śmiech, Rabe-Jabłońska, 2006, s. 117), w tym obniżenie libido, oziębłość płciowa, zespół psychoendokryny i depresje, z takimi objawami, jak nerwowość, napięcie, zaburzenia nastroju, złe samopoczucie, uczucie zmęczenia, zaburzenia emocjonalne, lęki, zachowania agresywne, podrażnienie, frustracja (Gratkowski, 2005, s. 206; Caruso i in., 2004; Panzer i in., 2006, za: Suszczewicz, Ślizień-Kuczapska, 2012, s. 23-25; Z. Lew-Starowicz, 2004, s. 62; Ehmann, 2004b, s. 14-24; Callander, 1995, s. 470-471; Hrabowska i in. 2001, s. 82-84; Kwaśniewska-Rokicińska, 2001, s. 112-114; Korwin-Piotrowska, 2001, s. 116-120; Logan 1999; Fijałkowski, 1975, za: Kornas-Biela, 2005, s. 116; Ryś, 1999, s. 81). Dysfunkcje seksualne (zaburzenia orgazmu, popędu płciowego, zaburzenia lubricatio, brak satysfakcji ze współżycia, bolesność podczas współżycia) ujawniły się u 32,4% kobiet (spośród 1086 badanych) stosujących doustną antykoncepcję hormonalną (Wallwiener i in. 2010, za: Suszczewicz, Ślizień-Kuczapska, 2012, s. 25). Jednocześnie też w medycynie podkreśla się, że depresja jest przeciwwskazaniem do stosowania antykoncepcji hormonalnej (Callander, Gdańsk 1995, s. 471).

U wielu małżonków stosujących antykoncepcję ujawnia się tzw. postawa antykonceptyjna, związana z nieakceptacją czy wręcz odrzucaniem płodności i jej wartości (Wójcik, 1997, s. 15-16; 2008, s. 287), z lękiem przed dzieckiem i z negatywną postawą wobec

jego poczęcia (zob. Wójcik, 1997, s. 16; Skrzydlewski, 1998, s. 35), z traktowaniem dziecka jako zagrożenia (Kosmala, 1998b, s. 30). W przypadku nieskuteczności antykoncepcji i pojawienia się nieplanowanej ciąży może wiązać się to z konfliktami małżeńskimi, negatywnym nastawieniem do poczętego dziecka i małżonków wzajemnie wobec siebie, a nawet z ich rozstaniem. Może pojawić się także ryzyko podjęcia decyzji o aborcji (zob. Skrzydlewski, 1998, s. 35, 149; Kosmala, 1998b, s. 30), co w sytuacji dokonania faktu niesie za sobą niebezpieczeństwo rozwoju syndromu postaborcyjnego i osłabienia lub przerwania relacji małżeńskiej bądź przejawiania nieprawidłowych postaw wobec posiadanych dzieci (zob. Ryś, 1994; Ryś, 1999, s. 84; Lewandowski, 1999). Badacze wskazują jednocześnie na częstsze dokonywanie aborcji przez kobiety stosujące antykoncepcję niż nie stosujące jej (Suaudeau, 1998; Kosunien, Rimpela, 1996; Sidenius, Rasmussen, 1983; Pearson i in., 1995; za: Katolo, 2003, s. 251; Mucci i in, 1976, za: Suszczewicz, Ślizień-Kuczapska, 2012, s. 28).

Powyższa analiza psychofizycznych skutków stosowania środków antykoncepcyjnych, ujawniających się głównie u kobiet, prowadzi do wniosku, że styl życia małżonków, związany z tego rodzaju sposobami planowania rodziny może pogarszać jakość ich codziennych relacji, tak w obszarze więzi i miłości, jak komunikacji i seksualności. Z dotychczasowych analiz wynika, że mimo iż doświadczenia seksualne w małżeństwach osób korzystających z antykoncepcji są statystycznie częstsze niż wśród stosujących naturalne planowanie rodziny, cechują się one większą powierzchownością i wiążą się z niższym poziomem poczucia szczęścia. Pary stosujące antykoncepcję zdecydowanie częściej niż niestosujące jej doświadczają rozwodów (Rötzer, za: Wójcik, 1997, s. 16; 2008, s. 287; Enichlmayr, za: Kosmala, 1998a, s. 19; Bennett, 1993, za: Katolo, 2003, s. 250).

2. Podstawy metodologiczne badań

Celem podjętych badań było określenie związku pomiędzy wyborem przez małżonków określonych metod planowania rodziny a jakością ich wzajemnych relacji. Główny problem badawczy zawierał się w pytaniu, w jakim stopniu stosowanie przez małżonków naturalnego planowania rodziny lub antykoncepcji wiąże się z jakością ich wzajemnego funkcjonowania w obszarze więzi, miłości, komunikacji, poczucia doboru, satysfakcji seksualnej oraz z jakością ich małżeństwa w kontekście globalnym? W przyjętej hipotezie założono, że wybór metod planowania rodziny w dużym stopniu wiąże się z jakością więzi i relacji małżonków. W badaniach postawiono także problem szczegółowy: w jakim stopniu wybór określonego środka antykoncepcyjnego przez respondentów różnicuje jakość ich małżeństwa? Ze względu na to, że większość badanych korzystała ze środków takich, jak prezerwatywy i antykoncepcja hormonalna, do analizy umożliwiającej udzielenie odpowiedzi na to pytanie przyjęto dane uzyskane od osób stosujących tego rodzaju środki. W tej części badań z analiz wyłączono dane od osób, w których

małżeństwach stosowano wkładkę wewnątrzmaciczną lub podejmowano stosunki przerywane w celach planowania rodziny.

Jakość więzi i relacji w związkach małżeńskich respondentów była mierzona za pomocą sześciu narzędzi standaryzowanych (o wysokim poziomie rzetelności). Dane metryczkowe oraz pytania dotyczące stosowania przez badanych określonych metod planowania rodziny zamieszczono w kwestionariuszu ankiety. Jakość więzi między małżonkami została zbadana za pomocą Skali Więzi Małżeńskiej (SWM) Józefa Szopińskiego (1980). Pomiar ten obejmował trzy wymiary: współodczuwanie (zaufanie, czułość, troskliwość, empatia, bliskość, poczucie bezpieczeństwa, dbałość o atmosferę i potrzeby współmałżonka w sferze seksualności), współrozumienie (rozmowy o wszystkich sprawach, otwartość, podobne poglądy na temat wychowywania dzieci oraz ich liczby) i współdziałanie (stosowanie wspólnie uzgodnionych metod planowania rodziny, współpraca w wychowaniu dzieci, wspólne dyskusje, kompromisy, podobieństwo systemów wartości i zasad moralnych, wzajemne wsparcie, zdolność do poświęceń na rzecz współmałżonka). Jakość miłości między małżonkami została zmierzona za pomocą kwestionariusza Pomiaru Miłości (PM) Roberta Sternberga (za: Wojciszke, 1995, 2010), w skalach namiętności (ocena atrakcyjności fizycznej i seksualnej partnera, pragnienie podejmowania doświadczeń seksualnych z nim), intymności (bliskość uczuciowa z partnerem) i zaangażowania (decyzja dotycząca trwałości związku i dbałości o jego jakość). Poziom satysfakcji seksualnej badanych osób został określony za pomocą Skali Satysfakcji Seksualnej (SSS) Deborah Davis (2006), w odniesieniu do satysfakcji seksualnej fizycznej (ocena jakości doświadczeń seksualnych w związku i realizacji potrzeb seksualnych), emocjonalnej (ocena afektywnych odczuć względem seksu i zachowań partnera) i w zakresie poczucia kontroli (ocena własnego wpływu na częstotliwość i okoliczności podejmowania kontaktów seksualnych w związku). Jakość komunikacji w małżeństwie określono za pomocą Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) Mieczysława Plopy i Marii Kaźmierczak (Plopa, 2006; Kaźmierczak, Plopa, 2008), w skalach wsparcia (szacunek, troska wobec współmałżonka, wspólne rozwiązywanie problemów), zaangażowania (dbałość o bliskość i zrozumienie, okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i znaczenia partnera) i deprecjacji (agresja, dominacja, kontrolowanie). Poziom poczucia doboru małżonków został zmierzony za pomocą Kwestionariusza Dobranego Małżeństwa (KDM) Jana Rostowskiego i Mieczysława Plopy (Plopa, 2006, s. 51-106), w skalach intymności (miłość, zaufanie, gotowość do pracy na rzecz związku), samorealizacji (działania w zakresie pełnienia ról małżeńskich i rodzinnych), podobieństwa (zgodność w celach małżonków) i rozczarowania (poczucie porażki z jakości życia małżeńskiego i ryzyko rozpadu związku). Kwestionariusz Pomiaru Jakości Związku Małżeńskiego Grahama Spaniera (za: Cieślak, 1989) umożliwia pomiar jakości związku w czterech obszarach: zgodności małżonków (porozumienie w ważnych dla ich związku sprawach), spójności (zaangażowanie

w codzienne zadania), satysfakcji (zadowolenie ze związku), ekspresji emocjonalnej (okazywanie sobie wzajemnie uczuć i przywiązania).

Badania zostały przeprowadzone wśród młodych dorosłych (20-35 lat), mieszkańców województwa zachodniopomorskiego i lubuskiego w 2017 i 2018 roku. W badaniach wzięło udział 204 mężczyzn i 214 kobiet (razem 418 osób). Analiza wyników badań została przeprowadzona na podstawie danych procentowych, przy wykorzystaniu współczynnika korelacji U Manna-Whitneya.

3. Stosowane metody planowania rodziny a jakość małżeństwa młodych dorosłych w świetle badań własnych

Biorący udział w badaniach młodzi dorośli stosowali różne metody planowania rodziny. Zostały one zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela nr 1. Skala stosowanych przez respondentów metod planowania rodziny

Stosowane przez respondentów i ich współmałżonków metody planowania rodziny	Skala stosowanych w małżeństwie metod planowania rodziny					
	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Metody naturalnego planowania rodziny	20	9,8	30	14,0	50	12,0
Prezerwatywy	71	34,8	67	31,3	138	33,0
Środki hormonalne	87	42,7	84	39,3	171	40,9
Wkładka wewnątrzmaciczna	7	3,4	10	4,7	17	4,1
Stosunek przerywany	19	9,3	23	10,7	42	10,0
Razem	204	100,0	214	100,00	418	100,00

Wśród najczęściej wymienianych metod planowania rodziny, które respondenci stosowali w swoich małżeństwach znajdowały się środki hormonalne (40,9%) i prezerwatywy (33%), w niektórych przypadkach łączone ze środkami chemicznymi (tabela 1). Zdecydowanie rzadziej stosowane były metody naturalnego planowania rodziny (12%), wśród których respondenci wskazywali na metodę termiczną, Billingsa i objawowo-termiczną. Co dziesiąty badany podejmował współżycie płciowe w postaci stosunku przerywanego (10%).

Dla poniższych analiz przyjęto dane uzyskane od 178 mężczyzn oraz 181 kobiet, pomijając tych respondentów, którzy wskazywali na stosowanie w planowaniu rodziny wkładki wewnątrzmacicznej (dane zostały pominięte ze względu na zbyt małą liczbę badanych osób znajdujących się wśród stosujących tę metodę) oraz na stosunek przerywany

(technika współżycia nie znajdująca się wśród metod naturalnego planowania rodziny i wśród środków antykoncepcyjnych).

Poziom jakości związku małżeńskiego respondentów we wskazanych w badaniach obszarach był zróżnicowany. Dane na ten temat prezentuje tabela 2a i b.

Tabela 2a. Jakość związku małżeńskiego respondentów w aspekcie różnych sfer ich wspólnego życia

Obszary jakości związku małżeńskiego		Poziom jakości związku małżeńskiego								
		Mężczyźni			Kobiety			Razem		
		W*	P	N	W	P	N	W	P	N
		%								
Więź małżeńska	Współodczuwani e	31,5	39,9	28,7	34,3	38,7	27,1	32,9	39,3	27,9
	Współrozumienie	33,7	36,0	30,3	34,3	39,8	26,0	34,0	37,9	28,2
	Współdziałanie	37,1	34,8	28,1	33,7	37,6	28,7	35,4	36,2	28,4
	Więź pełna	34,1	36,9	29,0	34,1	38,7	27,3	34,1	37,8	28,1
Miłość małżeńska	Namiętność	33,1	37,1	29,8	32,0	40,3	27,6	32,6	38,7	28,7
	Intymność	30,3	40,4	29,2	35,4	35,9	28,7	32,8	38,2	29,0
	Zobowiązanie	33,1	39,9	27,0	33,1	37,6	29,3	33,1	38,7	28,1
	Miłość pełna	32,2	39,1	28,7	33,5	37,9	28,5	32,9	38,5	28,6
Komunikacja kierowana do współmałżonka	Wsparcie	26,4	49,4	24,2	39,8	37,6	22,7	33,1	43,5	23,4
	Zaangażowanie	43,3	33,1	23,6	58,0	29,8	12,2	50,6	31,5	17,9
	Deprecjacja	36,0	39,9	24,2	39,2	37,0	23,8	37,6	38,5	24,0
	Komunikacja pełna	35,2	40,8	24,0	45,7	34,8	19,5	40,4	37,8	21,7
Komunikacja odczuwana od współmałżonka	Wsparcie	37,1	43,8	19,1	51,9	31,5	16,6	44,5	37,7	17,8
	Zaangażowanie	23,6	52,8	23,6	34,3	42,0	23,8	28,9	47,4	23,7
	Deprecjacja	32,0	29,8	38,2	22,1	19,3	58,6	27,1	24,6	48,4
	Komunikacja pełna	30,9	42,1	27,0	36,1	30,9	33,0	33,5	36,5	30,0

Tabela 2b. Jakość związku małżeńskiego respondentów w aspekcie różnych sfer ich wspólnego życia (cd.)

Dobór małżeński	Intymność	34,3	41,6	24,2	38,1	43,1	18,8	36,2	42,3	21,5
	Samorealizacja	20,8	32,6	46,6	12,7	54,7	32,6	16,7	43,6	39,6
	Podobieństwo	32,0	47,8	20,2	49,2	30,9	19,9	40,6	39,3	20,1
	Rozczarowanie	34,3	26,4	39,3	24,9	26,0	49,2	29,6	26,2	44,2
	Dobór pełen	30,3	37,1	32,6	31,2	38,7	30,1	30,8	37,9	31,3
Satysfakcja seksualna	Fizyczna	36,5	47,2	16,3	35,4	39,8	24,9	35,9	43,5	20,6
	Emocjonalna	39,9	40,4	19,7	31,5	34,8	33,7	35,7	37,6	26,7
	Poczucie kontroli	36,5	42,1	21,3	39,8	32,6	27,6	38,1	37,4	24,5
	Pełna satysfakcja	37,6	43,3	19,1	35,5	35,7	28,7	36,6	39,5	23,9
Globalna jakość związku	Zgodność	63,5	5,1	31,5	29,8	39,2	30,9	46,7	22,1	31,2
	Satysfakcja	36,5	35,4	28,1	35,4	38,7	26,0	35,9	37,0	27,0
	Spójność	36,0	43,8	20,2	43,1	37,6	19,3	39,5	40,7	19,8
	Ekspresja emocjonalna	37,6	37,6	24,7	43,6	32,0	24,3	40,6	34,8	24,5
	Globalna jakość	43,4	30,5	26,1	38,0	36,9	25,1	40,7	33,7	25,6

*W – wysoki, P – przeciętny, N – niski

Przedstawiona w tabeli 2 analiza jakości związku małżeńskiego badanych osób wykazała, że około jedna trzecia spośród nich przejawiała wysoki poziom zadowolenia w różnych obszarach opisywanych w niniejszym artykule relacji ze współmałżonkami. Dotyczyło to ich wzajemnej więzi (34,1%), miłości (32,9%), komunikacji kierowanej do współmałżonka (40,4%), komunikacji odczuwanej od współmałżonka (33,5%), poczucia doboru ze współmałżonkiem (30,8%), satysfakcji seksualnej (36,6%) oraz globalnej jakości związku (40,7%). Niski poziom satysfakcji z jakości związku w poszczególnych obszarach relacji ze współmałżonkami ujawnił się u około jednej czwartej respondentów. W przypadku ich wzajemnej więzi poziom taki miał miejsce u 28,1% respondentów, w przypadku miłości u 28,6% respondentów, komunikacji kierowanej do współmałżonka u 21,7% respondentów, komunikacji odczuwanej od współmałżonka u 30% respondentów, poczucia doboru ze współmałżonkiem u 31,3% respondentów, satysfakcji seksualnej u 23,9% respondentów i globalnej jakości związku u 25,6% respondentów.

Analiza zależności jaka wystąpiła pomiędzy stosowaniem przez badanych mężczyzn i kobiety konkretnych metod planowania rodziny a jakością relacji, jakie tworzą oni ze swoimi współmałżonkami w różnych obszarach wzajemnego funkcjonowania w większości wykazała dane nieistotne statystycznie. Korelacje istotne statystycznie ujawniły się jedynie w niewielu analizowanych związkach. Ze względu jednak na uwidaczniające się w poniższych tabelach różnice wskazywane w skalach procentowych zostaną one opisane, z zachowaniem jednak pewnej ostrożności w interpretacji danych.

Więź małżeńska to zmienna, która koreluje, na poziomie tendencji jedynie w jej szczegółowym wymiarze - współdziałania z rodzajem stosowanych grup metod planowania rodziny przez współmałżonków (tabela 3).

Z uzyskanych danych wynika, że wyższy poziom współdziałania ze współmałżonkami ujawnił się u badanych mężczyzn, którzy podejmują aktywność płciową przy uwzględnieniu rytmów płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety, w porównaniu do tych, którzy stosują podczas współżycia środki antykoncepcyjne ($p = 0,077$).

Uwzględniając dane zaprezentowane w skali procentowej można stwierdzić, że niski poziom jakości więzi małżonków częściej ujawniał się u badanych kobiet i mężczyzn stosujących środki antykoncepcyjne w porównaniu do tych, którzy w obszarze płodności stosowali naturalne metody planowania rodziny (tabela 3). W przypadku współodczuwania taki poziom relacji wobec współmałżonka ujawniał się u 29,9% mężczyzn i 28,5% kobiet stosujących środki antykoncepcyjne, przy 15% mężczyzn i 20% kobiet stosujących metody obserwacji płodności. Niski poziom współrozumienia występował u 30,5% mężczyzn i 27,6% kobiet stosujących środki antykoncepcyjne, przy 25% mężczyzn i 20% kobiet stosujących metody obserwacji płodności. W przypadku współdziałania niski poziom takiej formy relacji zaobserwowano u 29,5% mężczyzn i 30,4% kobiet stosujących środki antykoncepcyjne, przy 15% mężczyzn i 20% kobiet stosujących metody obserwacji płodności.

Podobne dane ujawniły się podczas analizy pełnej więzi małżeńskiej. Jej niski poziom zaobserwowano u 30% mężczyzn i 28,8% kobiet stosujących środki antykoncepcyjne przy 18,3% mężczyzn i 20% kobiet stosujących metody obserwacji płodności.

W przypadku badanych mężczyzn ujawniły się także w skali procentowej różnice pomiędzy odczuwaną przez nich więzią ze swoimi współmałżonkami a rodzajem stosowanych środków antykoncepcyjnych. Niski poziom jakości tej więzi nieco częściej występował u tych, których żony używały środki hormonalne w porównaniu do tych mężczyzn, którzy podczas aktywności płciowej stosowali prezerwatywy. W przypadku badanych kobiet różnice te nie są tak widoczne.

Tabela 3. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a jakość ich więzi małżeńskiej

Poziom więzi małżeńskiej osób stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów									
		Metody NPR**	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne
Obszar więzi	Poziom	Mężczyźni					Kobiety				
		%									
Współodczuwanie	W*	35,0	31,4		35,2	27,6	33,3	34,3		32,8	35,7
	P	50,0	38,7		39,4	37,9	46,7	37,3		38,8	35,7
	N	15,0	29,9		25,4	34,5	20,0	28,5		28,4	28,6
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1317,5; z = -1,21; p = 0,227			U = 2731,0; z = -1,25; p = 0,211		U = 2143,5; z = -0,46; p = 0,644			U = 2693,0; z = 0,49; p = 0,624	
Współrozumienie	W	40,0	32,9		32,4	33,3	43,3	31,7		25,4	38,1
	P	35,0	36,6		42,3	31,0	36,7	40,7		43,3	38,1
	N	25,0	30,5		25,4	35,6	20,0	27,6		31,3	23,8
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1380,0; z = -0,92; p = 0,358			U = 2941,0; z = -0,51; p = 0,607		U = 1860,5; z = -1,54; p = 0,123			U = 2559,0; z = 0,95; p = 0,340	
Współdziałanie	W	45,0	36,0		35,2	36,8	43,3	31,3		26,9	35,7
	P	40,0	34,5		38,0	31,0	36,7	38,3		43,3	33,3
	N	15,0	29,5		26,8	32,2	20,0	30,4		29,9	31,0
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1195,5; z = -1,77; p = 0,077			U = 3083,5; z = 0,02; p = 0,987		U = 1973,5; z = -1,10; p = 0,270			U = 2512,0; z = 1,13; p = 0,258	
Więź pełna	W	40,0	33,4		34,3	32,6	40,0	32,4		28,4	36,5
	P	41,7	36,6		39,9	33,3	40,0	38,8		41,8	35,7
	N	18,3	30,0		25,8	34,1	20,0	28,8		29,9	27,8
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1280,0; z = -1,38; p = 0,168			U = 2944,0; z = -0,50; p = 0,615		U = 1956,5; z = -1,18; p = 0,240			U = 2531,0; z = 1,06; p = 0,290	

*W - wysoki, P - przeciętny, N - niski; ** NPR - naturalne planowanie rodziny

Analiza związku występującego pomiędzy stosowaniem przez respondentów konkretnych metod planowania rodziny a jakością łączącej ich miłości wykazała dane nieistotne statystycznie (tabela 4).

Tabela 4. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a jakość ich miłości małżeńskiej

Poziom miłości małżeńskiej osób stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów									
		Metody NPR**	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne
Obszar miłości	Poziom	Mężczyźni					Kobiety				
		%									
Namiętność	W*	40,0	32,0		29,6	34,5	26,7	33,1		32,8	33,3
	P	45,0	36,1		36,6	35,6	43,3	39,6		38,8	40,5
	N	15,0	31,8		33,8	29,9	30,0	27,3		28,4	26,2
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1316,0; z = -1,22; p = 0,224			U = 3080,5; z = 0,03; p = 0,979		U = 2262,5; z = 0,01; p = 0,992			U = 2743,5; z = 0,26; p = 0,793	
Intymność	W	40,0	29,2		29,6	28,7	43,3	33,4		29,9	36,9
	P	40,0	40,0		35,2	44,8	30,0	37,4		40,3	34,5
	N	20,0	30,8		35,2	26,4	26,7	29,2		29,9	28,6
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1403,5; z = -0,81; p = 0,417			U = 3011,5; z = -0,27; p = 0,789		U = 2082,5; z = -0,70; p = 0,487			U = 2685,5; z = 0,48; p = 0,631	
Zobowiązanie	W	45,0	32,0		35,2	28,7	40,0	31,7		31,3	32,1
	P	40,0	40,1		42,3	37,9	30,0	39,0		38,8	39,3
	N	15,0	27,9		22,5	33,3	30,0	29,2		29,9	28,6
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1291,0; z = -1,33; p = 0,183			U = 2724,0; z = -1,27; p = 0,203		U = 2198,0; z = -0,25; p = 0,799			U = 2794,5; z = -0,07; p = 0,943	
Miłość pełna	W	41,7	31,1		31,5	30,7	36,7	32,7		31,3	34,1
	P	41,7	38,7		38,0	39,5	34,4	38,7		39,3	38,1
	N	16,7	30,2		30,5	29,9	28,9	28,6		29,4	27,8
U <u>Manna-Whitneya</u>		U = 1334,0; z = -1,13; p = 0,258			U = 2970,5; z = -0,41; p = 0,681		U = 2116,0; z = -0,57; p = 0,571			U = 2788,5; z = 0,09; p = 0,925	

*W - wysoki, P - przeciętny, N - niski
** NPR - naturalne planowanie rodziny

Wyniki zaprezentowane w skali procentowej wskazują w przypadku badanych mężczyzn, że niski poziom jakości przejawianej przez nich wobec współmałżonek miłości częściej ujawniał się u tych, którzy razem z nimi stosują środki antykoncepcyjne w porównaniu do tych, którzy w obszarze płodności stosowali naturalne metody planowania rodziny. Niski poziom namiętności wobec współmałżonek ujawniał się u 31,8% mężczyzn stosujących środki antykoncepcyjne, przy 15% mężczyzn, których żony stosują metody obserwacji płodności. Niski poziom intymności występował u 30,8% mężczyzn stosujących środki antykoncepcyjne, przy 20% mężczyzn, których żony w sposób naturalny obserwowały swoją płodność. W przypadku zobowiązania niski jego poziom zaobserwowano u 27,9% mężczyzn stosujących środki antykoncepcyjne, przy 15% mężczyzn, których współmałżonki stosują naturalne metody planowania rodziny.

Podobne dane ujawniły się podczas analizy pełnej miłości małżeńskiej. Jej niski poziom zaobserwowano u 30,2% mężczyzn planujących rodzinę z uwzględnieniem środków antykoncepcyjnych i 16,7% mężczyzn aktywnych seksualnie w zgodzie z rytmem płodności.

W przypadku badanych kobiet wyniki ukazujące związek pomiędzy stosowanymi metodami planowania rodziny a jakością ich miłości wobec współmałżonków nie są tak wyraźne, jak w przypadku badanych mężczyzn. Dane zaprezentowane w skali procentowej wykazały, że wysoki poziom intymności i zobowiązania wobec mężów częściej występował u tych kobiet, które stosowały obserwację własnej płodności w porównaniu do tych, które stosowały środki antykoncepcyjne (odpowiednio: 43,3 i 40% oraz 33,4 i 31,7%). Pozostałe dane dotyczące stosowania przez kobiety określonych metod planowania rodziny w niewielkim stopniu różnicują jakość ich miłości kierowanej do współmałżonków.

Z analizy związku stosowania przez respondentów konkretnych metod planowania rodziny z jakością kierowanej do współmałżonków komunikacji wynika, że nie ma danych istotnych statystycznie potwierdzających istniejące korelacje (tabela 5). Pewne wnioski można zaobserwować na podstawie danych zawartych w skali procentowej. Wynika z nich, że większa grupa mężczyzn, których współmałżonki obserwują naturalne objawy płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym, w porównaniu do stosujących środki antykoncepcyjne znajduje się wśród tych, którzy przejawiają wobec żon wysoki poziom wsparcia (odpowiednio: 45 i 24,6%), niski poziom deprecjacji (40 i 22,1%) oraz wysoki poziom pełnej komunikacji (40 i 30,2%). Jednocześnie też analiza ta wskazuje, że stosujący antykoncepcję okazali się częściej niż stosujący w małżeństwie naturalne planowanie rodziny, przejawiać wobec żon wysoki poziom zaangażowania (44,1 i 35%).

Tabela 5. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a jakość komunikacji okazywanej współmałżonkom

Poziom okazywanej wobec małżonków komunikacji u osób stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów										
		Metody NPR**	Środki anty-koncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki anty-koncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	
Obszar komunikacji	Poziom	Mężczyźni					Kobiety					
		%										
Wsparcie	W*	45,0	24,6		29,6	19,5		43,3	38,4		32,8	44,0
	P	35,0	51,0		47,9	54,0		43,3	37,3		44,8	29,8
	N	20,0	24,5		22,5	26,4		13,3	24,3		22,4	26,2
U Manna-Whitneya		U = 1330,5; z = -1,15; p = 0,250			U = 2717,0; z = -1,30; p = 0,193			U = 2081,0; z = -0,70; p = 0,483			U = 2555,5; z = 0,97; p = 0,332	
Zaangażowanie	W	35,0	44,1		42,3	46,0		66,7	56,3		56,7	56,0
	P	45,0	31,7		32,4	31,0		23,3	30,7		26,9	34,5
	N	20,0	24,2		25,4	23,0		10,0	13,0		16,4	9,5
U Manna-Whitneya		U = 1509,5; z = -0,32; p = 0,747			U = 3013,0; z = -0,26; p = 0,793			U = 2095,5; z = -0,65; p = 0,518			U = 2675,5; z = 0,52; p = 0,604	
Deprecjacja	W	25,0	37,0		33,8	40,2		43,3	38,0		34,3	41,7
	P	35,0	40,9		45,1	36,8		36,7	37,7		43,3	32,1
	N	40,0	22,1		21,1	23,0		20,0	24,3		22,4	26,2
U Manna-Whitneya		U = 1258,0; z = 1,48; p = 0,138			U = 2798,0; z = 1,02; p = 0,310			U = 2209,5; z = -0,21; p = 0,834			U = 2811,0; z = 0,01; p = 0,993	
Komunikacja pełna	W	40,0	30,2		31,0	29,5		43,3	39,7		37,3	42,1
	P	38,3	41,2		41,8	40,6		34,4	35,2		38,3	32,1
	N	21,7	28,6		27,2	29,9		22,2	25,1		24,4	25,8
U Manna-Whitneya		U = 1310,5; z = -1,24; p = 0,215			U = 2784,5; z = -1,06; p = 0,289			U = 22176,0; z = -0,34; p = 0,736			U = 2697,0; z = 0,44; p = 0,662	

*W – wysoki, P – przeciętny, N – niski

** NPR – naturalne planowanie rodziny

W przypadku mężczyzn stosujących antykoncepcję wyższy poziom wsparcia wobec małżonek kierowali ci, którzy stosują prezerwatywy (29,6%) w porównaniu do tych, których żony stosują antykoncepcję hormonalną (19,5%).

W przypadku badanych kobiet dane ukazujące związek pomiędzy stosowanymi metodami planowania rodziny a jakością komunikacji, którą kierują do współmałżonków nie są tak wyraźne, jak w przypadku badanych mężczyzn. Dane zaprezentowane w skali procentowej wykazały, że niski poziom wsparcia współmałżonków częściej wykazywały te kobiety, które stosowały środki antykoncepcyjne w porównaniu do tych, które obserwowały w sposób naturalny objawy własnej płodności (odpowiednio: 24,3 i 13,3%). Natomiast wysoki poziom zaangażowania częściej ujawniały wobec mężów te, które stosowały naturalne metody planowania rodziny w porównaniu do stosujących antykoncepcję (66,7 i 56,3%).

Tabela 6. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a jakość odczuwanej komunikacji od współmałżonków

Poziom odczuwanej od współmałżonków komunikacji u osób stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów										
		Metody NPR**	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	
Obszar komunikacji	Poziom	Mężczyźni					Kobiety					
		%										
Wsparcie	W*	40,0	36,7		36,6	36,8		70,0	47,7		41,8	53,6
	P	45,0	43,5		42,3	44,8		23,3	34,0		41,8	26,2
	N	15,0	19,8		21,1	18,4		6,7	18,3		16,4	20,2
U Manna-Whitneya		U = 1338,0; z = -1,11; p = 0,265					U = 1859,0; z = -1,55; p = 0,121					
Zaangażowanie	W	20,0	24,0		23,9	24,1		33,3	34,0		29,9	38,1
	P	60,0	51,4		46,5	56,3		50,0	40,8		44,8	36,9
	N	20,0	24,6		29,6	19,5		16,7	25,2		25,4	25,0
U Manna-Whitneya		U = 1492; z = -0,40; p = 0,686					U = 2066,0; z = -0,76; p = 0,448					
Deprecjacja	W	20,0	34,3		42,3	26,4		16,7	22,6		17,9	27,4
	P	25,0	29,7		22,5	36,8		26,7	18,0		19,4	16,7
	N	55,0	36,0		35,2	36,8		56,7	59,3		62,7	56,0
U Manna-Whitneya		U = 1101,5; z = 2,20; p = 0,028					U = 2214,5; z = -0,19; p = 0,849					
Komunikacja pełna	W	38,3	32,2		31,9	32,6		53,3	47,0		44,8	49,2
	P	43,3	41,5		37,1	46,0		33,3	31,0		35,3	26,6
	N	18,3	26,2		31,0	21,5		13,3	22,1		19,9	24,2
U Manna-Whitneya		U = 1239,5; z = -1,57; p = 0,117					U = 2079,0; z = -0,71; p = 0,479					
U Manna-Whitneya		U = 2766,5; z = 1,12; p = 0,261					U = 2768,5; z = 0,17; p = 0,866					

*W - wysoki, P - przeciętny, N - niski
** NPR - naturalne planowanie rodziny

Wśród tych kobiet, które w planowaniu rodziny ze współmałżonkami stosowały środki antykoncepcyjne wyższy poziom wsparcia kierowanego do mężów ujawnił się u korzystających ze środków hormonalnych, w porównaniu do tych, które współzycie płciowe podejmowały z mężami z użyciem prezerwatywy (odpowiednio: 44 i 32,8%). Deprecjonowanie własnych mężów częściej występowało wśród kobiet, które stosowały środki hormonalne (41,7%) niż wśród kobiet, których mężowie używali prezerwatywy (34,3%).

Jakość komunikacji odczuwana przez badanych mężczyzn i kobiety od swoich małżonków jest zmienną korelującą w jej szczegółowym wymiarze deprecjacji z rodzajem stosowanych grup metod planowania rodziny przez współmałżonków (tabela 6).

Z uzyskanych danych wynika, że wysoki poziom deprecjacji, jaką mężczyźni odczuwają od swoich żon częściej ujawniał się w przypadku respondentów używających środki antykoncepcyjne, w porównaniu do tych, którzy podejmują aktywność płciową przy

uwzględnieniu rytmów płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety ($p = 0,028$).

Biorąc pod uwagę dane zaprezentowane w skali procentowej można stwierdzić, że kobiety stosujące naturalne planowanie rodziny częściej niż stosujące antykoncepcję odczuwają kierowany do nich przez ich własnych mężów wysoki poziom wsparcia (odpowiednio: 70 i 47,7%). Wśród stosujących antykoncepcję wysoki poziom odczuwanej od mężów deprecjacji częściej ujawniały kobiety, które stosowały środki hormonalne (27,4%) niż kobiety, których mężowie używali prezerwatyw (17,9%). Odwrotne dane zaobserwowano u badanych mężczyzn. Wysoki poziom deprecjonowania przez żony częściej zgłaszali ci, którzy używali prezerwatyw (42,3%) niż ci, których żony stosowały antykoncepcję hormonalną (26,4%). Wśród stosujących antykoncepcję wysoki poziom otrzymywanego od mężów wsparcia i zaangażowania częściej zgłaszały te kobiety, które stosowały środki hormonalne niż te, których mężowie stosowali prezerwatywy (odpowiednio: 53,6 i 38,1% oraz 41,8 i 29,9%).

Poczucie doboru małżeńskiego okazało się zmienną, która w największym stopniu korelowała, na poziomie istotnym statystycznie, z wyborem przez małżonków określonych metod planowania rodziny (tabela 7).

Tabela 7. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a poczucie doboru małżeńskiego

Poziom poczucia doboru małżeńskiego u osób stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów										
		Metody NPR**	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	
Obszar doboru	Poziom	Mężczyźni					Kobiety					
		%										
Intymność	W*	35,0	34,7		39,4	29,9		46,7	35,9		31,3	40,5
	P	50,0	40,0		35,2	44,8		40,0	44,4		50,7	38,1
	N	15,0	25,3		25,4	25,3		13,3	19,7		17,9	21,4
U Manna-Whitneya		U = 1484,0; z = -0,44; p = 0,659			U = 2831,5; z = -0,90; p = 0,368			U = 1932,5; z = -1,27; p = 0,204			U = 2649,0; z = 0,62; p = 0,537	
Samorealizacja	W	30,0	19,6		19,7	19,5		10,0	13,6		16,4	10,7
	P	35,0	32,9		39,4	26,4		66,7	51,7		46,3	57,1
	N	35,0	47,4		40,8	54,0		23,3	34,7		37,3	32,1
U Manna-Whitneya		U = 1231,0; z = -1,61; p = 0,107			U = 2738,5; z = -1,23; p = 0,220			U = 1736,0; z = -2,02; p = 0,43			U = 2781,0; z = -0,12; p = 0,903	
Podobieństwo	W	60,0	29,0		33,8	24,1		60,0	46,6		43,3	50,0
	P	25,0	50,4		47,9	52,9		30,0	31,4		34,3	28,6
	N	15,0	20,6		18,3	23,0		10,0	21,9		22,4	21,4
U Manna-Whitneya		U = 1120,0; z = -2,13; p = 0,033			U = 2746,0; z = -1,20; p = 0,229			U = 1652,5; z = -2,34; p = 0,019			U = 2719,5; z = 0,35; p = 0,724	
Rozczarowanie	W	20,0	35,6		31,0	40,2		23,3	25,0		23,9	26,2
	P	10,0	28,6		29,6	27,6		16,7	28,5		34,3	22,6
	N	70,0	35,8		39,4	32,2		60,0	46,5		41,8	51,2
U Manna-Whitneya		U = 1017,0 z = 2,59; p = 0,009			U = 2777,5; z = 1,09; p = 0,277			U = 1912,0; z = 1,35; p = 0,178			U = 2718,5; z = -0,36; p = 0,722	
Dobór pełen	W	48,8	29,8		33,1	26,4		44,2	35,7		33,2	38,1
	P	30,0	38,0		38,0	37,9		38,3	39,0		41,4	36,6
	N	21,3	32,3		28,9	35,6		17,5	25,3		25,4	25,3
U Manna-Whitneya		U = 1101,5; z = -2,20; p = 0,028			U = 2620,5; z = -1,63; p = 0,102			U = 1753,0; z = -1,95; p = 0,051			U = 2754,0; z = 0,22; p = 0,824	

*W - wysoki, P - przeciętny, N - niski, ** NPR - naturalne planowanie rodziny

Z uzyskanych danych wynika, że istnieje związek pomiędzy stosowaniem określonych metod planowania rodziny a poczuciem podobieństwa ze współmałżonkami w przypadku badanych mężczyzn ($p = 0,033$) i kobiet ($p = 0,019$), a także w odniesieniu do poczucia rozczarowania z relacji w małżeństwie u badanych mężczyzn ($p = 0,009$). Jednocześnie związek taki istnieje w aspekcie pełnego poczucia doboru małżeńskiego tak u badanych mężczyzn ($p = 0,028$), jak i kobiet ($p = 0,051$).

Uwzględniając dane zaprezentowane w skali procentowej można stwierdzić, że niski poziom poczucia intymności ze współmałżonkami częściej ujawniał się u badanych mężczyzn stosujących środki antykoncepcyjne (25,3%) w porównaniu do tych, którzy w obszarze płodności stosowali naturalne metody planowania rodziny (15%).

Podobnie niski poziom samorealizacji w rolach małżeńskich i rodzicielskich częściej ujawniał się tak u badanych mężczyzn (47,4%), jak i kobiet (34,7%) stosujących środki antykoncepcyjne, w porównaniu do tych mężczyzn (35%) i kobiet (23,3%), którzy w obszarze płodności stosowali naturalne metody planowania rodziny. Wysoki poziom poczucia podobieństwa ze współmałżonkami częściej ujawniał się u badanych mężczyzn (60%), jak i kobiet (60%) stosujących naturalne metody planowania rodziny, w porównaniu do tych mężczyzn (29%) i kobiet (46,6%), którzy w obszarze płodności stosowali środki antykoncepcyjne. Mniej rozczarowani swoimi relacjami małżeńskimi byli respondenci stosujący naturalne planowanie rodziny niż ci, którzy stosowali antykoncepcję. Niski poziom rozczarowania cechował 70% mężczyzn i 60% kobiet podejmujących życie płciowe zgodnie z rytmem płodności i niepłodności oraz 35,8% mężczyzn i 46,5% kobiet stosujących antykoncepcję. Wysoki poziom poczucia pełnego doboru ze współmałżonkami częściej ujawniał się u badanych mężczyzn (48,8%) i kobiet (44,2%) stosujących naturalne metody planowania rodziny, w porównaniu do tych mężczyzn (29,8%) i kobiet (35,7%), którzy w obszarze płodności stosowali środki antykoncepcyjne.

Badani mężczyźni stosujący prezerwatywy częściej niż ci, których żony stosowały antykoncepcję hormonalną przejawiali wysoki poziom intymności w relacjach z małżonkami (odpowiednio: 39,4 i 29,9%) oraz wysoki poziom poczucia podobieństwa z nimi (33,8 i 24,1%). Jednocześnie też mężowie kobiet stosujących środki hormonalne częściej niż ci, którzy we współżyciu z żonami stosowali prezerwatywy odczuwali niski poziom samorealizacji w rolach małżeńskich i rodzicielskich (odpowiednio: 54 i 40,8%), a także częściej ujawniali wysoki poziom rozczarowania jakością relacji małżeńskich (40,2 i 31%). Z kolei kobiety stosujące antykoncepcję hormonalną częściej niż współżyczące przy użyciu przez ich mężów prezerwatyw odczuwały w relacjach małżeńskich wysoki poziom intymności (odpowiednio: 40,5 i 31,3%) i częściej niski poziom rozczarowania z relacji małżeńskich (51,2 i 41,8%).

Związek stosowania przez małżonków określonych metod planowania rodziny z ich satysfakcją seksualną koreluje jedynie w przypadku satysfakcji mężczyzn w poczuciu

kontroli w tej sferze (tabela 8). Jest to związek istotny statystycznie na poziomie tendencji ($p = 0,067$).

Tabela 8. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a satysfakcja seksualna małżonków

Poziom satysfakcji seksualnej małżonków stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów										
		Metody NPR**	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki antykoncepcyjne	w tym:	Prezerwatywy	Środki hormonalne	
Obszar satysfakcji seksualnej	Poziom	Mężczyźni					Kobiety					
		%										
Fizyczna	W*	40,0	36,1		36,6	35,6		33,3	35,5		32,8	38,1
	P	30,0	49,6		52,1	47,1		33,3	42,0		50,7	33,3
	N	30,0	14,3		11,3	17,2		33,3	22,5		16,4	28,6
U Manna-Whitneya		U = 1464,5; z = 053; p = 0,595			U = 2934,0; z = -0,54; p = 0,589			U = 2007,0; z = 0,98; p = 0,325			U = 2717,0; z = -0,36; p = 0,717	
Emocjonalna	W	45,0	39,4		40,8	37,9		46,7	28,3		26,9	29,8
	P	45,0	39,4		35,2	43,7		20,0	38,3		43,3	33,3
	N	10,0	21,2		23,9	18,4		33,3	33,4		29,9	36,9
U Manna-Whitneya		U = 1244,0; z = -1,55; p = 0,121			U = 2967,5; z = 0,42; p = 0,673			U = 2077,5; z = -0,72; p = 0,475			U = 2637,0; z = -0,66; p = 0,507	
Poczucie kontroli	W	60,0	33,6		33,8	33,3		43,3	39,5		43,3	35,7
	P	25,0	44,5		46,5	42,5		40,0	30,7		26,9	34,5
	N	15,0	21,9		19,7	24,1		16,7	29,8		29,9	29,8
U Manna-Whitneya		U = 1183,0; z = -1,83; p = 0,067			U = 3049,0; z = -0,14; p = 0,891			U = 1991,5; z = -1,04; p = 0,296			U = 2638,0; z = -0,66; p = 0,510	
Pełna satysfakcja	W	48,3	36,4		37,1	35,6		41,1	34,4		34,3	34,5
	P	33,3	44,5		44,6	44,4		31,1	37,0		40,3	33,7
	N	18,3	19,1		18,3	19,9		27,8	28,6		25,4	31,7
U Manna-Whitneya		U = 1402,0; z = -0,82; p = 0,413			U = 3043,0; z = 0,16; p = 0,875			U = 2219,0; z = -0,34; p = 0,735			U = 2644,5; z = -0,63; p = 0,527	

*W - wysoki, P - przeciętny, N - niski

** NPR - naturalne planowanie rodziny

Analiza danych opisanych w skali procentowej umożliwia wskazanie, że niski poziom satysfakcji seksualnej w sferze fizycznej częściej ujawniał się u tych badanych, w których związkach stosowane jest naturalne planowanie rodziny (30% mężczyzn i 33,3% kobiet) w porównaniu do tych, którzy współżycie płciowe podejmują przy użyciu środków antykoncepcyjnych (14,3% mężczyzn i 22,5% kobiet). Z danych jednocześnie wynika, że mężczyźni opierający współżycie płciowe na stosowaniu antykoncepcji przez siebie lub małżonki częściej ujawniali niski poziom satysfakcji seksualnej w sferze emocjonalnej

(21,2%), w porównaniu do tych, którzy opierali swoje współżycie na obserwacji przez ich żony naturalnych objawów płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym (10%).

Wysoki poziom satysfakcji w tym samym obszarze częściej przejawiały kobiety w sposób naturalny kontrolujące swoją płodność (46,7%), w porównaniu do kobiet regulujących swoją prokreację za pomocą antykoncepcji (28,3%). Wysoki poziom poczucia kontroli w sferze seksualnej dużo częściej cechował mężczyzn uczestniczących w naturalnym planowaniu rodziny (60%) niż mężczyzn opierających swoje metody planowania rodziny na antykoncepcji (33,6%). Równocześnie niski poziom kontroli w omawianym obszarze ujawniały częściej kobiety stosujące w aspekcie aktywności płciowej środki antykoncepcyjne (29,8%) niż kobiety obserwujące w sposób naturalny własną płodność (16,7%).

Porównanie poziomu satysfakcji seksualnej w aspekcie stosowania przez respondentów różnych środków antykoncepcyjnych pozwoliło na stwierdzenie, że niski poziom fizycznej satysfakcji seksualnej częściej występował wśród kobiet stosujących środki hormonalne (28,6%), w porównaniu do tych, które współżyły z mężami stosującymi prezerwatywy (16,4%). W pozostałych aspektach analizy różnice okazały się niewielkie.

Pomiar globalnej jakości związku małżeńskiego respondentów i jego zależności w aspekcie stosowanych przez nich w relacjach ze współmałżonkami różnych metod planowania rodziny umożliwił stwierdzenie, że w przypadku badanych mężczyzn okazała się ona istotna statystycznie przy pomiarze dotyczącym takich elementów szczegółowych jakości małżeństwa, jak poczucie zgodności z własnymi żonami ($p = 0,007$), poczucie satysfakcji z relacji z nimi ($p = 0,025$) i w aspekcie ogólnej jakości związku ($p = 0,006$). W przypadku badanych kobiet zależność ta okazała się istotna na poziomie tendencji w przypadku poczucia ich zgodności z własnymi mężami ($p = 0,092$) (dane te zawiera tabela 9).

Pomiar przedstawiony w skali procentowej pozwolił na wskazanie, że mężczyźni, którzy stosowali z żonami środki antykoncepcyjne stanowili większą grupę (34,8%), w porównaniu do stosujących naturalne planowanie rodziny (5%) wśród tych, którzy mieli niski poziom poczucia zgodności ze współmałżonkami. Zarówno mężczyźni jak i kobiety stosujący naturalne metody obserwacji płodności stanowili większą grupę, w porównaniu do tych, którzy stosowali antykoncepcję w wysokim poczuciu satysfakcji z własnego związku małżeńskiego (odpowiednio: 60% mężczyzn i 43,3% kobiet oraz 33,8% mężczyzn i 33,1% kobiet). Niski poziom poczucia spójności w relacjach ze współmałżonkami częściej odczuwali stosujący antykoncepcję, w porównaniu do stosujących obserwację płodności i niepłodności w planowaniu rodziny (odpowiednio: 21,9% mężczyzn i 21,9% kobiet oraz 5% mężczyzn i 6,7% kobiet). Wysoki poziom ekspresji emocjonalnej wobec współmałżonków częściej ujawniali mężczyźni opierający swoje planowanie rodziny na antykoncepcji niż ci,

k którzy planowali ją w oparciu o naturalne metody obserwacji płodności (odpowiednio: 40 i 25%), natomiast u kobiet wyniki okazały się odwrotne.

Tabela 9. Stosowane przez respondentów metody planowania rodziny a globalna jakość małżeństwa

Poziom jakości związku małżeńskiego osób stosujących różne metody planowania rodziny		Stosowanie metod planowania rodziny w małżeństwach respondentów										
		Metody NPR**	Środki antykoncepcyjne	w tym :	Prezerwatywy	Środki hormonalne	Metody NPR	Środki antykoncepcyjne	w tym :	Prezerwatywy	Środki hormonalne	
Obszar jakości związku	Poziom	Mężczyźni					Kobiety					
		%										
Zgodność	W*	90,0	60,0		59,2	60,9		30,0	30,1		32,8	27,4
	P	5,0	5,1		5,6	4,6		43,3	38,8		41,8	35,7
	N	5,0	34,8		35,2	34,5		26,7	31,1		25,4	36,9
U Manna-Whitneya		U = 994; z = -2,70; p = 0,007			U = 3043,0; z = 0,16; p = 0,875			U = 2176,0; z = -0,34; p = 0,735			U = 2363,5; z = -1,69; p = 0,092	
Satysfakcja	W	60,0	33,8		36,6	31,0		43,3	33,1		26,9	39,3
	P	20,0	37,3		36,6	37,9		33,3	40,2		44,8	35,7
	N	20,0	28,9		26,8	31,0		23,3	26,7		28,4	25,0
U Manna-Whitneya		U = 1095,5; z = -2,24; p = 0,025			U = 2915,0; z = -0,61; p = 0,544			U = 1918,5; z = -1,32; p = 0,185			U = 2609,0; z = 0,77; p = 0,442	
Spójność	W	40,0	36,1		42,3	29,9		50,0	41,0		34,3	47,6
	P	55,0	42,0		38,0	46,0		43,3	37,1		43,3	31,0
	N	5,0	21,9		19,7	24,1		6,7	21,9		22,4	21,4
U Manna-Whitneya		U = 1320,5; z = -1,21; p = 0,226			U = 2880,5; z = -0,74; p = 0,462			U = 1904,0; z = -1,39; p = 0,164			U = 2397,5; z = 1,57; p = 0,115	
Ekspresja emocjonalna	W	25,0	40,0		47,9	32,2		56,7	40,7		37,3	44,0
	P	45,0	35,9		28,2	43,7		23,3	34,1		37,3	31,0
	N	30,0	24,0		23,9	24,1		20,0	25,2		25,4	25,0
U Manna-Whitneya		U = 1338,5; z = 1,13; p = 0,257			U = 2660,0; z = -1,53; p = 0,127			U = 1894,0; z = -1,44; p = 0,149			U = 2650,0; z = 0,63; p = 0,531	
Ogólna jakość związku	W	53,8	42,5		46,5	38,5		45,0	36,2		32,8	39,6
	P	31,3	30,1		27,1	33,0		35,8	37,6		41,8	33,3
	N	15,0	27,4		26,4	28,4		19,2	26,2		25,4	27,1
U Manna-Whitneya		U = 978,5; z = -2,77; p = 0,006			U = 3005,5; z = -0,29; p = 0,773			U = 1993,5; z = -1,03; p = 0,301			U = 2581,0; z = -0,87; p = 0,384	

*W - wysoki, P - przeciętny, N - niski

** NPR - naturalne planowanie rodziny

Większa grupa ujawniających swoje uczucia małżonkom to kobiety obserwujące swoją płodność w sposób zgodny z naturą (56,7%), w porównaniu do tych, które używają podczas aktywności płciowej środki antykoncepcyjne (40,7%). Analiza globalnej jakości związku małżeńskiego pozwala na stwierdzenie, że większa grupa osób o wysokim poziomie tej jakości to małżonkowie stosujący naturalne planowanie rodziny (53,8% mężczyzn i 45% kobiet), w porównaniu do stosujących antykoncepcję (42,5% mężczyzn i 36,2% kobiet).

Porównanie poziomu globalnej jakości związku małżeńskiego w aspekcie stosowania przez respondentów różnych środków antykoncepcyjnych pozwoliło na stwierdzenie, że w przypadku badanych mężczyzn większa grupa odczuwających w relacjach z żonami wysoki poziom spójności, doświadczających wysokiego poziomu satysfakcji z małżeństwa oraz wysokiego poziomu globalnej jakości związku znajduje się wśród respondentów stosujących prezerwatywy w porównaniu do tych, których żony stosowały antykoncepcję hormonalną (odpowiednio: (42,3; 47,9 i 46,5% oraz 29,9; 32,2 i 38,5%). Z kolei wysoki poziom spójności w relacjach z mężami oraz wysoki poziom satysfakcji z małżeństwa częściej ujawniał się wśród kobiet stosujących środki hormonalne w porównaniu do tych, które współżyły z mężami używającymi prezerwatyw (odpowiednio: 39,3 i 47,6% oraz 26,9 i 34,3%).

Wnioski z badań

Z uzyskanych badań wynika, że większość biorących w nich udział małżonków stosuje w celach prokreacyjnych środki antykoncepcyjne, najczęściej środki hormonalne lub prezerwatywy, a zdecydowanie rzadziej wkładki wewnątrzmaciczne lub stosunki przerywane. Co ósma badana osoba stosowała naturalne planowanie rodziny. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono wyższą jakość małżeństw planujących rodzinę w oparciu o metody rozpoznawania płodności, w porównaniu do stosujących antykoncepcję. Z danych tych wynika, że małżonkowie realizujący cele prokreacyjne poprzez naturalne planowanie rodziny w większym stopniu niż stosujący antykoncepcję obdarzają siebie wysokim poziomem więzi, miłości, satysfakcji seksualnej, szczególnie w zakresie sfery emocjonalnej i poczucia kontroli. Są bardziej zadowoleni z samorealizacji w rolach małżeńskich i rodzinnych. Obdarzają się wzajemnie wyższym poziomem wsparcia, a niższym deprecjacji i rozczarowania. Budują swoje związki w oparciu o wyższy poziom intymności, zgodności i satysfakcji z jakości swojego związku. Stosujący antykoncepcję uzyskali wyniki wskazujące na niższą jakość związku, przy czym mężczyźni, których żony stosowały antykoncepcję hormonalną byli w pewnym stopniu mniej zadowoleni z jakości ich małżeństwa niż mężczyźni stosujący prezerwatywy. W przypadku kobiet niewiele wyższy poziom zadowolenia z małżeństwa ujawnił się wówczas, gdy to one regulowały planowanie rodziny

poprzez antykoncepcję hormonalną, w porównaniu do tych respondentek, których mężowie stosowali prezerwatywy, choć równocześnie kobiety stosujące antykoncepcję hormonalną czuły się bardziej deprecjonowane przez własnych mężów.

Mimo, iż na podstawie skal procentowych stwierdzono pewne zależności między wyborem metod planowania rodziny a jakością małżeństw respondentów, niewiele danych zostało potwierdzonych statystyczną analizą danych. W związku z powyższym do wniosków z badań należy podchodzić z pewną ostrożnością.

Bibliografia:

- Callander, G.H. (1995). *Ginekologia ilustrowana*, Warszawa: Libramed.
- Cieślak, K. (1989). Polska wersja skali G.B. Spaniera służącej do pomiaru jakości związku małżeńskiego (DAS), *Przegląd Psychologiczny*, 4 (XXXII), 1041-1049.
- Davis, D., Shaver, P.R., Widaman, K.F., Vernon, M.L., Follette, W.C., Beitz, K. (2006). I can't get no satisfaction: In secure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction, *Personal Relationships*, 13, 465-483.
- Dmochowski, T., Cerańska-Goszczyńska, H., Kinle, M. (2005). Efektywność metod naturalnego planowania rodziny, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 111-114, Warszawa: Bonami.
- Ehmann, R. (1994a). *Poronne działanie doustnych środków antykoncepcyjnych*, Gdańsk: Human Life International.
- Ehmann, R. (1994b). *Problemy planowania rodziny – antykoncepcja i jej skutki*, Gdańsk: Human Life International.
- Fijałkowski, W. (2005). Ludzka płciowość. Płodność, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 15-22, Warszawa: Bonami.
- Gratkowski, P. (2005). Antykoncepcja. Aborcja, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 201-211, Warszawa: Bonami.
- Guillebaud, J. (1995). *Antykoncepcja – pytania i odpowiedzi*, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Hrabowska, M., Wojtylak, D., Gulczyński, J. (2001). Patologia antykoncepcji i terapii hormonalnej, (w:) M. Kośmicki (red.), *Antykoncepcja hormonalna i hormonoterapia. Podobieństwa i różnice*, 81-88, Warszawa: IW <<ad astra>>.
- Jankowska, M. (2014). Metody regulacji poczęć a więź małżonków i jakość ich związku małżeńskiego, *Fides et Ratio*, 4 (20), 144-161.
- Katolo, A.J. (2003). Antykoncepcja jako negacja człowieczeństwa, *Kieleckie Studia Teologiczne*, 2, 245-254.
- Kaźmierczak, M., Płopa, M. (2008). *Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej*, Warszawa: Vizja Press&IT.
- Kinle, M., Szymaniak, M. (2005). Fazy cyklu miesięczkowego i objawy płodności, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 55-66, Warszawa: Bonami.

- Kippley, J., Kippley, S. (2002). *Sztuka naturalnego planowania rodziny*, Piaseczno: LMM.
- Komorowska-Pudło, M. (2014). Satysfakcja seksualna małżonków a jakość ich relacji w innych sferach funkcjonowania związku, *Fides et Ratio*, 4 (20), 162-195.
- Kornas-Biela, D. (2005). Psychologiczne aspekty naturalnego planowania rodziny, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 115-130, Warszawa: Bonami.
- Korwin-Piotrowska, T. (2001). Udary niedokrwienne u młodych kobiet – związek z doustną antykoncepcją, (w:) M. Kośmicki (red.), *Antykoncepcja hormonalna i hormonoterapia. Podobieństwa i różnice*, 116-120, Warszawa: IW <<ad astra>>.
- Kosmala, K. (1997a). Ekologia a metody naturalnego planowania rodziny, *Powiernik Rodzin*, 8, 34.
- Kosmala, K. (1997b). Świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo, *Powiernik Rodzin*, 7, 35.
- Kosmala, K. (1998a). Czy uwzględnianie rytmu płodności prowadzi do konfliktów w małżeństwie?, *Powiernik Rodzin*, 7, 19-20.
- Kosmala, K. (1998b). Metody rozpoznawania płodności eliminują lęk przed nieplanowanym poczęciem, *Powiernik Rodzin*, 4, 30-32.
- Kosmala, K. (1998c). Naturalne planowanie rodziny sprzyja zdrowiu psychicznemu, *Powiernik Rodzin*, 3, 22-23.
- Kosmala, K. (1999). Planowanie rodziny, *Powiernik Rodzin*, 3, 2-3.
- Kwaśniewska-Rokicińska, C. (2001). Ryzyko schorzeń nowotworowych w następstwie stosowania hormonoterapii zastępczej i antykoncepcji hormonalnej, (w:) M. Kośmicki (red.), *Antykoncepcja hormonalna i hormonoterapia. Podobieństwa i różnice*, 110-115, Warszawa: IW <<ad astra>>.
- Lewandowski, W. (1999). *Psychologiczne następstwa przerywania ciąży na tle współczesnych standardów w diagnostyce zaburzeń psychicznych*, Gdańsk: Human Life International.
- Lew-Starowicz, Z. (2004). *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: MUZA.
- Pachecka, G. (2010). Zagrożenia zdrowia i płodności dziewcząt wynikające ze współżycia płciowego w okresie dojrzewania, *Życie i Płodność*, 3, 33-41.
- Plopa, M. (2006). *Więzi w małżeństwie i rodzinie*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Raith, E., Frank, P., Freundl, G. (1997). *Naturalne metody planowania rodziny*, Warszawa: Springer PWN.
- Ryś, M. (1994). *Zespoły zaburzeń po przerywaniu ciąży. Doniesienia z badań*, Warszawa: Wydawnictwo Fundacji ATK.
- Ryś, M. (1999). *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: CMPPP.
- Samoć, A. (1991- 2002). *Naturalne planowanie rodziny – podręcznik dla nauczycieli NPR*, Gdańsk: Duszpasterstwo Rodzin Archidiecezji Gdańskiej.
- Siwik, E. (1994). *Nowoczesna antykoncepcja*, Warszawa: WGP.
- Skrzydlewski, W. B. (1998). *Planowanie rodziny – wyzwanie moralne*, Kraków: Wydawnictwo M.

- Suszczewicz, N., Ślizień-Kuczapska, E. (2012). Antykoncepcja hormonalna – dlaczego „nie”? Medyczny punkt widzenia, *Życie i Płodność*, 1, 15-33.
- Szopiński, J. (1980). Skala Więzi Małżeńskiej, (w:) Z. Ratajczak (red.), *Psychologia w służbie człowieka*, 101-106, Warszawa: PWN.
- Szymańska, M. (2011). Antykoncepcja – uprzedmiotowieniem osoby w sferze płciowości i płodności, *Życie i Płodność*, 4, 89-94.
- Szymański, Z. (2004a). Antykoncepcja i środki wczesnoporonne, (w:) Z. Szymański (red.), *Płodność i planowanie rodziny*, 228-242, Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej.
- Szymański, Z. (2004b). Wybrane problemy kontroli urodzeń z uwzględnieniem medycznych aspektów sztucznych poronień, (w:) Z. Szymański (red.), *Płodność i planowanie rodziny*, 213-227, Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej.
- Szymański, Z. (2005). Anatomia i fizjologia układu płciowego żeńskiego, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 27-38, Warszawa: Bonami.
- Śmiech, A., Rabe-Jabłońska, J. (2006). Zaburzenia psychiczne związane z antykoncepcją hormonalną, *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 6, 110-117.
- Troszyński, M. (2005). Przedmowa, (w:) M. Troszyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny*, 10, Warszawa: Bonami.
- Wojciszke, B. (1995). Mierzenie miłości – Skale Namietności, Intymności i Zobowiązania, *Przegląd Psychologiczny*, 1-2 (38), 215-234.
- Wojciszke, B., (2010). *Psychologia miłości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wójcik, E. (1997). Psychiczna szkodliwość antykoncepcji, *Powiernik Rodzin*, 4, 15-17.
- Wójcik, E. (2004). Akceptacja metod rozpoznawania płodności przez małżonków, (w:) Z. Szymański (red.), *Płodność i planowanie rodziny*, 130-131, Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej.
- Wójcik, E. (2008). Znaczenie naturalnego planowania rodziny dla więzi małżeńskiej, (w:) W. Wieczorek, E. Flader, R. Krupa, J. Płońska, A. Zaremba (red.), *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych*, 285-293, Lublin: Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej „Gaudium”.
- Wójcik, E., Szymański, Z. (2004). Efektywność metod rozpoznawania płodności, (w:) Z. Szymański (red.), *Płodność i planowanie rodziny*, 122-129, Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej.

Mgr lic. Dawid Wiech, <https://orcid.org/0000-0003-4799-5511>
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II
w Krakowie

Prawo dziecka do integralnego rozwoju własnej tożsamości w kontekście współczesnych zagrożeń społeczno-duchowych

The children's right to the integral development of their own identity in the context of contemporary social and spiritual threats

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.306>

Abstrakt: Celem artykułu jest analiza prawa dziecka do integralnego rozwoju własnej tożsamości. Holistyczne ujęcie wymiarów wiary i rozumu w życiu dziecka stanowi fundamentalny aspekt wpływający na kształt jego osobowości, to kim jest i kim będzie w przyszłości. W artykule omówiono podstawowe prawa dziecka, które są zagrożone celowymi działaniami środowisk lewicowo-liberalnych, wymierzonymi w młode pokolenie europejskie XXI w. Powyższe prawa to: niezbywalne prawo do życia, do integralnego wychowania w rodzinie, do rzetelnej edukacji w środowisku szkolnym. Ponadto, omówiono prawo do rozwoju duchowego, w ujęciu kompleksowym tj. chrześcijańskim. Nie powinno ono być zmanipulowane eklektyzmem, scjentyzmem, historyzmem oraz pragmatyzmem.

Słowa kluczowe: prawa dziecka, ochrona tożsamości, integralność, wychowanie, edukacja, duchowość.

Abstract: The article aims to analyse the children's right to the integral development of their own identity. A holistic approach to the dimensions of faith and reason in children's lives is a fundamental aspect that shapes their personality: who they are and who they will be in the future. The article discusses the basic rights of children, which are threatened by deliberate actions by left-liberal circles, targeting the young European generation of the 21st century. The above-mentioned rights are the inalienable right to life, to integral upbringing in the family, and to reliable education in the school environment. In addition, the right to spiritual development in the complex, i.e. Christian, approach. It should not be manipulated by eclecticism, scientism, historicism, and pragmatism.

Keywords: children's rights, protection of identity, integrity, upbringing, education, spirituality.

Wprowadzenie

W niniejszym artykule przedstawiono analizę wskazującą, iż we współczesnej sytuacji społecznej w Europie istnieje potrzeba wzmożenia działań chroniących i pielęgnujących prawo dziecka do integralnego rozwoju własnej tożsamości. Kultura chrześcijańska jest ważnym elementem doświadczenia przez Europejczyków dobra, miłości, sprawiedliwości i pokoju. W artykule poddano analizie wprowadzanie do duchowości chrześcijańskiej destrukcyjnych dla niej koncepcji. Wyrażają się one namnożeniem

substytutów religijności, usunięciem z życia kategorii wiary przy jednoczesnej, całkowitej dominacji nauki, a także ignorancją wobec wydarzeń przeszłych i posługiwaniem się nowomową oraz apoteozą pragmatyzmu.

Człowiek jako byt pochodny, z istoty podporządkowany Bogu i ku Niemu skierowany oraz byt substancjalny, posiadający pierwiastek materialny, którym jest ciało i pierwiastek duchowy, jakim jest dusza, stanowi osobę, jednostkę rozumną, niepowtarzalną, a także za siebie odpowiedzialną. Jako podmiot sprawczy stanowi o kształtowaniu swojej tożsamości. Poprzez swoją rozumną działalność tworzy świat wartości wewnętrznych, ale również zewnętrznych (Ślipko, 2004).

Rozwój dziecka powinien być skierowany ku stworzeniu młodemu pokoleniu warunków, pozwalających na integralny rozwój społeczno-duchowy. Potrzebna jest do realizacji tego celu troska o personalistyczny wymiar świata kultury, zapewnienie dobrej jakości czynników zewnętrznych i duchowych rozwoju, które są wolne od destrukcyjnych ideologii, szerzących aberracyjne koncepcje tożsamości człowieka.

Wiele współczesnych środowisk kontestuje prawo do życia w odniesieniu do wzrastania dziecka w łonie matki, próbując dokonać dehumanizacji oraz desakralizacji życia w tej fazie rozwoju człowieka (Borutka, 2000). Należy wskazać, iż w obecnym, niskim stanie świadomości społecznej odnoszącej się do godności dziecka istotnym staje się przypominanie faktów naukowych, które w dobie rozwiniętej technologii i embriologii nie powinny podlegać ideologicznym manipulacjom. Aktualna wiedza wskazuje jako początek życia osoby ludzkiej moment połączenia się gamety męskiej i żeńskiej, w wyniku czego powstaje niepowtarzalny, w pełni genetycznie uformowany człowiek posiadający określoną płeć, temperament, wzrost, kształt sylwetki, kolor włosów, oczu, etc. (Szymański, 2009). Ponadto, należy uwzględnić aspekt zaczerpnięty z antropologii teologicznej, a więc stworzenie człowieka przez Boga na Jego obraz i podobieństwo. Człowiek jest istotą cielesno-duchową, posiadającą oprócz ciała również duszę, zdolną do więzi ze swoim Stwórcą. Jako najdoskonalsze stworzenie na Ziemi, otrzymał zadanie „panowania nad światem”, jednak do jego realizacji konieczne jest współdziałanie z Bogiem. Każde dziecko posiada godność osoby, Bożego stworzenia, dlatego należy uznać, iż uzasadnionym jest poszanowanie jego niezbywalnych praw (Wojciechowski, 2005).

Wyniki badań naukowych wskazują, iż jakość życia w fazie prenatalnej ma wpływ na dalszy rozwój człowieka, dlatego każdy nienarodzony, oprócz niezbywalnego prawa do życia, ma prawo do przeżywania go od początku w sposób godny, gwarantujący spokój i zdrowie przed i po narodzeniu. W tym zakresie wiele dobrego wniosła naprotechnologia -- *Natural Procreative Technology*, która jako nowa dziedzina medycyny w obrębie zdrowia prokreacyjnego ukierunkowana jest na dobrą diagnostykę zdrowia ojca i matki, a także skuteczne leczenie, w którym wszyscy są traktowani wyłącznie podmiotowo (Wiater, 2009).

Eugeniczna procedura powoływania istot ludzkich sprowadza dzieci do roli produktu, który można kupić, a wadliwy odrzucić. Statystyki Światowej Organizacji Zdrowia podają, że na jedno urodzone dziecko poczęte w ten sposób przypada ok. 20 śmiertelnych przypadków, przy czym należy stwierdzić, iż podana liczba dotyczy tylko udanych urodzeń (Michelmann, Nayudu, 2006). Niepokoi również fakt występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych u dzieci urodzonych z in vitro. Należą do nich: poważne defekty fizyczne, kardiologiczne, urologiczne oraz mięśniowo-szkieletowe (Szymański, 2009). Problemem jest także zapłodnienie heterogeniczne, w którym dziecko nie zna biologicznego ojca, który ograniczył on swój udział w poczęciu wyłącznie do bycia dawcą spermy. Skutkiem powyższego podejścia jest uprzedmiotowienie drugiej osoby, która poprzez instrumentalne traktowanie jest środkiem do celu, a nie celem samym w sobie (Sikora, 2011).

Bóg jako dawca życia ustalił porządek, który człowiek powinien przyjąć, jeśli chce, aby jego życie rozwijało się w pełnym wymiarze i przynosiło doświadczenie spełnienia, radości i miłości. Fundamentalną miarą, która doprowadziła człowieka do pełni człowieczeństwa jest Dekalog. Opierając życie na Bogu człowiek może w pełni egzystować i być odpowiednim autorytetem dla młodych (Kuby, 2013).

W opinii społecznej promuje się apoteozę sukcesu, gloryfikowanie przepychu materialnego i osiąganie korzyści w myśl, iż „cel uświęca środki” (Schwager, 2003). Rodzice i nauczyciele są odpowiedzialni za to, kto jest autorytetem dla dzieci. Nie mogą to być osoby niedojrzałe, zagubione i podatne na manipulacje, gdyż zagraża to podstawowym prawom dojrzewających jednostek (Neufeld, Mate, 2006).

1. Prawo do integralnego wychowania w rodzinie

Stworzenie odpowiednich warunków bytowych i rodzinnych dla kobiet i mężczyzn planujących dzieci było naturalną zasadą w państwach europejskich, które kierowały się wartościami chrześcijańskimi, dobrem ogólnym, zgodnie z koncepcjami ojców założycieli Unii Europejskiej tj. Roberta Schumana, Alcide de Gasperiego, Konrada Adenauera.

Więzi z drugim człowiekiem stają się istotne dla rozwoju osobowości wówczas, gdy komunikacja obejmuje różnorodne formy wymiany zdań, myśli, dlatego należy zwracać uwagę na ich ilość, jakość i intensywność (Alnach, Rusch, 1995). Przyszłość chrześcijańskiego modelu cywilizacji europejskiej zależy od pielęgnowania wartości chrześcijańskich w rodzinach (Huntington, 1996).

Problemy europejskich rodzin wynikają z konkretnych, zdiagnozowanych przyczyn o charakterze społeczno-duchowym. Kościół, kierując się swoją wielowiekową mądrością, wskazuje na konieczność oparcia relacji rodzinnych na Bogu, który będąc wspólnym, przewodnim celem dla wszystkich członków rodziny, jednoczy ich w osobowej miłości

i szacunku względem siebie. Odejście od przestrzegania Bożych przykazań, kierowania się Słowem Bożym i praktykowania religijności stanowi źródło problemów, które zaczynają niszczyć jedność rodziny, integralność wychowania dzieci. Skutkiem są takie zachowania jak: nadużywanie alkoholu i narkotyków, seksualizacja kobiet poprzez sprowadzanie ich wartości wyłącznie do zaspakajania popędu seksualnego, uprzedmiotawianie mężczyzn przez kobiety, traktujące ich wyłącznie jako źródło uzyskiwania korzyści materialnych, itp. Dołączyć należy: trywializację przemocy, egoistycznych postaw mężczyzn względem kobiet i dzieci oraz notoryczne krytykanctwo ze strony kobiet skierowane w kierunku mężczyzn. Młode pokolenia, poprzez budowanie życia na trwałych wzorcach chrześcijańskich, które czerpią od rodziców świadomości holistycznego wymiaru wiary i rozumu, są chronione przed kulturowymi zmianami utożsamiającymi rodzinę i religię z negatywnymi stereotypami (Kaliszuk, 2016).

Odpowiedzialność za prawidłowe wybory swoich dzieci w pierwszej kolejności ponoszą rodzice, którzy dają wzorce swoim dzieciom w środowisku domowym. Wolitywność najmłodszych jest związana z kształtowaniem ich sumienia (Schirmacher, 2006). Należy zauważyć, iż współczesne rodziny żyją w strukturze świata ponowoczesnego, który charakteryzuje się powstawaniem różnorodnych form i nowych cech jakościowych życia małżeńsko-rodzinnego. O ile w przeszłości kryzys, bądź rozpad w życiu małżeństw i rodzin wynikał z powodu wysokiej śmiertelności oraz z przyczyn niezależnych od tworzących je osób, to obecnie rozpad ten najczęściej stanowią rezultat własnych decyzji (Beck-Gernsheim, 2002). Wartości religijne stanowią podstawę holistycznego rozwoju osobowości dzieci, dlatego dorośli nie powinni przyjmować wobec nich postawy bierności, bądź wrogości, lecz należy je afirmować i pielęgnować jako obiektywnie powszechne dobro, które wpływa wyłącznie pozytywnie na całą rodzinę (Gentile, 2006).

2. Prawo do rzetelnej edukacji w środowisku szkolnym

W założeniach „Ojców Zjednoczonej Europy” pojednanie oraz przyszłość kontynentu nie miały być budowane na próżni duchowej, lecz na „trójkątonie” tj. stabilnym fundamencie cywilizacji europejskiej, jakim jest: grecka filozofia wskazująca na umiłowanie mądrości, rzymskie prawo stanowiące o rozdziale przestrzeni świeckiej i kościelnej oraz chrześcijańska etyka z poszanowaniem godności ludzkiej. Podstawą wychowania młodego pokolenia miała być etyka chrześcijańska, praktykowanie cnót obywatelskich: prawdy, równości, szacunku dla każdego, współpracy, uczciwości, odpowiedzialności (Szczerki, 2017).

Jak wykazuje O. Hargie i D. Dickson (2004) komunikacja interpersonalna w swojej złożoności i wielowymiarowości oddziałuje na tożsamość młodego człowieka w sposób pozytywny lub negatywny, stosownie do rodzaju przekazywanych treści (tamże).

M.A. Peeters (2007) wskazuje, iż współcześni młodzi ludzie są narażeni na określoną inżynierię językową, która stosuje dwa sposoby zmiany postrzegania przez nich rzeczywistości. Pierwszy to usuwanie niewygodnych słów przy jednoczesnym zastępowaniu ich nowymi pojęciami, a drugi polega na zmianie słów i nadawaniu im nowych znaczeń. Celowo implementuje się nauczanie pozorne, które polega na wprowadzaniu modyfikacji przedmiotów dotychczas funkcjonujących i zastępowaniu ich całkiem nowymi. Szkoła postmodernistyczna, która docelowo chce zdominować model nauczania w Europie przestaje uczyć myślenia krytycznego, proponując w zamian myślenie relatywistyczne, które promuje odstąpienie od nauczania historycznego kształtującego analizowanie przyczynowo-skutkowe, przy jednoczesnym selekcjonowaniu i interpretowaniu subiektywnie wybranych, wydarzeń z przeszłości. W miejsce rzetelnej wiedzy, logicznego myślenia, problematyzacji wieloaspektowej rzeczywistości wprowadza się testy, standaryzację, a także unifikację wiedzy. Reforma szkolnictwa pobieżnie traktuje historię, usuwa z programu nauczania wybitne dzieła klasyków literatury, redukuje myślenie ucznia do prostych schematów oraz popędów. Kształcenie klasyczne, prowadzone przez wieki, polegało na poznaniu i analizie dzieł dawnych, uczących i wychowujących. Programowe wychowanie do relatywizmu sprawia, że zacierają się granice między tym co wartościowe, a bezwartościowe. Oswajają uczniów, iż każdy z nich ma swoją prawdę, a najwyższą formą stylu życia, jaką mogą osiągnąć to szeroko rozumiana tolerancja. W ostatnich latach społeczeństwo europejskie doświadczyło ewolucji form tolerancji, wyraziło się to w przechodzeniu od tolerancji negatywnej do pozytywnej, i dalej ku jej represywnemu wymiarowi (Nykiel, 2014).

Analizując z perspektywy historycznej zjawiska zachodzące w kulturze zachodnio-europejskiej, zauważyć można stopniową liberalizację interpretacji tolerancji. Początkowo nie wiązana była ona z takimi pojęciami jak: sprawiedliwość, uczciwość, rzędy prawa, rzetelność. W dowodzeniu prawdy wystarczyło powołać się na wyżej wymienione wartości. Tolerancja nie była tu jedynym, przeważającym argumentem. Kolejnym etapem było przejście do modelu, który określany jest jako tolerancja negatywna. Celem tolerancji negatywnej nie jest jeszcze zastępowanie innych pojęć samą tolerancją, ale nie podkreśla się już jej autonomiczności, lecz ogranicza się argumentację przede wszystkim do negatywnych kwalifikacji danego czynu. Natomiast tolerancja represywna coraz bardziej wpływa na uczniów w określaniu prawdy, odrzuca argumenty rozumowe oraz wartości, takie jak: odpowiedzialność, uczciwość, sprawiedliwość etc. (Legutko, 1994).

3. Prawo do holistycznego rozwoju duchowego

Kościół podkreśla szczególne znaczenie faktu, iż każdy człowiek został stworzony do nawiązywania relacji osobowych, zarówno z drugim człowiekiem, jak i Bogiem, oraz że

powinny one uwzględniać sferę duchową (Jan Paweł II, 1979). Na przestrzeni wieków rodzina była szczególnym środowiskiem przekazywania wiary, miejscem, w którym upowszechnia się fundamentalne wartości związane z formami bycia osobą ludzką. Ze względu na popularyzację hedonistycznego oraz konsumpcyjnego stylu życia w środowisku młodych coraz powszechniejszym zjawiskiem jest zaniedbywanie wymiaru duchowego. Dzieje się tak z racji błędnego interpretowania wolności i samorealizacji. Człowiek ograniczając się wyłącznie do ziemskiego życia, rzeczy materialnych, tego, co przemijalne i przyjemne, pozostaje sam dla siebie, a przecież dopiero przez dar czyniony z siebie samego dla innych może naprawdę poznać siebie (Jan Paweł II, 1994). Ponadto, otwierając się na drugą osobę kształtuje się poprzez wyrzeczenia, nie stroniące od cierpienia. Podejście do rozwoju duchowego będzie miało wymiar holistyczny wyłącznie wtedy, gdy dzieci i młodzież będą odkrywać pełnię bycia osobą ludzką. O ile przyczynę kryzysu duchowości człowieka dostrzegano wcześniej w braku zrozumienia istoty ludzkiej wolności, to w dzisiejszych czasach oczywistym staje się, że mamy do czynienia z problemem interpretacji samego istnienia człowieka (Benedykt XVI, 2012).

Przeszkodą w rozwoju holistycznego wymiaru duchowości młodego pokolenia, na którą wskazuje H. Kiereś (2001) jest myślenie scjentystyczne sprowadzające odbiór otaczającej rzeczywistości wyłącznie do nauk przyrodniczych jako jedyne źródła dostarczania prawdziwej i w pełni uzasadnionej wiedzy. W modelu życia człowieka, który odrzuca personalizm, życie ludzkie zostaje sprowadzone do działania spełniającego kryteria państwowe. Błędy filozoficzne Europejczyków, anomalie cywilizacyjne, a także nacisk obcych wzorców cywilizacyjnych przesiliły etos tradycji o charakterze łańskim. Wartością nadrzędną stał się pieniądz oraz zaspakajanie wyłącznie ziemskich potrzeb. Nadużywanie wolności, pluralizmu i jednostronnej tolerancji, przy jednoczesnym zwalczaniu Boga w sferze publicznej doprowadza do sytuacji, w której duchowość człowieka ulega degradacji. Stan anihilacji społecznej skutkuje brakiem wzorców (szczególnie chrześcijańskich) dla kolejnych pokoleń, życiem w środowisku, gdzie wyznaje się i konserwuje redukcjonistyczne patrzyenie na człowieka (tamże).

Kościół wskazuje, iż przedstawiciele nauki, wiedzy i kultury powinni w swojej codziennej pracy kierować się dobrem wspólnym, tak aby metody o charakterze naukowym, a także artystyczna twórczość, którymi się posługują, służyły rozwojowi człowieka z jednoczesnym poszanowaniem jego godności osobistej oraz moralnych i religijnych przekonań mężczyzn i kobiet (Borutka, Zawada, 2005). Człowiek jest w stanie wyjść z destrukcyjnych uwarunkowań i poczucia niepełności, które ciąży na jego osobowości i niszczą jego życie społeczne, jedynie wówczas, gdy wykształcenie obejmuje wszystkie wymiary życia człowieka i jego osobowości. Współczesna młodzież, aby doświadczać holistycznego wymiaru życia duchowego musi mieć przykład autorytetów osób dorosłych, którzy wskazują im, iż bez wartości duchowych człowiek neguje swoją zależność od źródła

własnej egzystencji, którym jest Bóg. Każdy człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boże. Wobec powyższego dla młodych ludzi powinno być powszechnym, że nauka i religia nie są czymś sobie przeciwnym, nie wykluczają siebie nawzajem, lecz są wobec siebie spójne oraz służą człowiekowi i prawdzie (Jan Paweł II, 1981).

Troska o holistyczny wymiar duchowości dzieci i młodzieży wymaga pielęgnacji prawdy historycznej. Zauważa się bowiem niebezpieczną tendencję stosowania historycyzmu traktującego prawdę w kategoriach wyłącznie współczesnych. W określaniu tego, co prawdziwe ogranicza się wszystkie argumenty do „schematów hasłowych”, które powstały na skutek panującej mody. Filozofia prawdziwa i wnioski teologiczne są sprowadzone do wymogów danej epoki, przy jednoczesnym braku krytycyzmu do tego, co jest całkiem nowe, niesprawdzone i nietrwałe. Wobec powyższego młodzi ludzie często nieświadomie myślą myślenie aktualne z prawdą, a historia wcześniejszych pokoleń sprowadzona zostaje do zbioru przestarzałych zabytków, które nie mają znaczenia dla teraźniejszości (Jan Paweł II, 1998).

Percepcja młodych zostaje zawężona do teraźniejszości i przyszłości, bez czerpania z doświadczeń, mądrości i doświadczenia przodków. Obserwując ich środowisko zauważa się szerzenie ignorancji wobec czasów przeszłych (Guzowska, 2011). Powyższe zjawisko wyraża się m.in. w braku świadomości wśród młodego pokolenia greckiej kultury, będącej kolebką poznania naukowego, a w kulturze tej stawiano ważne pytania dotyczące przyczyny ostatecznej. Ponadto, stworzono wielkie dzieła literatury i sztuki oraz postawiono pytanie o człowieka, w szczególności dotyczące jego postępowania moralnego (Jelonek, 2012). Ignorancja dotyczy również świadomości, odnoszącej się do korzeni obowiązującego prawa, tj. wpływu starożytnego Rzymu, prawa rzymskiego, do którego sięgają wszystkie współczesne systemy prawa cywilnego (Rozwadowski, 1992).

Wspólnota Kościoła, będąc świadoma ważności historyczności i kontekstualności, szczególnie w obecnych czasach, wychodzi poza teoretyczne rozróżnianie, które jest zdeterminowane czasem, odnosząc swoją naukę do chrystologicznego fundamentu, czyli tego, co się wydarzyło, tj. objawienia Boga w Chrystusie i podmiocie Tradycji. Czyni to w „obecnym dzisiaj”, które docenia przeszłość, nieustannie pielęgnuje swoją apostołskość, kierując działania ku przyszłości, przy czym jest nieustannie tym samym, jednocześnie zachowując identyczną treść swych doktryn (Knop, 2018).

Wiara dzieci i młodzieży, w czasach postępującego pragmatyzmu i sekularyzmu, jest narażona na przeświadczenie, iż mimo że treści wiary zawierają w sobie prawdę, to nie mają praktycznego odniesienia do codziennej rzeczywistości, przez co życie staje się takie, „jakby Boga nie było”, jest oddzielone od wiary. Współczesny człowiek coraz częściej odrzuca praktyki wiary na rzecz życia hedonistycznego, które jest nastawione na zyski materialne, o czym świadczą m.in. statystyki ukazujące tzw. *dominantes* i *communicantes* wśród katolików (Chat, 2009). Europejskie społeczeństwo ulega koncepcji: „Chrystus tak, a Kościół

nie". Taka postawa prowadzi do wynaturzenia prawdziwej religijności chrześcijańskiej. Młode pokolenie powinno być wychowywane do wspólnotowego przeżywania wiary, aby nie następowała w ich życiu selektywność religijna tj. wybiórcze traktowanie kwestii duchowych (tamże).

Wiara często sprowadzana jest do emocjonalnej satysfakcji i pocieszenia, w związku z tym następuje uciekanie przed religijnością autentyczną, która naturalnie dotyczy również trudu i krzyża. Dziecko posiadając prawo do holistycznego rozwoju swojej duchowości powinno być kierowane do przeżywania wiary jako drogi do Boga, a także szczęścia wiecznego. Nie jest ona środkiem do urządzania swojego życia na ziemi. Zeświecczenie zbawienia, uciekanie od problemu nieuchronności śmierci prowadzi do powstawania alternatywnych form duchowości oraz będących zagrożeniem dla dzieci i młodzieży różnego rodzaju sekt, a także ruchów o charakterze pseudoreligijnym. Skutkiem pragmatyzmu jest rozwinięcie się świeckiej alternatywy kultury, która nabiera charakteru quasi-sakralnego. Należy wskazywać dorastającym dzieciom, że świat produkuje bodźce, które mają na celu pobudzenie do chwilowego doświadczania przyjemności w życiu, czym zajmują się koncerty techniczne i rozrywkowe. Kościół ma pełny wymiar szczęścia, którego jedynym źródłem jest Bóg. Radość zmysłowa jest tylko substytutem szczęścia (Borutka, Królczyk, 2018).

Podsumowanie

Troska o chrześcijański wymiar społeczno-duchowy wychowania dzieci i młodzieży jest istotnym elementem stanowiącym o przyszłym kształcie Europy. Od tego będzie zależało szczególnie to, czy młodzi ludzie będą zdolni kształtować swoją tożsamość w sposób integralny, co w związku z zagrożeniami społeczno-duchowymi przedstawionymi w artykule jest utrudnione.

Wnioski, które wyciągnięto wskazują, iż należy podjąć działania w zakresie ochrony praw dzieci, gdyż nie są one przestrzegane. W społeczeństwie europejskim łamane jest niezbywalne prawo do życia, atakowana jest godność osobowa dzieci, odbierane są im możliwości rozwoju w bezpiecznych warunkach, postępuje proces uprzedmiotowienia, deprecjonowania wartości życia. Wskazano na potrzebę przeciwdziałania próbom społeczno-duchowej dekonstrukcji chrześcijańskiego modelu rodziny, a także ideologizacji oraz wykorzeniania obiektywnych norm i wartości moralnych. Należy wskazać na szczególną rolę rodziców jako pierwszych wychowawców dziecka i nauczycieli, którzy pełniąc funkcję autorytetu nie powinni ulegać odgórnym, politycznym strategiom ideologicznym. Zwłaszcza, że wykorzeniają one z życia dzieci holistyczny wymiar wiary, personalizizm chrześcijański, rzetelną wiedzę, historyczną wartość tożsamości Europy oraz

ukierunkowanie na dobro w działaniach podejmowanych przez człowieka, które nie ograniczają się do pragmatyzmu, ale mają na względzie perspektywę wieczności.

Powyższe wnioski mogą przyczynić się do wypracowania rozwiązań pozwalających stworzyć dla dzieci lepsze warunki społeczno-duchowe i tym samym ustrzec je przed współczesnymi zagrożeniami. Sięganie do chrześcijańskich korzeni Europy stwarza młodym pokoleniom warunki do integralnego rozwoju własnej tożsamości. Jeśli jednak nie będzie odpowiedniej identyfikacji natury procesów, które szkodzą zmianom prowadzącym do odrodzenia europejskiej jedności w wyznawanych wartościach chrześcijańskich, to kryzys tożsamości dzieci będzie ulegał pogłębianiu (Szczerski, 2017).

Bibliografia:

- Alnach, K., Rusch, K. (1995). *Rhetorik Erfolgreiche Gesprächsführung Redetechnik und Körpersprache mit Übungen und Musterreden*, München: Compact.
- Beck-Gernsheim, E. (2002). *Reinventing the Family. In Search of New Lifestyles*, Cambridge: Polity.
- Benedykt XVI. (2012). *Kto broni Boga ten broni człowieka*, (w:) A. Bujak, W. Chrostowski (red.). *Dyktatura gender*, 75-77, Kraków: Biały Kruk.
- Borutka, T. (2000). *Prawa osoby ludzkiej podstawą życia społecznego w świetle nauczania Kościoła*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT.
- Borutka, T., Królczyk, M. (2018). Wychowanie religijne w rodzinie w świetle nauczania Kościoła, *Bielsko-Żywieckie Studia Teologiczne*, 19, 33-50.
- Borutka, T., Zawada, S. (2005). *Musicie być mocni w wierze. Przesłanie Papieża Jana Pawła II do współczesnego człowieka*, Bielsko-Biała: Instytut Teologiczny im. św. Jana Kantego.
- Butler, J. (1990). *Feminism and The Subversion of Identity*, United States of America: Routledge.
- Chat, E. (2009). *Religia w życiu człowieka*, Sandomierz: WDS.
- Gentile, E. (2006). *La democrazia di Dio. La religione americana nell'era dell'impero e del terrore*, Bari: Editori Laterza.
- Gergen, K. (2000). *An Invitation to Social Construction*, London: Sage.
- Guzowska, L. (2011). *Duchowość ponowoczesna. Idee, perspektywy, prognozy*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Hargie, O., Dickson, D. (2004) *Skilled interpersonal communication*, London: Routledge.
- Huntington, S.P. (1996). *The clash of civilizations and the remaking of world order*, New York: Simon & Schuster.
- Jan Paweł II. (1998). Encyklika *Fides et Ratio*, Rzym: Vatican.
- Jan Paweł II. (1994). List do Rodzin. *Gratissimam sane*, Rzym: Vatican.
- Jan Paweł II. (1981). *Odpowiedzialność nauki i technologii*, (w:) M. Radwan, T. Gorzkula, K. Cywińska (red.), *Wiara i kultura*, 115-124, Rzym: Polski Instytut Kultury Chrześcijańskiej.

- Jan Paweł II. (1979). Encyklika *Redemptor homini*, Rzym: Vatican.
- Jelonek, T. (2012). *Kultura grecka a Nowy Testament*, Kraków: Petrus.
- Kaliszук, Z. (2016). *Zmanipulowany umysł*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Kiereś, H. (2001). *Personalizm czy socjalizm. U podstaw życia społecznego*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Knop, J. (2018). Hermeneutyka reform – reforma hermeneutyki. Rozwój i odnowa Tradycji Kościoła, *Warszawskie Studia Pastoralne*, 1, 38, 205-218.
- Legutko, R. (1994). *Etyka absolutna i społeczeństwo otwarte*, Kraków: Arcana.
- Michelmann, H., Nayudu, P. (2006). Cryopreservation of human embryos, *Cell and Tissue Banking*, 7, 2, 135-141.
- Neufeld, G., Mate, G. (2006). *Unsere Kinder brauchen uns*, Bremen: Genius.
- Niewińska, A. (2014). *Raport o gender w Polsce*, Warszawa: Fronda.
- Nykiel, M. (2014). *Pułapka gender*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Peeters, M.A. (2007). *The globalization of the western cultural revolution*, Rotterdam: Sense Publishers.
- Reich, W. (1974). *Psicologia di massa del facismo*, Milano: Mondadori.
- Ricoeur, P. (1969). *Le Conflit des interprétations. Essais d'herméneutique*, Paris: Le Seuil.
- Rozwadowski, W. (1992). *Prawo rzymskie. Zarys wykładu wraz z wyborem źródeł*, Poznań: Ars boni et aequi.
- Schwager, R. (2003). *Religion erzugt Gewalt – Einspruch*, Munster: LIT.
- Schirrmacher, F. (2006). *Minimum. Vom Vergehen und Neuenstehen unserer Gemeinschaft*, Munchen: Pantheon.
- Shonkoff, J., Philips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods. The Science of Early Childhood Development*, Washington: National Academy Press.
- Sikora, A. (2011). *Życie ludzkie w fazie przedimplementacyjnej w dokumentach Rady Europy w aspekcie moralnym*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Szczerski, K. (2017). *Utopia europejska. Kryzys integracji i polska inicjatywa naprawy*, Kraków: Biały Kruk.
- Szymański, Ł. (2009). *In vitro*, Kraków: Petrus.
- Ślipko, T. (2004). *Zarys etyki ogólnej*, Kraków: WAM.
- Wiater, E. (2009). *Naprotechnology. Ekonomia płodności*, Kraków: Wydawnictwo eSPe.
- Wojciechowski, M. (2005). *Pochodzenie świata, człowieka, zła. Odpowiedź Biblii*, Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.

Dr Monika Barbara Pytka, <https://orcid.org/0000-0001-5998-5156>

Mgr Sylwia Gołda <https://orcid.org/0000-0001-6182-7958>

Wydział Nauk o Żywności i Biotechnologii

Uniwersytet Przyrodniczy

w Lublinie

Dr n. med. Katarzyna Kanadys, <https://orcid.org/0000-0001-8447-3937>

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny

w Lublinie

Kształtowanie zdrowia dziecka na przykładzie spożycia probiotyków wśród dzieci w wieku 1 - 6 lat

Consumption of probiotics among children aged 1 - 6 and their health

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.313>

Abstrakt: Jednym z istotnych czynników wpływających na zdrowie dziecka w wieku 1-6 lat jest liczebność i jakość mikrobiota, czyli obecność w organizmie wielu gatunków bakterii, grzybów oraz wirusów. Kolonizują one ciało noworodka w trakcie porodu naturalnego, karmienia piersią, kontaktu ze środowiskiem naturalnym a w późniejszym wieku podczas spożywania żywności szczególnie tej powstałej w wyniku fermentacji mlekowej tj.: jogurt, kefir, kwaśne mleko, kapusta kwaszona lub ogórki kwaszone. Jednak stosowanie leków tj.: antybiotyki czy glikokortykosteroidów - zuboża bioróżnorodność dziecięcego mikrobiomu. Dlatego spożywanie probiotyków przez dzieci w wieku 1-6 lat może poprawić, jakość mikrobiota i w ten sposób pomóc w leczeniu dolegliwości ze strony układu pokarmowego. W celu zbadania spożycia probiotyków przez dzieci w wieku 1-6 lat przeprowadzono kwestionariusz ankietowy wśród 376 rodziców.

Słowa kluczowe: dzieci, mikrobiota, probiotyki

Abstract: One of the important factors affecting the health of a child aged 1-6 is the amount and quality of microbiota, i.e. the presence of many species of bacteria, fungi, archaea and viruses in the body. They colonize the body of the new-born baby during childbirth, and breastfeeding, when a baby is exposed to the natural environment, and at a later age when he/she consumes food, especially of lactic fermentation origin. The use of medications, i.e. antibiotics or steroids, impoverishes the biodiversity of a child's microbiome. Therefore, consumption of probiotics by children aged 1-6 can improve the quality of their microbiota and thus help in the treatment of gastrointestinal ailments.

Keywords: antibiotic therapy, children, intestinal microbiota, probiotics

Wprowadzenie

Termin mikrobiota dotyczy bilionów mikroorganizmów, w tym bakterii, wirusów, oraz grzybów, które zasiedlają organizm człowieka (Gregorczyk-Maślanka, Kurzawa, 2016). Do najważniejszych funkcji tych mikroorganizmów zalicza się stymulowanie pracy układu immunologicznego, funkcję metaboliczną związaną z trawieniem wielu składników

żywności oraz funkcję troficzną, polegające na działaniu ochronnym wobec nabłonka jelitowego i zapewnieniu jego ciągłości (Gałęcka, Bartnicka, Szewc, Mazela, 2016; Nowak, Libudzisz, 2008).

Bardzo duże znaczenie w formowaniu mikrobiomu ma tysiąc pierwszych dni życia dziecka (Matsuyama, Gomez-Arango, Fukuma, Morrison, Davies, 2018; Hill, 2014). W tym czasie, na profil mikrobioty przewodu pokarmowego rozwijającego się dziecka, wpływa rodzaj porodu tj.: cięcie cesarskie lub poród naturalny, oraz sposób karmienia: mlekiem matki, mlekiem modyfikowanym lub karmienie mieszane. Inne źródła mikroorganizmów to drugi człowiek, środowisko życia (wieś lub miasto), higiena dziecka oraz stopień urozmaicenia diety zgodnie z zaleceniami IŻŻ (Jarosz, 2008). W pierwszych dwóch latach życia dziecka skład flory jelitowej podlega dynamicznym zmianom, dochodzi w tym czasie do obniżenia liczebności *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*, natomiast wzrasta udział *Bacteroides*. Mikrobiota dziecka podlega różnicowaniu na skutek wielu czynników, w tym wprowadzenia pokarmów stałych, infekcji, stresu. W wieku 2-3 lat mikrobiota bakteryjna przewodu pokarmowego dziecka staje się podobna do osoby dorosłej (Rakowska i in., 2016]. Natomiast w wieku 5-7 lat mikrobiota przewodu pokarmowego dziecka podlega stabilizacji (Bartnicka i in., 2016].

Uważa się, że mikrobiota przewodu pokarmowego kształtowana w okresie niemowlęcym i dzieciństwa ma znaczący wpływ na dalsze zdrowie człowieka (Gałęcka, Bartnicka, Szewc, Mazela, 2016).

Negatywny wpływ na mikrobiom organizmu dziecka, ma stosowanie leków takich jak antybiotyki czy glikokortykosteroidy. W wyniku ich działania, zostaje zaburzona bioróżnorodność mikroorganizmów bytujących szczególnie w przewodzie pokarmowym, co może powodować szereg chorób u dzieci w wieku 1-6 lat. Przykładem może być dysbioza jelitowa czyli jakościowo – ilościowe zaburzenie w składzie mikrobioty, które może być czynnikiem istotnym w patogenezie chorób takich jak: ostre biegunki infekcyjne, biegunki poantybiotykowe, zespół jelita drażliwego, martwicze zapalenie jelit, kolka niemowlęca, celiakia, atopowe zapalenie skóry, choroby alergiczne, nowotwory itp. (Gałęcka, Bartnicka, Szewc, Mazela, 2016).

1. Stosowanie probiotyków u dzieci z zaburzeniami mikrobiota

Skuteczną metodą zapobiegania i leczenia zaburzeń mikrobiota jest stosowanie probiotyków. Termin ten według WHO/FAO oznacza „żywe mikroorganizmy, które podane w odpowiednich ilościach wywołują korzystne skutki zdrowie” (Nowak, Śliżewska, Libudzisz, 2010 s. 9; FAO/WHO, 2001)). Należą do nich głównie szczepy bakterii fermentacji mlekowej z rodzaju *Lactobacillu spp.*, *Bifidobacterium spp.* oraz drożdże *Saccharomyces cerevisiae ssp. boulardii* (Nowak, 2010).

Probiotyki są to żywe i aktywne drobnoustroje wyizolowane z organizmu człowieka, które mają ustaloną przynależność taksonomiczną (rodzaj, gatunek, szczep) z wykorzystaniem nowoczesnych metod genetycznych, posiadają udokumentowane bezpieczeństwo stosowania u ludzi, wykazują udokumentowany klinicznie korzystny wpływ na zdrowie człowieka, są zdolne do kolonizacji przewodu pokarmowego i adherencji do komórek nabłonka jelit, nie wytwarzają toksycznych produktów metabolizmu szkodliwych dla organizmu człowieka, są odporne na niskie pH soku żołądkowego, zachowują żywotność w obecności żółci, są antagonistyczne wobec bakterii patogennych przewodu pokarmowego i zdolne do produkcji biomasy na dużą skalę (Klaenhammer, 2000; Kubiszewska, Januszewska, Rybka, Gackowska, 2014).

Modyfikacja mikrobioty jelit poprzez podawanie probiotyków, jest aktywnym obszarem wielu badań. Ich spożywanie stało się nową alternatywą terapeutyczną w leczeniu i profilaktyce chorób dziecięcych (Plaza-Diaz, Ruiz-Ojeda, Gil-Campos, Gil, 2018).

Probiotyki występują w postaci leków, suplementów diety (tabletek, kapsułek, saszetek) oraz dodatków do żywności (Hill, 2014). Za najlepiej poznane mikroorganizmy probiotyczne uznaje się bakterie z rodzaju *Lactobacillus* m.in. *L. acidophilus* LA-5, *L. acidophilus* NCFM, *L. acidophilus* LB, *Lactobacillus acidophilus* CL1285, *L.casei* DN-114001, *L.casei* CRL431, *L.casei* F19, *L. casei* Shirota, *L. fermentum* KDL, *Lactobacillus helveticus* R0052, *L. johnsonii* Lal, *L. plantarum* 299V, *L. reuteri* ATCC 55730, *L. rhamnosus* GG, *L. rhamnosus* LB21, *L. rhamnosus* ATCC53013, *L. rhamnosus* R0011, *Lactobacillus salivarius* UCC118, bakterie z rodzaju *Bifidobacterium* np.: *B.adolescentis*, *B.bifidum*, *B.lactis*, *B.longum*, *Bifidobacterium infantis* 35264, bakterie *Enterococcus* LAB SF 68, *Lactococcus lactis* L1A, *Streptococcus thermophilus*, *Escherichia coli* Nissle 1917 oraz niepatogenne grzyby drożdżopodobne *Saccharomyces cerevisiae* (*boulardii*) (Kamińska, 2012; Czerwionka-Szaflarska i Romańczuk, 2010; Nowak, Śliżewska, Libudzisz, 2010).

Ważne kryterium, które musi spełniać szczep probiotyczny to dawka, która jest wystarczająco wysoka, aby uzyskać pozytywny efekt zdrowotny (Zielińska, Kołożyn-Krajewska, 2018). Za minimalną dawkę terapeutyczną podaje się 10^6 - 10^9 CFU (Czerwionka-Szaflarska i Romańczuk, 2010).

Skuteczność stosowania probiotyków w wybranych jednostkach chorobowych znalazła potwierdzenie w wynikach badań klinicznych z randomizacją oraz w metaanalizach. Odpowiednio dobrana terapia probiotyczna modyfikująca florę jelitową może przeciwdziałać dysbiozie jelitowej, a tym samym ograniczać rozwój niektórych schorzeń u noworodków i dzieci starszych (Bartnicka, 2016).

Wykazano, że szczep *Lactobacillus rhamnosus* GG (*Lactobacillus* GG - LGG, *Lactobacillus rhamnosus* ATCC 53103) wykazuje nie tylko działanie antybakteryjne, przeciwzapalne ale wpływa na poprawę szczelności bariery jelitowej i polepszenie tolerancji pokarmowej.

Udowodniono również jego skuteczność w leczeniu ostrej biegunki infekcyjnej i profilaktyce biegunki poantybiotykowej u dzieci (Jańczewska i Domżańska-Popadiuk, 2014).

Metaanaliza obejmująca 21 randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych (n=4780) wykazała, że zastosowanie wśród dzieci, probiotyku *S. boulardii* zmniejszyło z 20,9% do 8,8% ryzyko wystąpienia biegunki związanej z przyjmowaniem antybiotyków oraz zmniejszyło ryzyko wystąpienia biegunki będącej następstwem obecności *Clostridium difficile* (Szajewska i Kołodziej, 2015).

Badania wykonane wśród dzieci potwierdziły skuteczność probiotyków w leczeniu: ostrej biegunki infekcyjnej, biegunki związanej z przyjmowaniem antybiotyków, zespołu jelita drażliwego, martwiczego zapalenia jelit i kolce jelitowej (Szajewska, 2014).

Metaanaliza wykonana w 2016 roku wykazała skuteczność działania *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 w leczeniu biegunek o różnej etiologii występujących wśród dzieci. W badaniach klinicznych podawanie *L. reuteri* skracało czas trwania biegunki, średnio o 24,82 h (n = 256) i zwiększa szansę na wyleczenie (Urbańska i in., 2016).

Obserwowano między innymi mniejszą częstość niespecyficznych infekcji żołądkowo-jelitowych i szybszy przyrost masy ciała po podaniu probiotyków u noworodków karmionych mieszankami humanizowanymi, zawierającymi szczep probiotyczny *Bifidobacterium lactis* (Lewis, 2013). Korzystne działanie probiotyku na przewód pokarmowy noworodka polegało na ich bezpośredniej interferencji z patogenami oraz immunostymulacyjnym oraz immunomodulacyjnym działaniu.

Zalecane i dostępne w Polsce preparaty probiotyczne, mogące być pomocne w leczeniu IBS (zespół jelita drażliwego) u dzieci to *L. plantarum* DSM 9843 (inaczej *L. plantarum* 299v) i *Lactobacillus* GG. Podaje się, że minimalny czas przyjmowania probiotyków u pacjentów z zespołem jelita drażliwego powinien wynosić 4 tygodnie (Bertazzoni, 2013; Szajewska, 2015).

Celem niniejszej pracy było zbadanie przyczyn, częstotliwości i skutków stosowania probiotyków wśród dzieci w wieku 1–6 lat na podstawie wiedzy ich rodziców. Poznanie dolegliwości, które mogą mieć związek z zaburzeniami mikrobiota u tych dzieci, zbadanie kto po raz pierwszy i z jakiego powodu polecił dziecku probiotyk oraz określenie częstotliwości spożycia probiotyków przez w/w rodziców.

2. Metodyka badań własnych

Badania ilościowe przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Dane zbierano za pomocą autorskiej ankiety zawierającej 30 pytań. Badania prowadzono w okresie od grudnia 2018 roku do kwietnia 2019 roku na stronach internetowych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Wypełnienie ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na badania. Badania przeprowadzono wśród 376 rodziców, którzy

mieli dzieci w wieku 1-6 lat. Rodzice, stanowiący grupę badawczą pochodzili głównie z województwa lubelskiego i podkarpackiego.

3. Uzyskane wyniki

Wśród rodziców, którzy brali udział w badaniu 90% stanowiły kobiety a 10%- mężczyźni. Najlicniejszą grupę 56% stanowiły osoby w wieku 26-35 lat, najmniej liczną grupą w ilości 1% były osoby powyżej 45 roku życia. Rodzice przystępujący do badania w 35% zamieszkiwali wieś, w 33% małe miasto (<20 tys. mieszkańców) i w 32% duże miasto (20-100 tys. i więcej mieszkańców). Największą liczbę stanowili rodzice z wykształceniem wyższym - 66%, z wykształceniem średnim - 27% i z zawodowym - 7%.

Ponad połowę dzieci - 56% do pierwszego roku życia karmiono zarówno mlekiem matki jak i modyfikowanym, 37% - wyłącznie mlekiem matki, natomiast 7% - wyłącznie mlekiem modyfikowanym. Najczęstszą dolegliwością u dzieci, na którą wskazywali rodzice były częste infekcje dróg oddechowych - 18%, obniżona odporność - 12% oraz kolki, bóle brzucha - 11%. Biegunki oraz alergie stanowiły -7%, zaparcia i alergie skórne - 6%, alergie oddechowe - 4% zaś atopowe zapalenie skóry i nietolerancja laktozy - 2%. Jak zadeklarowali rodzice - 25% dzieci nie miało żadnych dolegliwości i chorób związanych z zaburzeniami mikrobiota (wykres 1).



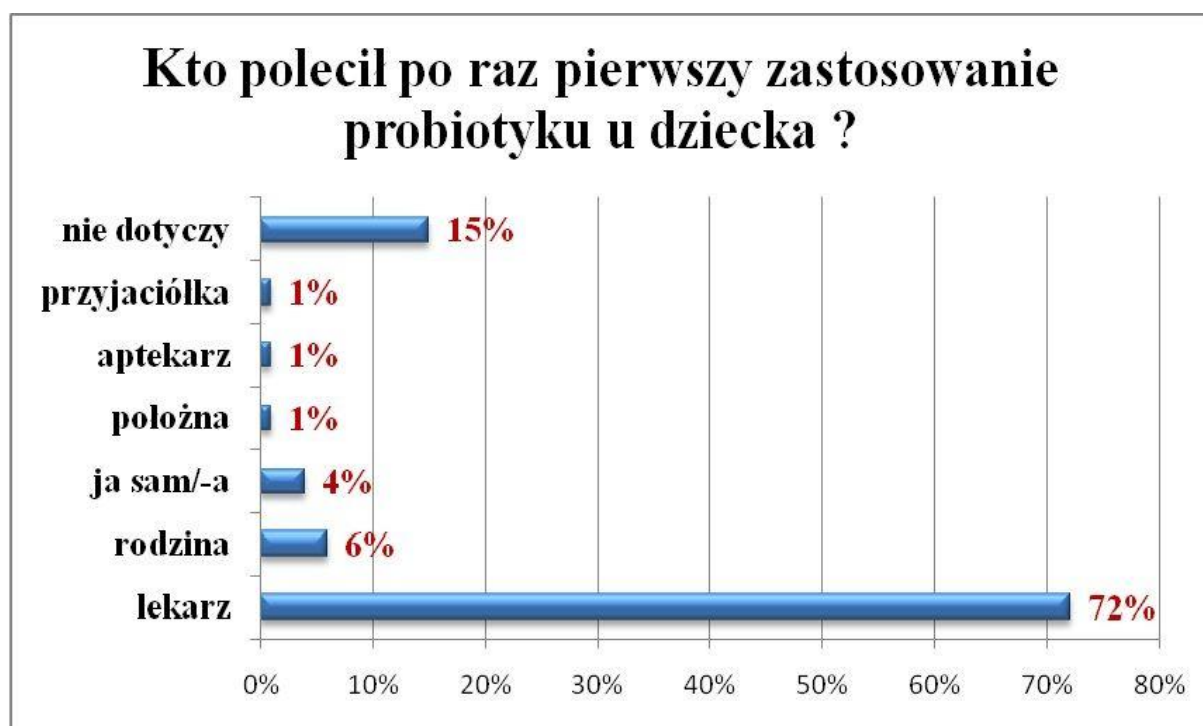
Wykres nr 1. Dolegliwości/choroby potencjalnie związane z zaburzeniami mikrobiota i występujące wśród badanych dzieci w wieku 1-6 lat

Część grupy badanych dzieci - 14% z powodu dolegliwości ze strony układu pokarmowego przebywała w szpitalu. Powodem ich pobytu w placówce szpitalnej były biegunka - 28%, wymioty- 19% i odwodnienie -16%, ostre biegunki infekcyjne stanowiły 14%, a bóle brzucha 12%. Rzadziej występujące dolegliwości to: zaparcia - 4%, zakażenia rotawirusem - 2%, krew w stolcu - 1%, alergie pokarmowe - 1%, karmienie wcześniaków przez sondę - 1%, ulewanie - 1%, a także zapalenie wyrostka robaczkowego - 1%.

Jak deklarowali rodzice, 73% dzieci w wieku 1-6 lat przyjmowało antybiotyki, tylko - 27% nie przyjmowało. W większości przypadków dzieci otrzymywały probiotyk wraz z antybiotykiem, ta grupa stanowiła - 72%, natomiast 4% przyjmujących antybiotyki nie otrzymało probiotyku, 3% otrzymywało tylko sporadycznie probiotyk z antybiotykiem. Probiotyk wraz z antybiotykiem nie przyjmowało - 21% dzieci.

Dzieci, które po raz pierwszy przyjmowały probiotyk w wieku poniżej 1 roku życia stanowiły 43%, w wieku od 1 do 2 lat - 30%, w wieku od 3 do 4 lat - 11%. Najrzadziej zastosowano po raz pierwszy probiotyk w wieku od 5 do 6 lat - 2%. Jak deklarują rodzice - 14% dzieci w ogóle nie przyjmowało jak dotąd probiotyków.

Najczęściej probiotyk był zalecany dzieciom, po raz pierwszy, przez lekarza - u 72% dzieci, przez rodzinę - 6% lub był samodzielnie wybrany przez rodziców - 4% (wykres 2).

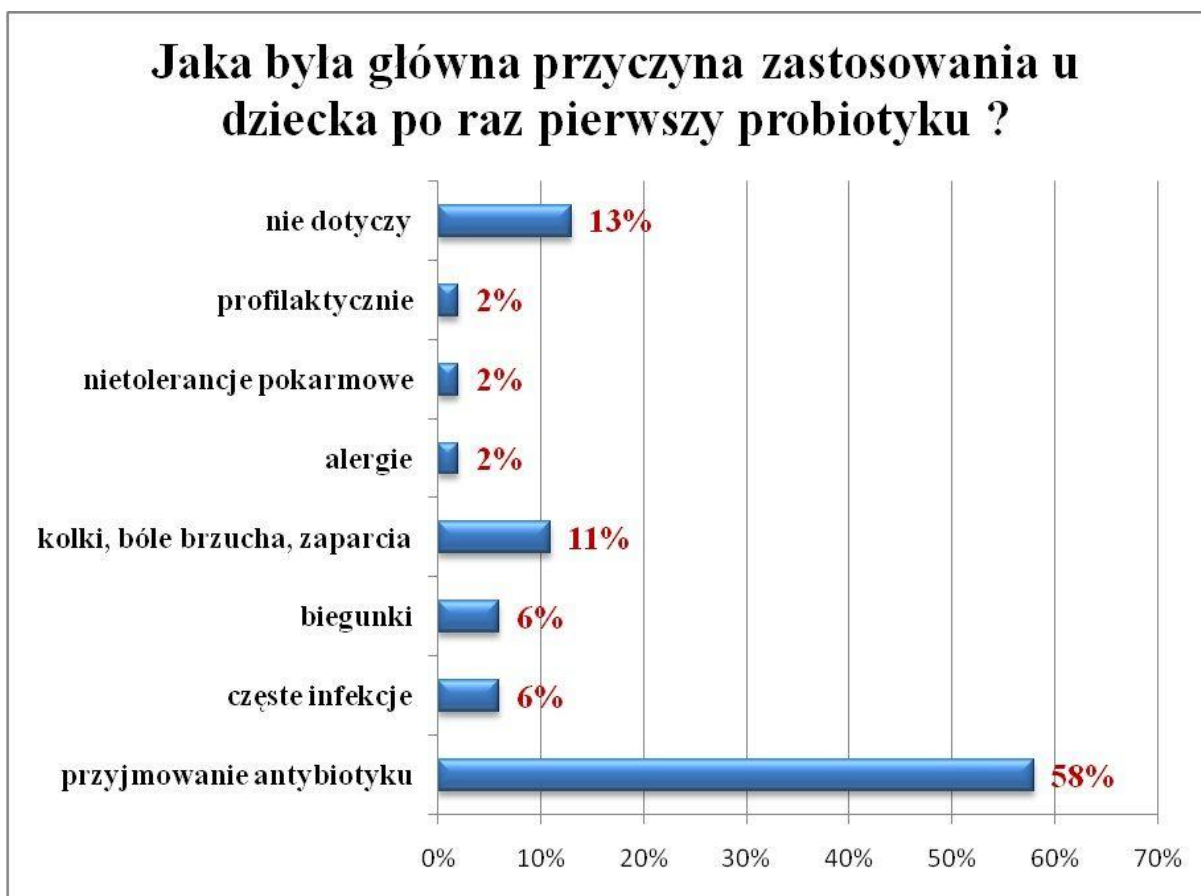


Wykres nr 2. Procentowy udział osób polecających probiotyki dzieciom w wieku 1-6 lat

Natomiast inne osoby takie jak położna, aptekarz czy przyjaciele stanowili - 1%. Kwestia niestosowania probiotyku po raz pierwszy nie dotyczyła 15% dzieci, które nie

przyjmowały preparatów probiotycznych. Ponadto lekarz zalecał stosowanie probiotyku u dzieci najczęściej w czasie antybiotykoterapii i kilka dni po jej zakończeniu, ta grupa stanowiła 47%. U 30% badanych dzieci lekarz zalecał stosowanie probiotyku tylko w czasie antybiotykoterapii. Wskazanie podania probiotyku przez lekarza z powodu innej dolegliwości niż antybiotykoterapia stanowiło 6%.

Główną przyczyną stosowania probiotyku po raz pierwszy u dziecka było przyjmowanie antybiotyku - 58%. Jako drugą przyczynę wymieniono kolki, bóle brzucha, zaparcia, co stanowi 11%. Przyjmowanie probiotyków po raz pierwszy z powodu biegunki i częstych infekcji wynosiło - 6%. Sytuacjami klinicznymi, w których najrzadziej stosowano probiotyk po raz pierwszy, były: alergia, nietolerancja pokarmowa oraz profilaktyka i stanowiły-odpowiednio - 2%. U 13% dzieci nie stosowano probiotyku w ogóle (wykres nr 3).



Wykres nr 3. Przyczyny zastosowania po raz pierwszy probiotyku u dzieci w wieku 1-6 lat

Rodzice deklarowali w 86%, że probiotyki mają pozytywny wpływ na zdrowie ich dziecka, natomiast 14% nie miało zdania na ten temat. Najczęstszą pozytywną zmianą w stanie zdrowia dziecka zauważoną przez rodziców w wyniku stosowania probiotyków było niewystępowanie biegunki i zaparć w czasie antybiotykoterapii - 29%, następnie ustąpienie/zmniejszenie bólu brzucha i kolki - 16%, ustąpienie/skrócenie czasu trwania

biegunki - 16%, zmniejszenie częstości występowania infekcji - 11%. W mniejszym stopniu rodzice obserwowali ustąpienie/skrócenie częstości występowania zaparć i ustąpienie/zmniejszenie objawów alergii u 4% dzieci. Tylko 1% rodziców obserwował poprawę tolerancji laktozy oraz ustąpienie/zmniejszenie objawów AZS (atopowe zapalenie skóry) pod wpływem spożycia probiotyków przez ich dzieci. Ponadto 10% rodziców deklarowało, że nie zaobserwowało zmian w stanie zdrowia dziecka po przyjęciu probiotyku, natomiast 8% dzieci ten problem nie dotyczył (wykres nr 4).



Wykres nr 4. Zmiany w stanie zdrowia dziecka obserwowane przez rodziców w wyniku przyjmowania probiotyku przez dzieci w wieku 1-6 lat

Spośród badanych rodziców - 35% twierdziło, że stosuje probiotyki sporadycznie, 31% - nie stosuje, 23% - stosuje czasami, a 11% - często.

4. Dyskusja

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ponad połowa - 56% badanych dzieci do pierwszego roku życia karmiona była w sposób mieszany tzn.: zarówno piersią jak i mlekiem modyfikowanym a 37% - wyłącznie piersią zaś tylko 7% mlekiem modyfikowanym. Może to wynikać z tego, że w ankiecie brała udział większość kobiet (90%) z wyższym wykształceniem (66%) co może świadczyć o dużej świadomości tych matek w kwestii roli jaką odgrywa karmienie piersią. Podobną zależność potwierdzają Magnusson i wsp. (2016), którzy zaobserwowali, że wyższe wykształcenie kobiet jest jednym z czynników, który pozytywnie wpływa na podejmowanie i kontynuowanie karmienia piersią (Magnusson, Lagerberg, Wallby, 2016).

Karmienie piersią jest dla dziecka bardzo korzystne nie tylko ze względu na wartościowy skład chemiczny kobiecego mleka ale z uwagi na obecność naturalnie występujących mikroorganizmów probiotycznych z rodzaju *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Lactococcus*, *Enterococcus*, które wzbogacają mikrobiom przewodu pokarmowego noworodka. Występują w nim także prebiotyki takie jak oligosacharydy, galaktooligosacharydy, fruktooligosacharydy oraz laktuloza, które stymulują do namnażania drobnoustroje, szczególnie bakterie fermentacji mlekowej, bytujące w organizmie dziecka. W związku z tym skład mleka kobiecego sprzyja kształtowaniu korzystnej i prozdrowotnej mikrobioty. Jaworski i wsp. podają, że optymalny, referencyjny skład mikrobioty przewodu pokarmowego to ten, który został ukształtowany u człowieka urodzonego w sposób naturalny, karmionego w okresie niemowlęcym piersią do 6 miesięcy, a następnie do 2 roku życia odżywianego dietą suplementowaną mlekiem matki (Jaworski, Dudek, Jurczak, 2016).

W prezentowanym badaniu rodzice deklarowali, że najczęstszymi dolegliwościami występującymi u ich dzieci są częste infekcje dróg oddechowych -18%, obniżona odporność - 12% oraz kolki i bóle brzucha -11%. W badaniu Litwińczuk i Bonciarowskiej (2016) przeprowadzonym wśród 100 rodziców wykazano z kolei, że najczęstszą dolegliwością wśród dzieci były: biegunka - 21%, na drugim miejscu rodzice wymieniali kolki, zaparcia, bóle brzucha -14%, na trzecim atopowe zapalenie skóry -13%.

W prezentowanym badaniu rodzice deklarowali, że tylko 14% spośród ich dzieci przebywało w szpitalu z powodu dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Jako główny powód pobytu w placówce szpitalnej podawano biegunkę (28%) co stanowi 3,92% wszystkich badanych dzieci. Zbliżony wynik potwierdzają inne badania, w których biegunki w szczególności infekcyjne zarówno bakteryjne jak i wirusowe mogą przyczyniać się do hospitalizacji dzieci, stanowiąc 5% wśród ogólnej liczby hospitalizowanej populacji pediatrycznej (Szałek, Kaczmarek, Grześkowiak, 2010).

Przeprowadzone badania ankietowe wykazały, że znaczna liczba dzieci (73%) przyjmowała antybiotyki. Z punktu widzenia kształtowania mikrobioty jelitowej u dzieci do 3 roku życia, ekspozycja na antybiotyki wśród tej grupy jest szczególnie niekorzystna. Dysbioza jelitowa, do której przyczynia się antybiotykoterapia w istotny sposób wpływa na metabolizm dziecka oraz rozwój układu odpornościowego. Wśród dzieci narażonych na wczesne przyjmowanie antybiotyków często w okresie dzieciństwa zwiększa się ryzyko rozwoju atopii, astmy, nieswoistych stanów zapalnych jelit oraz nadwagi i otyłości w późniejszym wieku (Węgielska, Suliburska, 2016). W Stanach Zjednoczonych zaobserwowano, że dzieci do drugiego roku życia były poddawane antybiotykoterapii średnio nawet do trzech razy, natomiast do dwudziestego roku życia liczba ta wzrastała do siedemnastu razy (Cox, Blaser, 2015). Pozytywną obserwacją jest jednak fakt, iż ankietowani rodzice w 72% deklarowali, że podczas antybiotykoterapii ich dziecko przyjmowało probiotyk, co ma znaczący wpływ w przeciwdziałaniu dysbiozie jelitowej.

Z przeprowadzonego badania wynika, że najwięcej dzieci - 43% poniżej 1 roku życia poniżej 1 roku życia przyjęło probiotyk po raz pierwszy, w wieku od 1 do 2 lat było to 30% dzieci, a u 14% probiotyki nie były stosowane. Ponadto stwierdzono, że zastosowanie probiotyku po raz pierwszy u dziecka było z polecenia lekarza w 72% oraz rodziny - 6%. Podobne wyniki badań otrzymały Litwińczuk i Bancierowska (2016), w których największa grupa dzieci poniżej 1 roku życia (39%) przyjęła probiotyk po raz pierwszy, a w wieku od 1 do 2 lat było to - 33% dzieci. Ponadto z polecenia lekarza probiotyk zastosowało więcej, bo 85% małych pacjentów zaś 15% z polecenia matki dziecka.

Przeprowadzone badania wskazują, że jeśli probiotyk był zastosowany z polecenia lekarza, to najczęściej podczas antybiotykoterapii i kilka dni po niej, co deklarowało 47% ankietowanych. Ma to duże znaczenie z uwagi na fakt wspomagania regeneracji mikrobioty jelitowej po kuracji antybiotykiem, gdyż odbudowa flory bakteryjnej może trwać nawet od 6 do 10 miesięcy (Jańczewska, Domzalska-Popadiuk, 2014). Jednak w 30% lekarze zalecali probiotyk tylko w czasie przyjmowania antybiotyku, a w 6% było to związane z inną dolegliwością występującą u dziecka. Badania wskazują, że główną przyczyną zastosowania u dziecka probiotyku po raz pierwszy było przyjmowanie antybiotyku, co stanowi 58%. Ma to związek z występowaniem w grupie badanych dzieci częstych infekcji dróg oddechowych i obniżonej odporności. Na drugim miejscu wymienione zostały kolki, bóle brzucha, zaparcia (11%), na trzecim biegunka i częste infekcje (6%). Wyniki te potwierdzają fakt zastosowania probiotyku u dziecka po raz pierwszy w wyniku przebytej antybiotykoterapii (60%), biegunki (14%), kolki, zaparcia, ból brzucha (10%) oraz AZS (10%) oraz obniżonej odporności - 3%. W przeważającej liczbie rodzice deklarują także, że probiotyki mają pozytywny wpływ na stan zdrowia dziecka, ta grupa stanowi 86%, pozostałe 14% rodziców nie miało zdania, być może ma to związek z tym, że do tej pory nie podawali dziecku

preparatów probiotycznych bądź też nie zaobserwowali żadnych zmian po zastosowaniu probiotyku u dziecka. Najczęstsza zmiana w stanie zdrowia dziecka jaką zauważyli rodzice, wynikająca z przyjmowania probiotyku to brak biegunki i zaparć w czasie antybiotykoterapii, co stanowi 29%, oraz ustąpienie/zmniejszenie bólu brzucha i kolki i ustąpienie/skrócenie czasu trwania biegunki co deklarowało 16% ankietowanych. Z badania przeprowadzonego przez Litwińczuk i Banciarowską (2016) również wynika, że głównym efektem zauważonym u dzieci w wyniku przyjmowania probiotyku był brak biegunki i zaparć w czasie antybiotykoterapii, co stanowiło 23%. Jako drugą zaobserwowaną zmianę w stanie zdrowia, rodzice podawali ustąpienie/skrócenie czasu trwania biegunki – 17%. Z niniejszego badania wynika, że spożycie probiotyków przez rodziców najczęściej jest sporadyczne (35%), na drugim miejscu są rodzice, którzy nie spożywają preparatów probiotycznych (31%). Tylko 11% badanych rodziców deklarowało, że spożywają probiotyki często. Mimo, iż niniejsze badanie wskazuje, że świadomość rodziców odnośnie stosowania probiotyków oraz ogólna wiedza na ich temat jest wysoka, to jednak większe spożycie produktów probiotycznych odnosi się do dzieci niż do badanych rodziców. Fakt ten może mieć związek z częstszym przyjmowaniem antybiotyków przez dzieci, które są jednym z głównych powodów stosowania probiotykoterapii w okresie dziecięcym. Badanie Litwińczuk i Banciarowskiej (2016) wskazuje, że większość badanych rodziców (54 osoby) deklarowało poziom swojej wiedzy odnośnie probiotyków jako wystarczający, natomiast 46 osób jako niewystarczający.

Z kolei inne badanie, wskazuje, że 70% badanych uczniów w wieku 11-14 lat nie znało pojęcia „probiotyk”. Natomiast w przypadku konkretnych szczepów typu *Lactobacillus acidophilus* czy *Lactobacillus casei*, 36% badanych dziewcząt i 64% chłopców wiedziało, że są to bakterie pożyteczne dla zdrowia człowieka (Zaręba, Ziarno, Hauzer, 2009).

Podsumowanie

Jedną z ważniejszych przyczyn zaburzeń mikrobiota u dzieci w wieku 1-6 lat jest zbyt częste stosowanie antybiotyków w procesie leczenia (73% dzieci). Pomimo dużego wykorzystania probiotyków w tej grupie wiekowej (79% dzieci), nadal obserwuje się u dzieci dolegliwości takie jak: częste infekcje dróg oddechowych, obniżoną odporność, kolki i bóle brzucha, zaparcia, biegunka różnego pochodzenia itp. Przyczyną tych problemów zdrowotnych może być dysbioza jelitowa. Dodatkowo tylko 37% noworodków jest karmionych wyłącznie mlekiem matki co wpływa pozytywnie na profil mikrobiota w okresie rozwoju dziecka. Niestety karmienie mieszane nie jest już tak efektywne po względem ilości mikroorganizmów dostarczanych wraz z mlekiem matki w porównaniu z wyłącznym karmieniem piersią. Pomimo dużej wiedzy rodziców na temat probiotyków, sami korzystają z nich rzadziej, choć chętnie podają je dzieciom.

Poprawa stanu zdrowia dzieci w wieku 1-6 zależna od jakości i ilości mikrobiota może nastąpić w przypadku propagowania wśród kobiet ciężarnych wyłącznego karmienia piersią do 6 miesiąca życia, ograniczenia przepisywania małym pacjentom antybiotyków i zwiększenia częstości stosowania oraz wydłużenia czasu podawania sprawdzonych probiotyków. Dodatkowo dieta dziecka powinna być wzbogacona w żywność fermentowaną pochodzenia roślinnego (kapusta kwaszona, ogórki kwaszone, surówki i soki kwaszone itp.) oraz pochodzenia zwierzęcego (jogurty, kefir, maślanka, kwaśne mleko, sery itp.). Działania te powinny zmniejszyć u dzieci dolegliwości związane z zaburzeniami mikrobiota oraz ograniczyć ilość hospitalizacji szpitalnych w tej grupie wiekowej.

Bibliografia:

- Bartnicka, A., Gałęcka, M., Mazela, J. (2016). The impact of perinatal and postnatal factors on composition of the intestinal mikrobiota in infants, *Standardy Medyczne, Pediatria*, 13, 165-172.
- Cox, L.M., Blaser, J.M. (2015). Antibiotics in early life and obesity, *Nature Reviews Endocrinology*, 11 (3), 182-190.
- Czerwionka-Szaflarska, M., Romańczuk, B. (2010). Probiotics for the prevention and treatment of selected gastrointestinal disorders in children, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4 (2), 135-140.
- FAO/WHO. (2001). Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation on Evaluation of Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria.
- Gałęcka, M., Bartnicka, A., Szewc, M., Mazela, J. (2016). Kształtowanie się mikrobioty jelitowej u niemowląt warunkiem zachowania zdrowia, *Standardy Medyczne, Pediatria*, 13, 359-36.
- Gregorczyk-Maślanka, K., Kurzawa, R. (2016). Mikrobiota organizmu ludzkiego i jej wpływ na homeostazę immunologiczną – część I, *Alergia Astma Immunologia*, 21, 146-150.
- Hill, C., Guarner, F., Reid, G., Gibson, G.R., Merenstein, D., Pot, B., Morelli, L., Canani, R.B., Flint, H., Salminen, S., Calder, P.C., Sanders, M.E. (2014). The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic, *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 11 (8), 506-514.
- Jańczewska, I., Domżalska-Popadiuk, I. (2014). Znaczenie kolonizacji bakteryjnej przewodu pokarmowego noworodków donoszonych urodzonych drogą cięcia cesarskiego. *Annales Academiæ Medicæ Gedanensis*, 44, 99-104.
- Jarosz, M., Chabros, E., Charzewska, J., Chwojnowska, Z., Mojska, H., Ołtarzewski, M., Rogalska-Niedźwiedz, M., Rychlik, E., Szponar, L., Traczyk, I., Wajszczyk,

- B., Walkiewicz, A., Wierzejska, R., Wolnicka, K. (2008). *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Warszawa: IŻŻ.
- Jaworski, A., Dudek, K., Jurczak, I. (2016). Structure and functional capacity of the bacterial human gastrointestinal microbiota in healthy state and variety of disease states, *Journal of Health Study and Medicine*, 4, 37-61.
- Kamińska, E. (2012). Effectiveness and safety of probiotics in children on the basis of clinical trials, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 16 (3), 240-251.
- Klaenhammer, T.R. (2000). Probiotic bacteria: today and tomorrow, *Journal of Nutrition*, 130 (2), 415-416.
- Kubiszewska, I., Januszewska, M., Rybka, J., Gackowska, L. (2014). Lactic acid bacteria and health: are probiotics safe for human? *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 68, 1325-1334.
- Lewis, MC., Patel, DV., Fowler, J. (2013). Dietary supplementation with *Bifidobacterium lactis* NCC2818 from weaning reduces local immunoglobulin production in lymphoid-associated tissues but increases systemic antibodies in healthy neonates, *British Journal of Nutrition*, 110, 1243-52.
- Litwińczuk, A., Banciarowska, S. (2016). Probiotics in the prevention and therapy in children in parents' opinion, *Annales UMCS Sect. EE*, 34 (4), 11-18.
- Magnusson, M., Lagerberg, D., Wallby, T. (2016). No widening socioeconomic gap within a general decline in Swedish breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 42, 415-423.
- Matsuyama, M., Gomez-Arango, L.F., Fukuma, N.M., Morrison, M., Davies, P.S.W., Hill, R.J. Breastfeeding: a key modulator of gut microbiota characteristics in late infancy, *Journal of Developmental Origins Health and Disease*, 19, 1-8.
- Nowak, A., Libudzisz, Z. (2008). The intestinal microbiota of humans, *Standardy Medyczne, Pediatria*, 5, 372-379.
- Nowak, A., Śliżewska, K., Libudzisz, Z. (2010). Probiotyki - historia i mechanizmy działania, *Żywność Nauka Technologia Jakość*, 4 (71), 5-19.
- Plaza-Diaz, J., Ruiz-Ojeda, F.J., Gil-Campos, M., Gil, A. (2018). Immune-Mediated Mechanisms of Action of Probiotics and Symbiotic in Treating Pediatric Intestinal Diseases, *Nutrients*, 10 (1), 42.
- Rakowska, M., Lichosik, M., Kacik, J., i in. (2016). The impact of the microbiota on human health, *Pediatria i Medycyna Rodzinna*, 12 (4), 404-412.
- Szałek, E., Kaczmarek, Z., Grześkowiak, E. (2010) Wykorzystanie probiotyków we współczesnej farmakoterapii pediatrycznej, *Farmakologia Polska*, 66 (3), 168-172.
- Szajewska, H. (2008), Probiotics in pediatrics. *Standardy Medyczne, Pediatria*, 5, 380-392.

- Szajewska, H., Kołodziej, M. (2015). Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhea, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 42 (7), 793–801.
- Strzępa, A., Szczepanik, M. (2013). Influence of natural gut flora on immune response, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 67, 908-920.
- Szymankiewicz, M. (2014) Mikrobiota jelitowa a żywienie noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego, *Standardy Medyczne, Pediatria*, 11, 97-101.
- Urbańska, M., Gieruszczak-Białek, D., Szajewska, H. (2016). Systematic review with meta-analysis: *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for diarrhoeal diseases in children, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 43 (10), 1025–1034.
- Węgielska, I., Suliburska, J. (2016). The influence of drugs on intestinal mikrobiota, *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 7 (1), 1-7.
- Witkowska-Wirstlein, R., Jurczyk, M.U. (2016). Czynniki determinujące kolonizację przewodu pokarmowego noworodka, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 3 (48), 285-289.
- Zaręba, D. Ziarno, M., Hauzer, A. (2018). Postawa młodych konsumentów wobec produktów mlecznych i probiotyków, *Bromatologia Chemia. Toksykologia*, 42 (3), 954–958.
- Zielińska, D., Kołożyn-Krajewska, D. (2018). Food-Origin Lactic Acid Bacteria May Exhibit Probiotic Properties: Review, *BioMed Research International*, 5063185.

Dr n. med. Justyna Stępkowska, <https://orcid.org/0000-0002-0035-8964>

Institut Nauk Socjologicznych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Emilia Żurada, <https://orcid.org/0000-0002-5355-2699>

Wydział Studiów nad Rodziną, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Okresowa abstynencja seksualna mężczyzn żyjących w stałych związkach – wybrane aspekty

Some aspects of periodic sexual abstinence of men living in stable relationships

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.323>

Abstrakt: *Wprowadzenie.* Abstynencja seksualna określana również jako wstrzemięźliwość seksualna to okresowa bądź stała rezygnacja z aktywności seksualnej. Abstynencja seksualna, z punktu widzenia etapowości rozwoju psychofizycznego człowieka jest zjawiskiem naturalnym, występującym z różną intensywnością w poszczególnych etapach rozwojowych człowieka. Istotnym czynnikiem charakteryzującym okresową bądź stałą abstynencję seksualną jest celowość i wynikająca z niej świadomość decyzji o niepodejmowaniu aktywności seksualnej. *Cel.* Celem pracy była analiza wybranych aspektów stosunku mężczyzn żyjących w stałych związkach do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej. *Materiał i metody.* Badania zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania przeprowadzono wśród 453 mężczyzn, żyjących w stałych związkach. Uczestników badania podzielono na grupę badaną (mężczyźni, którzy kiedykolwiek stosowali okresową wstrzemięźliwość seksualną; 57% ogółu) oraz grupę odniesienia (mężczyźni, którzy nigdy nie stosowali okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, 43% ogółu). W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Statystyczne opracowanie wyników zostało wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistics 23. *Wyniki.* (1) Uzyskane wyniki badania wskazują, że stosunek do wstrzemięźliwości powiązany był z rozumieniem tego pojęcia w grupie badanej ($p < 0,05$) i ogółem ($p < 0,01$). Pozytywne nastawienie do wstrzemięźliwości istotnie dodatnio korelowało z rozumieniem pojęcia *wstrzemięźliwość seksualna* jako całkowity brak aktywności seksualnej. (2) Pozytywny stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej powiązany był istotnie statystycznie z jej stosowaniem ($p < 0,001$). (3) Pozytywny stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej dodatnio korelował z deklaracją polecenia jej innym parom ($p < 0,001$).

Słowa kluczowe: abstynencja seksualna, akt seksualny, seksualność, wstrzemięźliwość seksualna

Abstract: *Introduction.* Sexual abstinence is a periodic or permanent renouncement of sexual activity. Sexual abstinence, in the context of stages of human psychophysical development, is a natural phenomenon occurring with varying intensity during life. An important factor characterizing periodic or permanent sexual abstinence is its purposefulness and awareness of the decision not to engage in sexual activity. *Objective.* The aim of the study was to analyze selected aspects of the attitude of men living in stable relationships towards periodic sexual abstinence. *Material and methods.* The research was carried out using the diagnostic survey method based on the author's questionnaire. The study was conducted among 453 men living in a stable relationships. Participants were divided into a study group (men who had ever used periodic sexual abstinence, 57%) and a benchmark group (men who never used periodic sexual abstinence, 43%). In statistical analyzes, a significance level of $p < 0,05$ was adopted. Statistical analysis of the results was made using IBM SPSS Statistics 23. *Results.* (1) The results obtained indicate that the attitude towards sexual abstinence was associated with the

understanding of this concept in the study group ($p < 0,05$) and overall ($p < 0,01$). A positive attitude towards sexual abstinence significantly correlated with the understanding of the concept of *sexual abstinence* as a total lack of sexual activity. (2) The positive attitude towards sexual abstinence was statistically significantly associated with its practice ($p < 0,001$). (3) The positive attitude towards sexual abstinence positively correlated with the declaration of promotion of sexual abstinence to other couples ($p < 0,001$).

Key Words: sexual abstinence, sexual act, sexuality, sexual inactivity

1. Wprowadzenie

Abstynencja seksualna (określana również jako wstrzemięźliwość seksualna) to rezygnacja z aktywności seksualnej (Irfan et al.; 2020), która ze względu na okres trwania można podzielić na abstynencję seksualną okresową (czasową) i stałą (całkowitą). Należy wskazać, że ze względu na obszerność i niejednorodność pojęcia *aktywność seksualna* (Beutel et al.; 2016), w literaturze przedmiotu podkreśla się konieczność standaryzacji definiowania terminu abstynencja seksualna. Na potrzeby realizacji badań prezentowanych w niniejszej pracy przyjęto klasyczną definicję abstynencji seksualnej *sensu largo*, oznaczającej czasowe lub stałe powstrzymywanie się od jakiegokolwiek aktywności seksualnej, nie zaś wyłączenie powstrzymywanie się od współżycia seksualnego opartego na akcie seksualnym.

Abstynencja seksualna, z punktu widzenia etapowości rozwoju psychofizycznego człowieka jest zjawiskiem naturalnym, choć występującym z różną intensywnością w poszczególnych etapach rozwojowych człowieka. Istotnym czynnikiem charakteryzującym zjawisko okresowej bądź stałej abstynencji seksualnej jest jego celowość oraz woluntarność decyzji o okresowym bądź stałym niepodejmowaniu aktywności seksualnej (Donnelly et al., 2001).

Definiując pojęcie abstynencji seksualnej należy uwzględnić czynnik przyczynowy i motywujący do podjęcia abstynencji seksualnej. Mogą to być czynniki zamierzone np. względy religijne, decyzja o życiu w celibacie, okresowa abstynencja seksualna towarzysząca parom stosującym tzw. naturalne metody planowania rodziny lub czynniki niezamierzone wynikające z zastanych uwarunkowań życiowych np. osamotnienie, okresowe rozstanie, konflikt interpersonalny, sytuacja socjoekonomiczna (Beutel et al., 2016; Donnelly, Burgess, 2008; Irfan et al., 2020; Kim et al., 2017).

Istotną motywacją stosowania okresowej lub stałej wstrzemięźliwości seksualnej mogą być również względy medyczne wynikające m.in. z czasowego pogorszenia stanu zdrowia (w tym zdrowia psychicznego), podwyższonego ryzyka zdrowotnego (np. w sytuacji niektórych patologii położniczych) lub związane z niepełnosprawnością, występowaniem niektórych chorób przewlekłych (Christensen et al., 2011; Kim et al., 2009).

Jako zamierzona, cykliczna aktywność abstynencyjna, wstrzemięźliwość seksualna podejmowana jest przez pary chcące odroczyć w czasie poczęcie dziecka, stosujące tzw.

naturalne metody planowania rodziny. W tych przypadkach abstynencja seksualna podejmowana jest regularnie w cyklach miesięczkowych, w oznaczonych okresach płodności, a w przypadku niektórych par również w okresach niepłodności względnej (Vande Vusse et al., 2003).

Choć aktywność seksualna jest integralną częścią długotrwałych relacji romantycznych, najczęściej nie jest jednak składową najważniejszą (Donnelly, Burgess, 2008). Szczególnie istotne jest podkreślenie tego faktu w odniesieniu do aktywności seksualnej w wieku podeszłym. W okresie – szczególnie późnej – starości człowiek wkracza w naturalny okres wstrzemięźliwości seksualnej, co jest związane z fizjologicznym dla tego etapu życia obniżaniem się popędu seksualnego oraz sprawności fizycznej, w tym także seksualnej (Corona et al., 2010; Irfan et al., 2020; Lew-Starowicz 2000). Zaspokajanie potrzeby bliskości oraz potrzeb seksualnych w wieku starszym częściej ma miejsce na płaszczyźnie bliskości interpersonalnej, kształtowania i wzmacniania więzi, nie zaś na płaszczyźnie *stricte* seksualnej (Corona et al., 2010; Wawrzyniak, 2011).

Zagadnienie abstynencji seksualnej w stałych związkach, było dotychczas stosunkowo rzadko podejmowanym obszarem badawczym, w szczególności, jeśli chodzi o badania polskie. Badania nad abstynencją seksualną, uwzględniające różnorodność przyczyn i motywacji podejmowania abstynencji, mogą prowadzić do lepszego zrozumienia m.in. złożonych uwarunkowań współżycia seksualnego osób żyjących w stałych związkach oraz ich wpływu na zdrowie seksualne.

2. Badania własne

2.1. Cel

Celem zrealizowanych badań była analiza wybranych aspektów stosunku mężczyzn żyjących w stałych związkach do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej. W niniejszej pracy uwzględniono zależność między: (1) stosunkiem mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej a rozumieniem pojęcia *wstrzemięźliwość seksualna*; (2) stosunkiem mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej a jej stosowaniem (kiedykolwiek); (3) stosunkiem mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej a inicjatywą stosowania okresowej wstrzemięźliwości oraz (4) stosunkiem mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej a rekomendowaniem jej stosowania innym parom.

2.2. Materiał i metody

Zrealizowane badania ilościowe przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Uzyskane dane zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety online

zbudowanego z 33 pytań oraz z części dotyczącej zmiennych socjodemograficznych złożonej z 11 pytań. Zastosowane pytania były pytaniami zamkniętymi. W czterech pytaniach narzędzia zastosowano pięciostopniową skalę Likerta.

Badanie było anonimowe a udział w badaniu dobrowolny. Wypełnienie kwestionariusza ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu.

W badaniu wzięło udział 453 mężczyzn powyżej 18 roku życia, żyjących w stałych związkach. Uczestników badania podzielono na grupę badaną - mężczyźni, którzy kiedykolwiek stosowali okresową wstrzemięźliwość seksualną, oraz grupę odniesienia - mężczyźni, którzy nigdy nie stosowali okresowej wstrzemięźliwości seksualnej. Grupę badaną stanowiło 258 mężczyzn (57% badanych), zaś grupę odniesienia stanowiło 195 mężczyzn (43% badanych).

Statystyczne opracowanie wyników zostało wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistics 23. W przeprowadzonej analizie statystycznej wykorzystano test Chi-kwadrat niezależności. Za wynik istotny statystycznie przyjęto $p < 0,05$. W analizie obliczona została siła efektu V Cramera.

2.3. Charakterystyka przebadanej grupy

Wśród przebadanych uczestników badania przeważali mieszkańcy dużych miast (59%) (powyżej 250 tys. mieszkańców), między 18 a 40 r. ż. (89%). Ponad połowa badanych deklarowała wykształcenie wyższe (59%). Spośród badanych mężczyzn 83% było aktywnych zawodowo w momencie udziału w badaniu, z przewagą pracowników niefizycznych (64%). Zdecydowana większość respondentów (64%) oceniła swój status ekonomiczny jako średni, a 26% jako wysoki.

Zgodnie z określonym kryterium włączenia do badania, w ostatecznej analizie danych uwzględniono mężczyzn żyjących w stałych związkach, najczęstszym wskazywanym stażem związku był staż między 2-5 lat (36%). 44% mężczyzn biorących udział w badaniu deklaroowało posiadanie potomstwa.

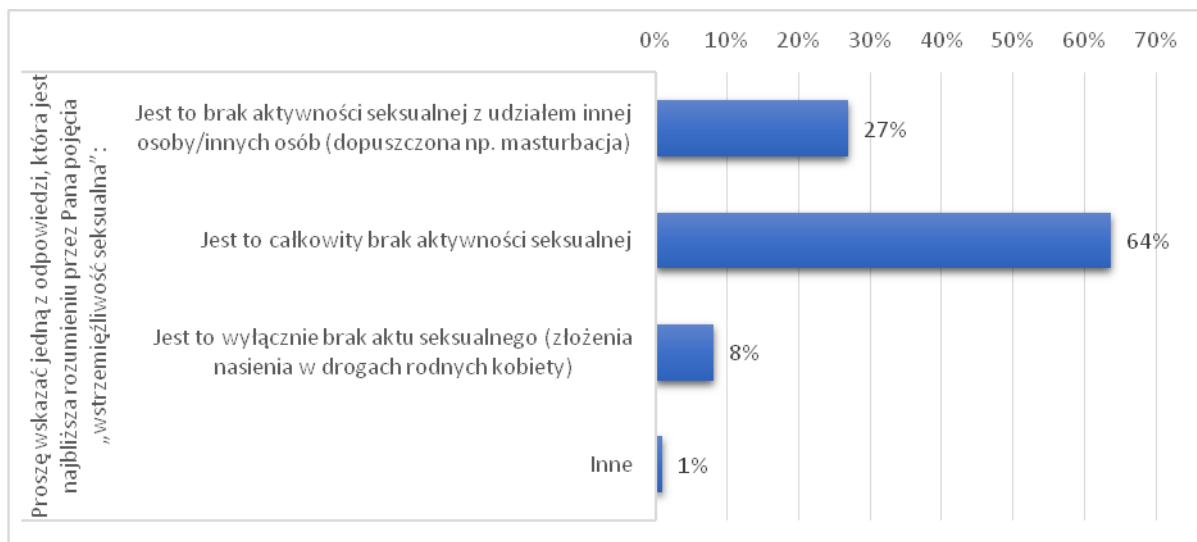
3. Wyniki

3.1. Rozumienie pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”

Na wykresie nr 1 przedstawione dane dotyczące rozumienia pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”.

Wyniki wskazują na to, że zdecydowana większość badanych mężczyzn (64%) zadeklarowała rozumienie pojęcia *wstrzemięźliwość seksualna* jako całkowity brak aktywności seksualnej. 27% respondentów pojęcie *wstrzemięźliwość seksualna* rozumiało jako brak

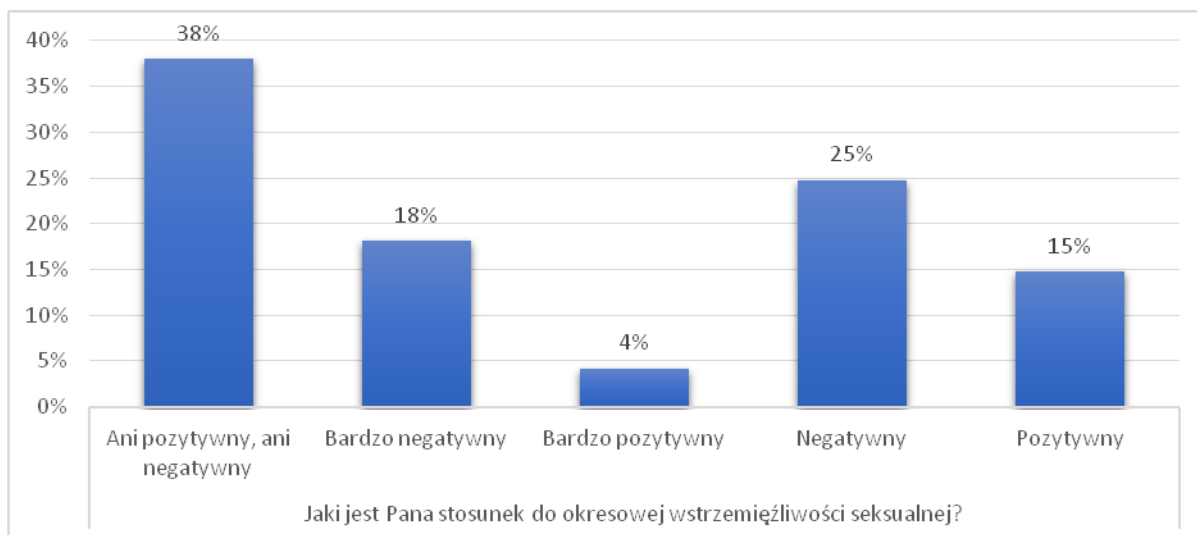
aktywności seksualnej z udziałem innej osoby, przy jednoczesnym dopuszczaniu stosowania w tym okresie zachowań autoseksualnych. 8% respondentów pojęcie *wstrzemięźliwość seksualna* definiowało jako wyłącznie brak aktu płciowego.



Wykres 1. Rozumienie pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”

3.2. Stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej

Wykres nr 2 przedstawia wyniki dotyczące postaw wobec okresowej wstrzemięźliwości seksualnej.

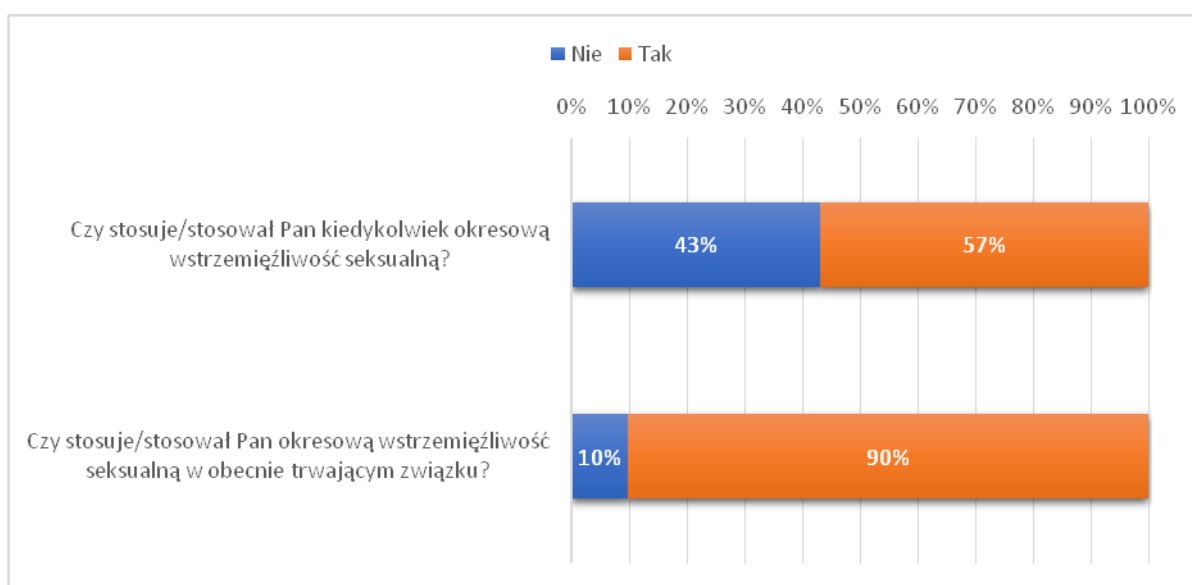


Wykres 2. Stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej

Neutralny stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej zadeklarowało 38% uczestników badania, 43% badanych określiło swój stosunek do abstynencji seksualnej jako negatywny lub bardzo negatywny, zaś 19% jako bardzo pozytywny lub pozytywny.

3.3. Stosowanie okresowej wstrzemięźliwości seksualnej

Na wykresie nr 3 zamieszczono dane dotyczące stosowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej.



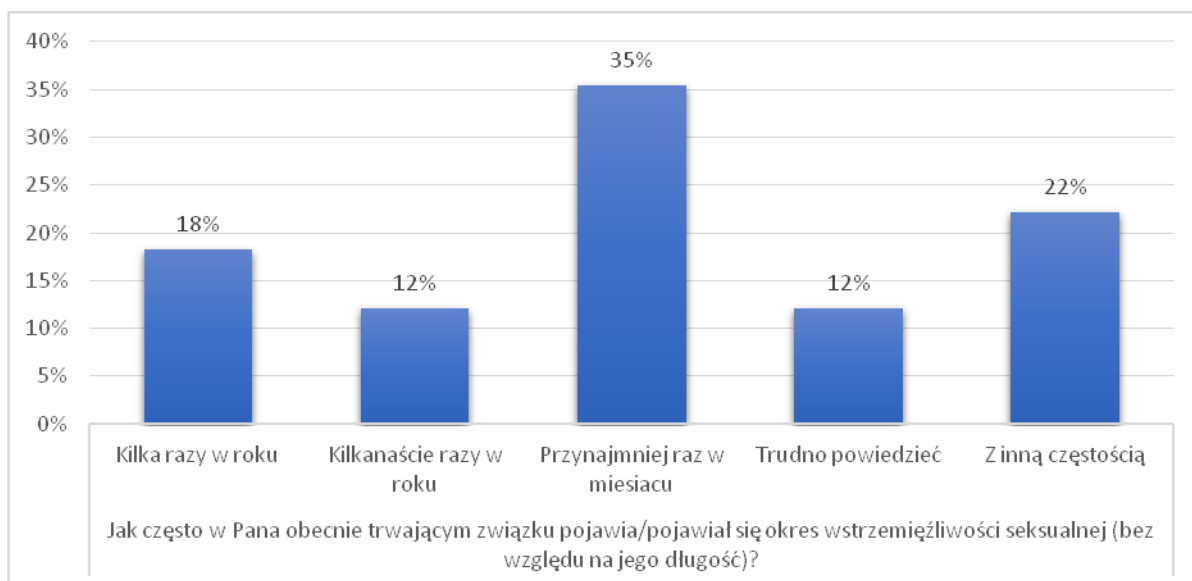
Wykres nr 3. Stosowanie okresowej wstrzemięźliwości seksualnej

Ponad połowa badanych mężczyzn (57%) przynajmniej raz w życiu stosowała okresową wstrzemięźliwość seksualną, zaś 90% z nich zadeklarowało jej stosowanie w obecnie trwającym stałym związku.

3.4. Częstość stosowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej

Na wykresie nr 4 przedstawiono dane dotyczące stosowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej.

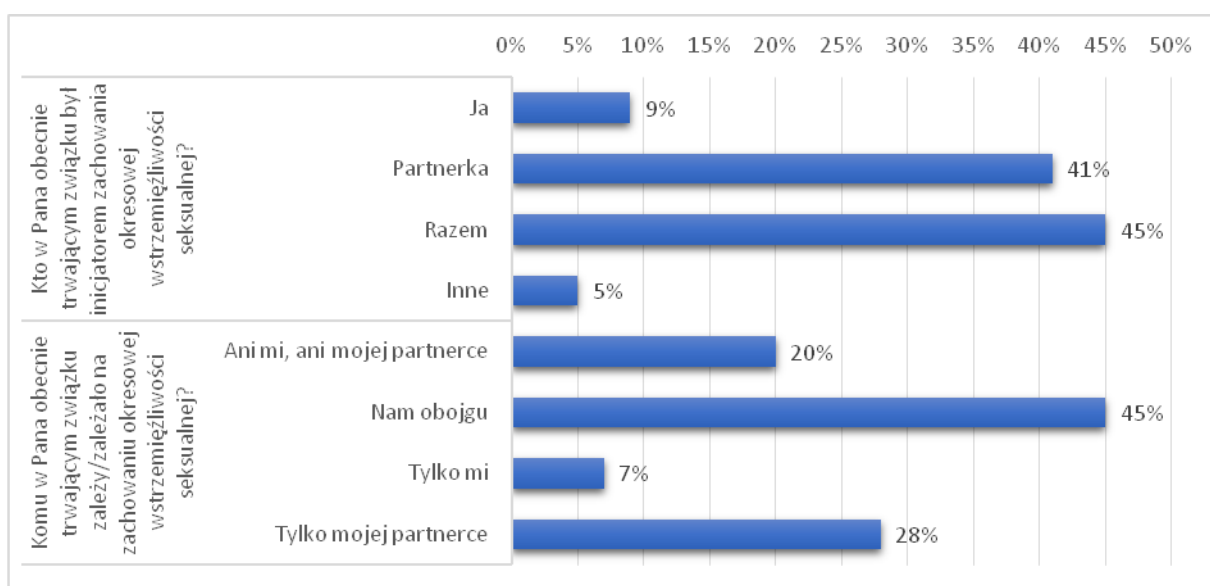
Regularne stosowanie okresowej wstrzemięźliwości seksualnej zadeklarowało 47% grupy badanej. Przynajmniej raz w miesiącu wstrzemięźliwość seksualną stosowało 35% grupy badanej.



Wykres 4. Częstość stosowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej

3.5. Inicjatywa podejmowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej w związku

Wykres nr 5 przedstawia dane dotyczące inicjatywy podejmowania okresowej wstrzemięźliwości w związku.



Wykres nr 5. Inicjator podjęcia okresowej wstrzemięźliwości seksualnej w związku

Najczęściej inicjatywa podjęcia okresowej wstrzemięźliwości seksualnej była inicjatywą wspólną pary (45%) lub tylko partnerki (41%). Natomiast na zachowaniu okresowej wstrzemięźliwości zazwyczaj zależało obojgu osobom w związku (45%).

Spośród badanych mężczyzn 38% zadeklarowało rekomendację innym parom stosowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, podobny procent respondentów (35%) nie poleciłoby stosowania okresowej abstynencji innym parom.

4. Wyniki analizowanych zależności

4.1. Stosunek mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, a rozumienie pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”

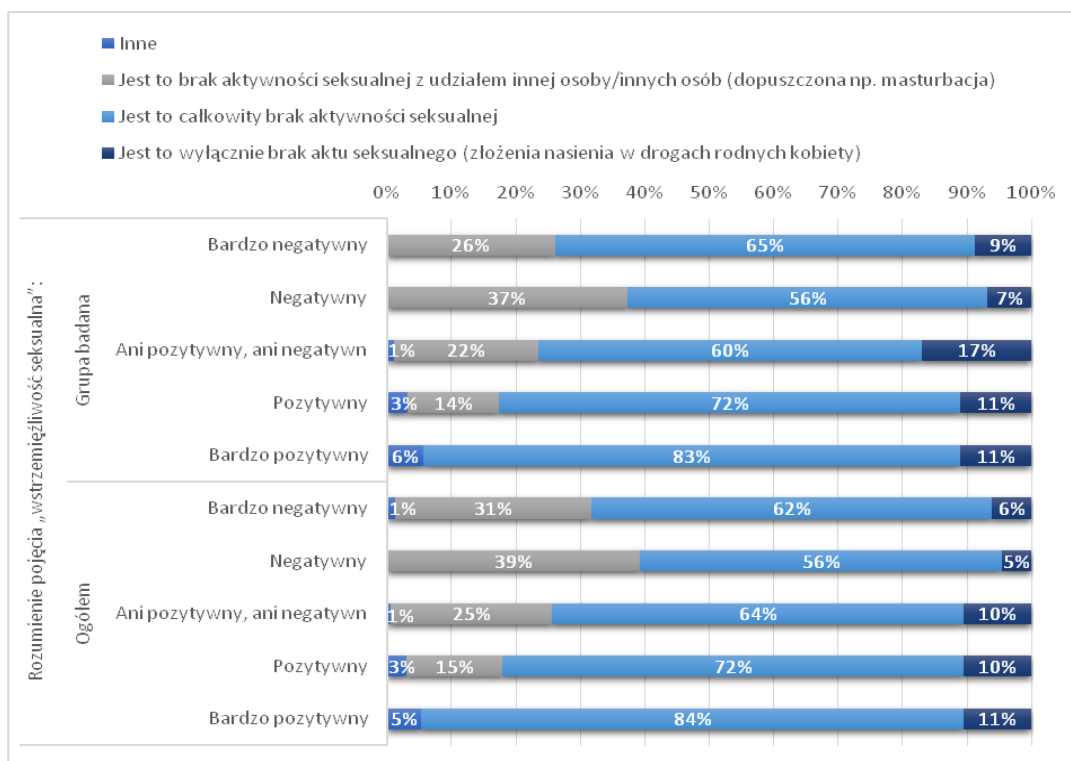
W tabeli nr 1 zamieszczono dane dotyczące zależności stosunku mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej i rozumienia pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”.

Tabela nr 1. Wyniki analiz testami Chi- kwadrat niezależności: stosunek mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, a rozumienie pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”

Dane		χ^2	df	p	V	
Jaki jest Pana stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej?	Rozumienie pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”:	Grupa odniesienia	6,83	12	0,869	0,11
		Grupa badana	22,15	12	0,036	0,17
		Ogółem	29,32	12	0,004	0,15

χ^2 - statystyka Chi- kwadrat, df- liczba stopni swobody, p- poziom istotności statystycznej. V- siła efektu V Cramera

Wykazano, że stosunek do wstrzemięźliwości powiązany był z rozumieniem tego pojęcia w grupie badanej $\chi^2(12)=22,15$; $p<0,05$; $V=0,17$ i ogółem $\chi^2(12)=29,32$; $p<0,01$; $V=0,15$. W obu wskazanych grupach pozytywne nastawienie do wstrzemięźliwości istotnie dodatnio korelowało z rozumieniem pojęcia *wstrzemięźliwość seksualna* jako całkowity brak aktywności seksualnej.



Wykres nr 6. Stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej a rozumienie pojęcia „wstrzemięźliwość seksualna”

4.2. Stosunek mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej: a jej stosowanie (kiedykolwiek) oraz inicjatywa zachowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, a rekomendowanie jej innym parom

W tabeli nr 2 przedstawiono dane dotyczące stosunku mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej i jej stosowania oraz rekomendowania jej innym parom.

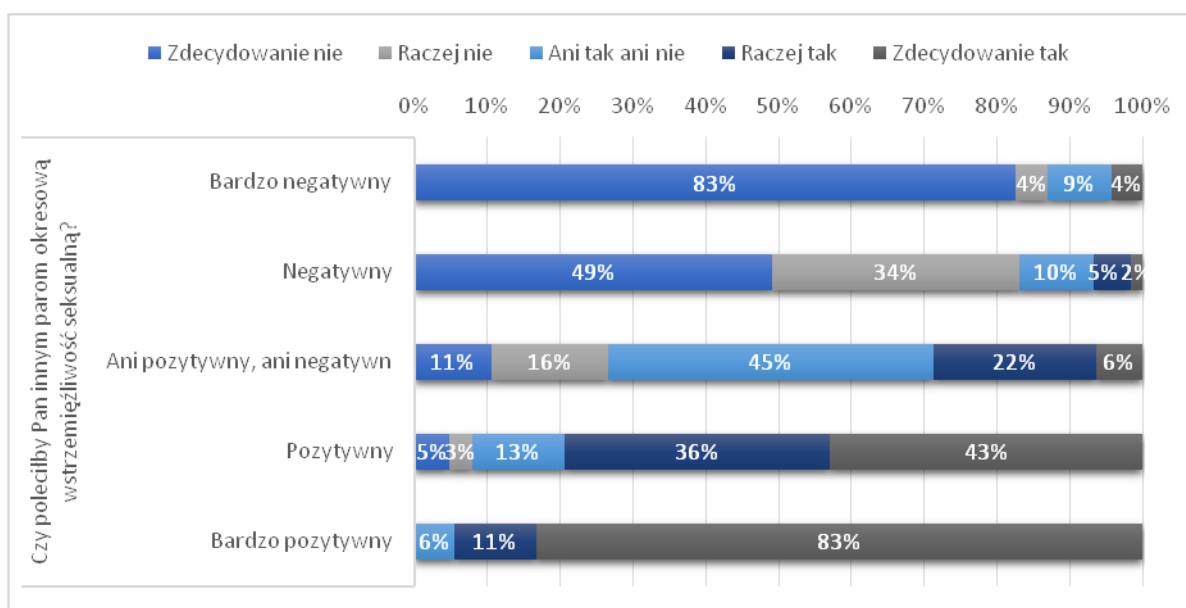
Tabela 2. Wyniki analiz testami Chi- kwadrat niezależności: stosunek mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, a wybrane zmienne

Dane		χ^2	df	p	V
Jaki jest Pana stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej?	Czy stosuje/ stosował Pan kiedykolwiek okresową wstrzemięźliwość seksualną?	77,74	4	0,000	0,42
	Kto w Pana obecnie trwającym związku był inicjatorem zachowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej?	5,94	8	0,654	0,14
	Czy poleciłby Pan innym parom okresową wstrzemięźliwość seksualną?	223,47	16	0,000	0,47

χ^2 - statystyka Chi- kwadrat, df- liczba stopni swobody, p- poziom istotności statystycznej. V- siła efektu V Cramera

Seria analiz testami Chi- kwadrat niezależności wykazała, że stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej powiązany był istotnie statystycznie z jej stosowaniem $\chi^2(4)=77,74$; $p<0,001$; $V=0,42$. Mężczyźni, którzy mieli pozytywny stosunek do wstrzemięźliwości częściej ją stosowali w stałych związkach.

Stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej korelował również z chęcią polecenia jej innym parom $\chi^2(16)=222,47$; $p<0,001$; $V=0,47$. Badani, którzy mieli pozytywny stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej częściej zarekomendowaliby jej stosowanie innym parom.



Wykres nr 7. Stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej a deklaracja polecenia jej innym parom

Nie wykazano natomiast, żeby stosunek do wstrzemięźliwości w grupie badanych mężczyzn był powiązany z inicjatywą wstrzemięźliwości $\chi^2(8)=5,94$; $p=0,654$; $V=0,14$.

5. Omówienie wyników i dyskusja

Przeprowadzone analizy wskazują, że stosowanie abstynencji seksualnej jest istotną formą kształtującą życie seksualne mężczyzn żyjących w stałych związkach, co koresponduje z wynikami innych badań (Irfan et al., 2020; Kim et al., 2009; Vande Vusse et al., 2003). W przebadanej grupie mężczyzn okresową wstrzemięźliwość seksualną stosowało 57% badanych, zaś 90% z nich zadeklarowało jej stosowanie w obecnie trwającym związku. Niemal połowa grupy badanej (47%) stosowała okresową abstynencję regularnie, a 35%

badanych stosowało ją przynajmniej raz w miesiącu. Uzyskane wyniki wskazują, że częstość stosowania okresowej abstynencji dodatnio korelowała ($p < 0,001$) z bardziej pozytywnym stosunkiem badanych mężczyzn do okresowej wstrzemięźliwości.

Częstość wykorzystywania okresów abstynencji seksualnej jako jednej z form przeżywania własnej seksualności dowodzi konieczności doprecyzowania stosowanych w nauce definicji abstynencji seksualnej. O ile funkcjonujące określenia dotyczące rodzajów abstynencji seksualnej (okresowa/stała oraz pierwotna/wtórna) są stosunkowo precyzyjne (Alhassan, Dodoo, 2020; Irfan et al., 2020), to opisany we wprowadzeniu do niniejszej pracy dysonans pojęciowy dotyczący rozumienia rdzenia pojęciowego *abstynencja seksualna/wstrzemięźliwość seksualna*, ma również swoją egzemplifikację w uzyskanych wynikach badań własnych, jak również w wynikach innych badaczy (Irfan et al., 2020).

O ile zdecydowana większość badanych mężczyzn (64%) zadeklarowała klasyczne rozumienie pojęcia wstrzemięźliwość seksualna (jako całkowity brak aktywności seksualnej), to istotna grupa respondentów (36%) wskazała na węższe definiowanie tego pojęcia, dopuszczające stosowanie m.in. zachowań autoseksualnych lub ograniczające definicję abstynencji seksualnej wyłącznie do powstrzymywania się od aktu seksualnego. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na konieczność wystandaryzowania pojęcia *abstynencja seksualna/wstrzemięźliwość seksualna*. Poza potocznym rozumieniem, na potrzebę uregulowania definicyjnego pojęcia *abstynencja seksualna* wskazuje się w szczególności w kontekście obszaru badawczego (Irfan et al., 2020).

Jak pokazały przeprowadzone badania, sposób rozumienia pojęcia *wstrzemięźliwość seksualna* istotnie statystycznie korelował z deklarowanym pozytywnym lub negatywnym stosunkiem do samej abstynencji seksualnej, zarówno w grupie badanej ($p < 0,05$), jak również ogółem w grupie uczestników badania ($p < 0,01$). W obu tych grupach pozytywny stosunek do okresowej wstrzemięźliwości seksualnej korelował z klasycznym rozumieniem pojęcia *wstrzemięźliwość seksualna*, jako całkowitym braku jakiegokolwiek aktywności seksualnej. Pozytywny stosunek do wstrzemięźliwości seksualnej dodatnio korelował również z deklaracją rekomendacji wstrzemięźliwości seksualnej innym parom ($p < 0,001$). Nie wykazano natomiast, żeby pozytywny lub negatywny stosunek do wstrzemięźliwości w grupie badanych mężczyzn korelował z tym, kto w danym związku był inicjatorem podjęcia okresowej abstynencji seksualnej.

Tematyka badawcza dotycząca abstynencji seksualnej, również osób żyjących w stałych związkach, jest eksplorowana stosunkowo rzadko, na co wskazują badacze tego obszaru (Alhassan, Dodoo, 2020; Kim et al., 2009), pomimo, że okresy abstynencji seksualnej

są naturalną komponentą kształtującą życie seksualne każdego człowieka, ze względu na etapowość jego rozwoju biologicznego i psychofizycznego oraz ze względu na dokonywane wybory życiowe lub uwarunkowania kondycji zdrowotnej czy rodzinnej. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność nie tylko dalszej pogłębionej analizy zjawiska, ale przede wszystkim na potrzebę edukacji o uwarunkowaniach i wartości okresów abstynencji seksualnej w życiu człowieka (którą niektórzy autorzy poddają krytyce (Buse, et al.,2016), w szczególności jako skutecznej formie profilaktyki części zaburzeń zdrowia seksualnego (Yakubu et al., 2019).

Bibliografia:

- Alhassan, N., Dodoo, F.N. (2020). Predictors of primary and secondary sexual abstinence among never-married youth in urban poor Accra, Ghana, *Reproductive Health*, 17 (1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0885-4>
- Beutel, M.E., Burghardt, J., Tibubos, A.N., Klein, E.M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2018). Declining Sexual Activity and Desire in Men-Findings From Representative German Surveys, 2005 and 2016, *The Journal of Sexual Medicine*, 15 (5), 750-756. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.010>.
- Buse, K., Hildebrand, M., Hawkes, S. (2016). A farewell to abstinence and fidelity?, *Lancet Glob Health*, 4 (9), 599-600. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30138-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30138-3).
- Christensen, B.S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C., Frisch, M. (2011). Associations between physical and mental health problems and sexual dysfunctions in sexually active Danes, *The Journal of Sexual Medicine*, 8 (7), 1890-1902. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02145.x>.
- Corona, G., Lee, D.M., Forti, G., et al. (2010). Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS), *The Journal of Sexual Medicine*, 7 (4Pt1), 1362-1380. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01601.x>.
- Donnelly, D., Burgess, E., Anderson, S., Davis, R., Dillard J. (2001). Involuntary celibacy: A life course analysis, *Journal of Sex Research*, 38 (2), 159-169. <https://doi.org/10.1080/00224490109552083>.
- Donnelly, D.A., Burgess, E.O. (2008). The Decision to Remain in an Involuntarily Celibate Relationship, *Journal of Marriage and Family*, 70, 519-535.
- Irfan, M., Hussain, N.H.N., Mohd Noor, N., Mohamed, M., Bahari Ismail, S. (2020). Sexual Abstinence and Associated Factors Among Young and Middle-Aged Men: A Systematic Review, *The Journal of Sexual Medicine*, 17, 412-430.

- Kim, J.H., Lau, J.T., Cheuk, K.K. (2009). Sexlessness among married Chinese adults in Hong Kong: prevalence and associated factors, *The Journal of Sexual Medicine*, 6 (11), 2997-3007. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01367.x>.
- Kim, J.H., Tam, W.S., Muennig, P. (2017). Sociodemographic Correlates of Sexlessness Among American Adults and Associations with Self-Reported Happiness Levels: Evidence from the U.S. General Social Survey, *Archives of Sexual Behavior*, 46 (8), 2403-2415. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0968-7>.
- Lew-Starowicz, Z. (2000). *Seks w jesieni życia*, Warszawa: Bellona.
- Vande Vusse, L., Hanson, L., Fehring, R.J., Newman, A., Fox, J. (2003). Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics, *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2), 171-176. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00171.x>.
- Wawrzyniak, J. (2011). Seksualność osób 50 plus – wybrane konteksty analizy zjawiska, *Edukacja Dorosłych*, 1, 65-75.
- Yakubu, I., Garmaroudi, G., Sadeghi, R., Tol, A., Yekaninejad, M.S., Yidana, A. (2019). Assessing the impact of an educational intervention program on sexual abstinence based on the health belief model amongst adolescent girls in Northern Ghana, a cluster randomised control trial, *Reproductive Health*, 16 (1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0784-8>.

Mgr Iwona Kiersnowska, <https://orcid.org/0000-0001-5615-367X>
Klinika Położnictwa i Perinatologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Mgr Daria Walewska, <https://orcid.org/0000-0003-4760-5990>
Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Dr n. med. Grażyna Bączek, <https://orcid.org/0000-0001-7897-9499>
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Wydział Nauk o Zdrowiu WUM

Prof. dr hab. n. med. Piotr Węgrzyn, <https://orcid.org/0000-0002-9876-8493>
Klinika Położnictwa i Perinatologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zachowania zdrowotne pierworódek po 35 roku życia

Health behaviour of primiparous over 35 years of age

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.303>

Abstrakt: Macierzyństwo po 35 roku życia, kiedyś częściej spotykane w krajach rozwiniętych, staje się normą na całym świecie. Wraz z rozwojem możliwości metod wspomaganego rozrodu (ART), rośnie wśród społeczeństwa przekonanie o możliwości przesunięcia w czasie planów związanych z macierzyństwem. Stwierdzono związek pomiędzy niepłodnością męską i żeńską a późniejszym zdrowiem oraz wpływie czynników genetycznych, hormonalnych i stylu życia. *Materiał i metody:* Badanie porównuje grupę pierworódek po zapłodnieniu metodą naturalną (n=128) oraz metodami technik wspomaganego rozrodu (n=49) w zakresie ich zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne) za pomocą standaryzowanego kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego.

Wyniki: W obu grupach przed zajściem w ciążę, kobiety leczyły się metodami operacyjnymi, z powodu niepłodności. W grupie kobiet po zapłodnieniu ART, statystycznie częściej ciąża była bliźniacza (11% vs. 0,8%, p=0,001) oraz wystąpiły cukrzyca ciężarnych (31% vs. 12%, p=0,002) i nadciśnienie indukowane ciążą (16% vs. 6%, p=0,046). Wartość średnia IZZ nie różni się statystycznie w obu grupach i wynosi 92,61±9,87, co odpowiada wysokiemu poziomowi zachowań zdrowotnych. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi (4,01 w grupie po zapłodnieniu ART, oraz 4,02 u kobiet po zapłodnieniu naturalnym), nastawieniu psychicznym (odpowiednio 3,81 vs. 3,84), zachowaniach profilaktycznych (odpowiednio 3,81 vs. 3,84) oraz praktykach zdrowotnych (3,76 vs. 3,66). *Wnioski:* Pierworódki po 35 roku życia prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie nawyków żywieniowych nie wynikających z sposobu zapłodnienia, leczenia niepłodności, problemów zdrowotnych w czasie ciąży, sposobu porodu oraz czasu hospitalizacji okołoporodowej.

Słowa kluczowe: techniki wspomaganego rozrodu, zaawansowany wiek matki, zachowania zdrowotne

Abstract: Background: Motherhood over 35 once more common in developed countries is becoming the rule all over the world. With the development of the possibilities of assisted reproductive technologies (ART), there is a rising belief that maternity plans can be postponed. A connection between male and female infertility and later health and the influence of genetic and hormonal factors and lifestyle has been found. *Material and methods:* The study compares a two group of primiparous after with the natural fertilization (n=128) and methods of assisted reproductive technology (n=49) for the

assessment health behaviors (proper nutritional habits, positive mental attitude, preventive behaviors, health practices) by means of a standardized questionnaire of the Juczyński Health Behavior Inventory (HBI). Results: Both groups were treated with surgical methods before pregnancy due to infertility. In the group of women after ART fertilization, statistically more often pregnancy was twin (11% vs. 0.8%, $p=0.001$) and gestational diabetes (31% vs. 12%, $p=0.002$) and pregnancy induced hypertension (16% vs. 6%, $p=0.046$) was observed. The mean value of HBI does not differ statistically in both groups and is 92.61 ± 9.87 , which corresponds to a high level of health behaviour. There were no statistically significant differences between proper nutritional habits (4.01 in the group after ART fertilization and 4.02 in women after natural fertilization), positive mental attitude (3.81 vs. 3.84 respectively), preventive behaviors (3.81 vs. 3.84) and health practices (3.76 vs. 3.66). *Conclusions:* Primiparous over 35 years of age presenting a high level of health behaviours, especially in field of proper nutritional habits.

Keywords: advanced maternal age, assisted reproductive technologies, health behaviours

1. Wprowadzenie do badań własnych

Macierzyństwo po 35 roku życia, kiedyś częściej spotykane w krajach rozwiniętych, staje się normą na całym świecie. Najczęstszą przyczyną odkładania na przyszłość planów prokreacyjnych jest trudność w znalezieniu odpowiedniego partnera, chęć edukacji i utrzymania pracy oraz niepewna sytuacja ekonomiczna. Jedną z konsekwencji odraczania macierzyństwa jest niepłodność, której częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem kobiety, a co za tym idzie wiekiem jej partnera. Wraz z rozwojem możliwości metod wspomaganego rozrodu (ART), rośnie wśród społeczeństwa przekonanie o możliwości przesunięcia w czasie planów związanych z macierzyństwem (Eriksson i in., 2013; Regushevskaya i in., 2013).

Niepłodność dotyka 10-15% par, stając się jedną z najczęściej występujących chorób w wieku reprodukcyjnym. Stwierdzono związek pomiędzy niepłodnością męską i żeńską a późniejszym zdrowiem oraz wpływie czynników genetycznych i hormonalnych i stylu życia (Cedars i in., 2017). Zdiagnozowanie przyczyn i zastosowanie wsparcia farmakologii i procedur chirurgicznych pozwala na wyeliminowanie zdiagnozowanych chorób mogących mieć wpływ na płodność. Zastosowanie metod ART. jest rekomendowane nie wcześniej niż po 12 miesiącach leczenia zachowawczego (Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności; 2015).

Liczba kobiet, u których zastosowano techniki ART. systematycznie wzrasta w całej Europie. W ostatnich latach rzadziej stosuje się transfer z więcej niż jednym zarodkiem, co powoduje spadek wskaźnika mnogich ciąży. Coraz większe zastosowanie natomiast znajduje transfer zamrożonych zarodków (FER) w porównaniu z metodami zapłodnienia pozaustrojowego (IVF) przy niezmienionej liczbie inseminacji wewnątrzmacicznych (IUI) (Wyns i in., 2020).

Badania wskazują na częstsze występowanie nadciśnienia indukowanego ciążą oraz cukrzycy ciążowej po 35 roku życia (Claramonte Nieto i in., 2019; Sheen i in., 2018).

Zagrożenia płynące zaawansowanego wieku matki powoduje że ciąża u kobiet po 35 roku życia jest zakwalifikowana jako ciąża wysokiego ryzyka (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r.).

Dodatkowy, równie istotny jak stan zdrowia wpływ na płodność ma styl życia kobiety. Wzrasta świadomość kobiet że palenie tytoniu, spożywanie alkoholu i kofeiny mają negatywny wpływ na zdrowie, zmniejszając szansę na zajście w ciążę, szczególnie wśród kobiet u których zastosowano techniki ART. Nawyki żywieniowe z kolei mogą mieć bezpośredni, niekorzystny wpływ na stan zdrowia powodując problemy na przykład z otyłością, która jest uznana za jedną za przyczyn niepłodności. Równie ważnym czynnikiem jest przewlekły stres związany z współczesnym tempem życia (Haakstad i in., 2020; Sharma i in., 2013; Zeinab i in., 2015). Większość badań skupia się na porównaniu grupy kobiet po 35 roku życia (AMA) pod względem rodności oraz wieku. Ponieważ kobiety, które rodzą swoje pierwsze dziecko po 35 roku życia mają większe obciążenia zdrowotne wynikające z wieku oraz z zachowań zdrowotnych, postanowiono porównać grupę pierworódek po zapłodnieniu metodą naturalną oraz metodami ART w zakresie ich zachowań zdrowotnych.

2. Badania własne

2.1. Materiał i metody

Celem badania było ustalenie i porównanie poziomu zachowań zdrowotnych kobiet po 35 roku życia będących po zapłodnieniu naturalnym i kobiet po rozrodzie wspomaganym oraz ustalenie czy zmienne kliniczne takie jak metoda zapłodnienia, leczenie niepłodności, problemy zdrowotne w czasie ciąży, sposób porodu oraz czas hospitalizacji korelują z ich poziomem zachowań zdrowotnych.

Badanie przeprowadzono w okresie od lutego 2018 do lutego 2020 w dwóch warszawskich szpitalach o trzecim stopniu referencyjności. Zastosowano technikę sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Kwestionariusz IZZ jest przeznaczony do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych jak i chorych i zawiera 24 pytania w 5 stopniowej skali Likerta. Podział na 4 kategorie: pozytywne nastawienie psychiczne, które bada unikanie stresu i silnych emocji; zachowania profilaktyczne, które świadczą o przestrzeganiu zaleceń zdrowotnych; prawidłowe nawyki żywieniowe, które uwzględniają jakość spożywanej żywności oraz praktyki zdrowotne, oceniające aktywność fizyczną, jakość snu i rekreacji, pozwala na ogólną ocenę nasilenia zachowań zdrowotnych. Wynik dzięki zastosowaniu skali stenowej możemy zakwalifikować jako niski (1-4 sten), przeciętny (5-6 sten) lub wysoki (7-10 sten)

poziom zachowań zdrowotnych (Juczyński, 2012). Badanie obejmuje okres ostatniego roku czyli czas tuż przed zajściem w ciążę oraz cały okres ciąży. Zgodność wewnętrzna kwestionariusza obliczona za pomocą Alfa Cronbacha wyniosła 0,71 a współczynnik rho 0,78.

Kryteriami włączenia do badania była zgoda na udział w badaniu, ukończony 35 rok życia, ukończony 22 tydzień ciąży w chwili urodzenia dziecka, poród pierwszego dziecka oraz znajomość języka polskiego umożliwiającą zrozumienie i wypełnienie kwestionariusza. Kryterium wyłączenia z badania był brak zgody na uczestnictwo w badaniu, nieukończony 35 rok życia, ukończenie ciąży przed 22 tygodniem, poród kolejnego dziecka oraz nieznanostwo języka polskiego. Dodatkowym kryterium włączenia w przypadku jednej grupy było zapłodnienie drogą naturalną a w przypadku drugiej grupy przebycie rozrodu wspomaganego. Badanie przeprowadzono wśród kobiet hospitalizowanych po porodzie na oddziale położniczym. Każda pacjentka przed wypełnieniem kwestionariusza była poinformowana o celu i zakresie badania, wypełnienie kwestionariusza IZZ potraktowano jako zgodę na uczestnictwo.

Informacje dotyczące wywiadu ogólnego, przebiegu ciąży, porodu i wczesnego położu uzyskano z dokumentacji medycznej w postaci historii chorób pacjentek.

Poziom zwrotności kwestionariusza wynosił 66% wśród kobiet po zapłodnieniu naturalnym oraz 30% wśród kobiet po zapłodnieniu metodami ART. Po odrzuceniu 6 kwestionariuszy, które zawierały niepełne dane poddano analizie dane dotyczące problemów zdrowotnych w ciąży 49 matek po zapłodnieniu ART. oraz 128 matek po zapłodnieniu naturalnym.

Nadciśnienie indukowane ciążą (PIH) określono jako wystąpienie ciśnienia tętniczego powyżej 140/90 w kilku powtórzonych pomiarach. Otyłość obliczono na podstawie wzrostu i wagi pacjentki na początku ciąży i zdefiniowano jako poziom BMI powyżej 25. Cukrzycę ciążową (GDMG) określono na podstawie nieprawidłowego wyniku testu obciążenia glukozą. Okołoporodowy czas hospitalizacji zdefiniowano jako ciągłą liczbę dni hospitalizacji pacjentki od momentu przyjęcia do szpitala do wypisu po porodzie (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r.).

Obliczenia wykonano za pomocą programu Statistica 13.1. Przyjęto poziom istotności statystycznej jako 0,05, a moc testu 80%. Normalność rozkładu zmiennych zbadano testem Shapiro-Wilka. Zmienne jakościowe porównano testem χ^2 , a zmienne ilościowe testem U Manna-Whitneya uwzględniając poprawkę na ciągłość przy niskich licznosciach. Korelacje pomiędzy zmiennymi zbadano testem R Spearmana. Wyniki przedstawiona jako mediany oraz wartości minimalne i maksymalne lub średnią i odchylenie standardowe przy zmiennych ilościowych oraz jako liczby i procent z całości przy zmiennych nominalnych.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego AKBE/214/2017.

2.2. Wyniki

Charakterystykę badanych grup przedstawiono w tabeli nr 1.

Tabela nr 1. Charakterystyka badanych grup

	Kobiety po zapłodnieniu metodami ART. (n=49)	Kobiety po zapłodnieniu naturalnym (n=128)	wartość p
wiek	38 (35-45)	37 (35-43)	0,358
operacyjne leczenie niepłodności			
laparoscopia	11 (23%)	17 (13%)	0,119
histeroscopia	8 (17%)	9 (7%)	0,066
ilość IVF w wywiadzie			
1	21 (46%)	1 (0,8%)	0,000*
2 i więcej	10 (20%)	0	
ilość inseminacji w wywiadzie			
1	3 (6%)	0	0,000*
2 i więcej	5 (6%)	0	
metoda zapłodnienia			
IVF	45 (93%)	-	
stymulacja owulacji	3 (5%)	-	
inseminacja	1 (2%)	-	
tydzień ciąży w momencie porodu	38 (31-41)	39 (28-41)	0,088
ilość płodów			
1	44 (89%)	127 (99,2%)	0,001*
2	5 (11%)	1 (0,8%)	
droga porodu			
drogami natury	19 (40%)	66 (51%)	0,156
cięciem cesarskim	30 (60%)	62 (49%)	
problemy zdrowotne w ciąży			
otyłość	7 (14%)	4 (3%)	0,010*
PIH	8 (16%)	8 (6%)	0,046*
GDMG	15 (31%)	15 (12%)	0,002*
czas hospitalizacji okołoporodowej	7 (2-50)	6 (2-32)	0,568

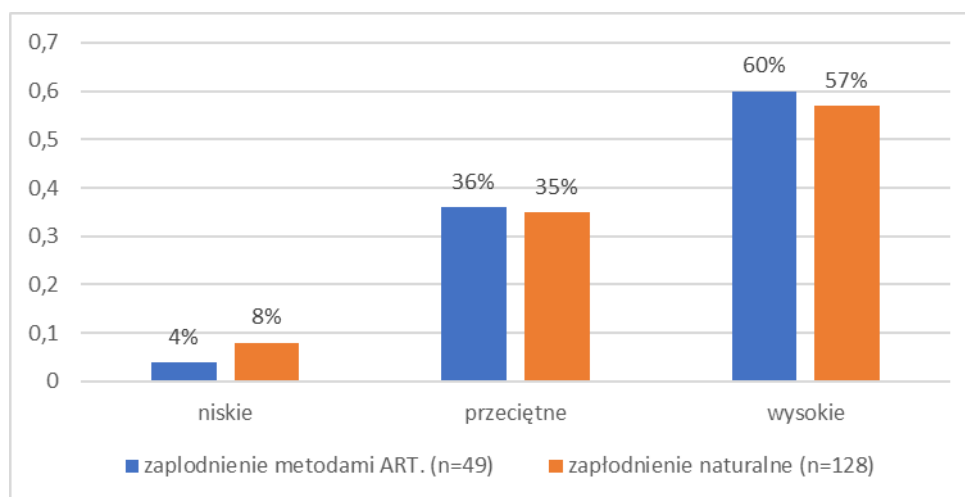
*istotność statystyczna (p<0,05)

Kobiety w obu grupach były w podobnym wieku, najstarsza w grupie ART. miała 45 lat a w grupie po zapłodnieniu naturalnym 43 lat. W obu grupach przed zajściem w ciążę leczyły się metodami operacyjnymi, takimi jak laparoscopia i histeroscopia z powodu niepłodności. Kobiety z grupy ART. istotnie statystycznie częściej stosowały wcześniej wspomagane techniki rozrodu takie jak zapłodnienie in vitro oraz inseminację (60% vs 0,8%). W grupie ART. najczęściej występowało zapłodnienie metodą in vitro (n=43, 96%), rzadziej stymulacja owulacji (n=3, 6%) oraz inseminacja (n=1, 2%).

Ciąża bliźniacza wystąpiła istotnie statystycznie częściej po zapłodnieniu metodami ART. (11% vs. 0,8%). Respondentki urodziły dzieci w terminie porodu, mediana w grupie ART. wyniosła 38, a w grupie po zapłodnieniu naturalnym 39 tygodni. Taka sama również była mediana ilości dni hospitalizacji okołoporodowej, która wyniosła 7 dni zarówno u matek z grupy ART. jak i u matek po zapłodnieniu naturalnym.

Istotnie częściej zaobserwowanym powikłaniem ciąży w grupie ART były cukrzyca ciążowych, występująca u 31% matek w grupie ART. (n=15) oraz 12% (n=15) w grupie po zapłodnieniu naturalnym, otyłość na początku ciąży (13% w grupie ART. oraz 3% w grupie po zapłodnieniu naturalnym) oraz nadciśnienie indukowane ciążą (16% w grupie ART. oraz 6% w grupie po zapłodnieniu naturalnym).

Przeważająca większość badanych kobiet, bo 60% w grupie ART. oraz 57% w grupie po zapłodnieniu naturalnym prezentowało wysokie zachowania zdrowotne. Przeciętny poziom prezentowało około 1/3 kobiet (odpowiednio 36% i 35%) a u niewielkiej liczby respondentek występował niski poziom (odpowiednio 4% i 8%) (Wykres nr 1).



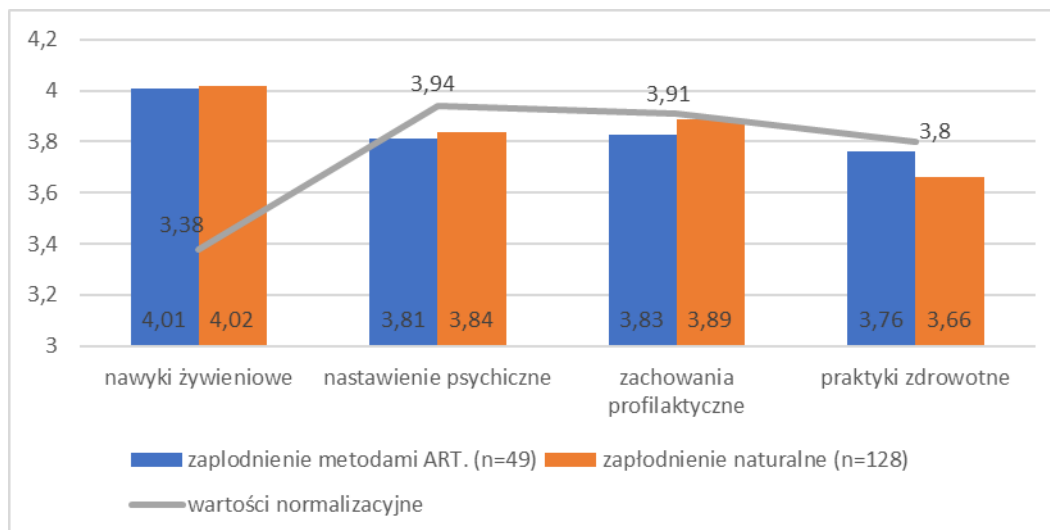
Wykres nr 1. Rozkład wartości stenowych zachowań zdrowotnych w grupie kobiet po zapłodnieniu naturalnym i ART

Wartość średnia IZZ w obydwu badanych grupach wynosi powyżej 92 co odpowiada 7 stenowi. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi w poszczególnych obszarach pomiędzy badanymi grupami (Tabela nr 2).

Tabela nr 2. Wyniki IZZ w podziale na grupy

	zmienna	zapłodnienie metodami ART. (n=49)		zapłodnienie naturalne (n=128)		
		M	SD	M	SD	
	Wskaźnik zachowań zdrowotnych	92,83	9,10	92,39	10,63	
prawidłowe nawyki żywieniowe	1. Jem dużo warzyw, owoców	4,40	0,61	4,47	0,64	,877
	5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	3,49	1,03	3,57	1,08	
	9. Dbam o prawidłowe odżywianie	4,13	0,77	4,14	0,75	
	13. Unikam spożywania żywności z konserwantami	3,94	0,93	4,02	0,97	
	17. Unikam soli i silnie solonej żywności	3,67	1,05	3,64	1,10	
	21. Jem pieczywo pełnoziarniste	4,49	0,59	4,30	0,98	
pozytywne nastawienie psychiczne	3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3,38	0,85	3,62	1,00	,531
	7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3,73	0,93	3,71	0,92	
	11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	3,64	0,85	3,45	0,99	
	15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	4,69	0,66	4,69	0,57	
	19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,58	0,83	3,51	0,94	
	23. Myślę pozytywnie	3,94	0,70	4,01	0,83	
zachowania profilaktyczne	2. Unikam przeziębień	4,38	0,95	4,25	0,89	,236
	6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	2,45	1,54	2,63	1,66	
	10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	4,60	0,68	4,61	0,65	
	14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	4,11	0,96	4,12	1,00	
	18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	3,09	1,10	3,38	1,14	
	22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	4,36	0,70	4,37	0,81	
praktyki zdrowotne	4. Wystarczająco dużo odpoczywam	3,55	0,93	3,55	0,81	,232
	8. Unikam przepracowania	3,11	0,98	2,88	1,02	
	12. Kontroluję swoją wagę ciała	4,09	1,02	3,80	0,96	
	16. Wystarczająco dużo śpię	3,85	1,00	3,83	0,81	
	20. Ograniczam palenie tytoniu	4,94	0,32	4,70	0,87	
	24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	3,04	1,10	3,20	0,97	

Na wykresie nr 2 przedstawiono wartości średnie zachowań zdrowotnych w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych w połączeniu ze średnimi wartościami uzyskanymi w grupie normalizacyjnej – kobiet w ciąży powikłanej.



Wykres nr 2. Zachowania zdrowotne kobiet po zapłodnieniu metodą naturalną i ART

Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy wiekiem, otyłością na początku ciąży, wystąpieniem cukrzycy ciężarnych i nadciśnienia tętniczego w ciąży oraz metodą zapłodnienia, leczeniem niepłodności, sposobem porodu i czasem hospitalizacji a zachowaniami zdrowotnymi matek.

2.3. Dyskusja

Odsetek cięć cesarskich wzrasta u kobiet po 35 roku życia zarówno w pojedynczych jak i bliźniaczych ciążach, co można zaobserwować również w badaniu własnym, gdzie poród drogą cięcia cesarskiego odbył się u ponad połowy respondentek (n=96, 52%) (Kenny i in., 2013; Wang i in., 2011). W badaniu Kalayci (2017), kobiety po 35 roku życia po zapłodnieniu naturalnym i metodami ART. różniły się wyłącznie w zakresie wyższych wartości BMI oraz mniejszym odsetkiem palących matek w grupie ART. (tamże). Wśród respondentek w grupie ART. częściej obok otyłości występowały również cukrzyca ciężarnych i nadciśnienie indukowane ciążą.

Kobiety w ciąży powikłanej uzyskały jeden z najwyższych wyników ($90,18 \pm 12,78$) w badaniu IZZ u Juczyńskiego (2012) w grupach zróżnicowanych pod względem płci oraz stanu zdrowia, odzwierciedlając przeciętne zachowania zdrowotne (sten 6). W badaniu Pilewskiej-Kozak (2018), kobiety w ciążach mnogich osiągają poziom $93,9 \pm 10,8$ wskazując na wysoki poziom zachowań zdrowotnych (7 sten). Średnia w badaniu własnym wyniosła $92,61 \pm 9,87$ również klasyfikując się na poziomie 7 stena.

Respondentki wykazują podobny poziom zachowań zdrowotnych w obu grupach w zakresie nastawienia psychicznego (3,83 vs 3,94), praktyk zdrowotnych (3,71 vs 3,80) i zachowań profilaktycznych (3,83 vs 3,91), natomiast znacznie wyższy wynik

zaobserwowano w zakresie nawyków żywieniowych (4,02 vs 3,38), w porównaniu do grupy kobiet w ciąży powikłanej (Juczyński, 2012).

Najwyższy wynik w badaniu własnym uzyskano w obszarze nawyków żywieniowych ($M=4,02$). Przestrzeganie zasad zdrowego odżywiania przy ograniczaniu słonych i słodkich przekąsek oraz przetworzonej żywności, deklaruje większość kobiet ciężarnych w przeprowadzonym badaniu Ługowskiej i Kolanowskiego (2019), dotyczącym zachowań żywieniowych. Interesującym spostrzeżeniem jest częstsze spożywanie przez ciężarne pieczywa białego niż pełnoziarnistego (tamże). W badaniu własnym pytanie o spożywanie pieczywa pełnoziarnistego uzyskało jeden z najwyższych wyników ($4,49\pm 0,59$ u kobiet z grupy ART. i $4,30\pm 0,98$ u kobiet po zapłodnieniu naturalnym).

Największy procent wariancji w badaniu IZZ wyjaśniają stwierdzenia dotyczące pozytywnego nastawienia psychicznego gdzie jednym z ważnych aspektów jest uregulowane życie rodzinne i posiadanie przyjaciół. Zgodnie z badaniem Nilsena wraz z wiekiem pierworódek znacznie wzrasta częstość kontaktów z rodziną i przyjaciółmi (Nilsen i in., 2012; por. także: Juczyński, 2012). Respondentki również deklarują uregulowane życie rodzinne i kontakty z przyjaciółmi ($4,69\pm 0,66$ u kobiet z grupy ART. i $4,69\pm 0,57$ u kobiet po zapłodnieniu naturalnym).

Badania wykazują że kobiety po 35 roku życia zgłaszają zwiększony poziom lęku o zdrowie własne i swojego dziecka niż młodsze matki a sposób zapłodnienia metodami ART. jest dodatkowym czynnikiem zwiększającym lęk bez względu na wiek (Bayrampour i in., 2012; McMahon i in., 2011). Może z tego wynikać przestrzeganie zaleceń lekarskich ($4,60\pm 0,68$ u kobiet z grupy ART. i $4,61\pm 0,65$ u kobiet po zapłodnieniu naturalnym) oraz regularne zgłaszanie się na wizyty lekarskie ($4,11\pm 0,96$ u kobiet z grupy ART. i $4,12\pm 1,00$ u kobiet po zapłodnieniu naturalnym) u naszych respondentek. Należy podkreślić że badanie IZZ skupia się na stopniu radzenia sobie ze stresem i silnymi emocjami oraz negatywnymi uczuciami nie oceniając skali ich poziomu.

Kobiety starające się o zajście w ciążę mają świadomość istotności suplementacji kwasu foliowego oraz unikania spożywania alkoholu i palenia tytoniu a częstość stosowania się do tych zaleceń wzrasta wraz z ich wiekiem (Chuang, i in. 2011). Matki na całym świecie, niezależnie od wieku mają również świadomość dotyczącą szkodliwości palenia tytoniu w ciąży (Tandberg i in., 2015; Vo i in., 2016). Znajduje to odzwierciedlenie również w naszym badaniu, gdzie aż 155 respondentek ($n=45$, 96%, w grupie po zapłodnieniu ART., oraz $n=110$, 86% po zapłodnieniu naturalnym), deklarowało brak palenia papierosów.

Wnioski

Wysoki poziom zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie nawyków żywieniowych wśród kobiet rodzących swoje pierwsze dziecko po 35 roku życia nie zależy od sposobu zapłodnienia, leczenia niepłodności, problemów zdrowotnych w czasie ciąży, sposobu porodu oraz czasu hospitalizacji okołoporodowej.

Bibliografia:

- Bayrampour, H., Maureen, H. Duncan, K., Tough, S. (2012). Comparison of Perception of Pregnancy Risk of Nulliparous Women of Advanced Maternal Age and Younger Age, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57 (445-53). <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00188.x>.
- Cedars, M., Taymans, S., DePaolo, L., Warner, L., Moss, S. Eisenberg, M. (2017). The sixth vital sign: what reproduction tells us about overall health. Proceedings from a NICHD/CDC workshop, *Human reproduction open*, 2017 (hox008). <https://doi.org/10.1093/hropen/hox008>.
- Chuang, C., Hillemeier, M., Dyer, A-M., Weisman, C. (2011). The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors, *Preventive Medicine*, 53 (85-88). <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.04.009>.
- Claramonte Nieto, M., Meler Barrabes, E., Garcia Martínez, S., Gutiérrez Prat, M., Serra Zantop, B. (2019). Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (342). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2415-3>.
- Eriksson, C., Larsson, M., Skoog Svanberg, A., Tydén, T. (2013). Reflections on fertility and postponed parenthood—interviews with highly educated women and men without children in Sweden, *Upsala Journal of Medical Sciences*, 118 (122-29). <https://doi.org/10.3109/03009734.2012.762074>.
- Haakstad, L., Voldner, N. Bø. K. (2020). Pregnancy and advanced maternal age—The associations between regular exercise and maternal and newborn health variables, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99, 240-248. <https://doi.org/10.1111/aogs.13738>.
- Hakan, K., Ozdemir, H., Alkas, D., Cok, T., Tarim, E. (2017). Is primiparity a risk factor for advanced maternal age pregnancies?, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30 (1283-87). <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1211633>.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kenny, L., Lavender, T., McNamee, R., Sinéad, M., Mills, T., Khashan, A. (2013). Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large

- Contemporary Cohort, *Plos One*, 8. (56583).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056583>.
- Ługowska, K., Kolanowski, W. (2019). The Nutritional Behaviour of Pregnant Women in Poland, *International journal of environmental research and public health*, 16 (4357).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16224357>.
- McMahon, C.A., Boivin, J., Gibson, F.L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., Fisher, J. (2011). Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study, *Human Reproduction*, 26, 1389-1398.
<https://doi.org/10.1093/humrep/der076>.
- Nilsen, A., Waldenström, U., Hjelmsted, A., Rasmussen, S., Schytt, E. (2012). Characteristics of women who are pregnant with their first baby at an advanced age, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 353-362. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01335.x>.
- Pilewska-Kozak, A., Dobrowolska, B., Tkaczuk-Włach, J., Stadnicka, G., Łepecka-Klusek, C., Pałucka, K., Ziółkowska, M. (2018). Evaluation of the health behaviors of women in multiple pregnancies—a preliminary study, *Ginekologia Polska*, 89, 289-294.
<https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0050>.
- Regushevskaya, E., Hemminki, E., Klemetti, R., Rotkirch, A., Karro, H., Haavio-Mannila, E., Miettinen, A. (2013). Postponing births—comparing reasons among women in St Petersburg, Estonia and Finland, *Finnish Yearbook of Population Research*, 48, 127-145.
<https://doi.org/10.23979/fypr.40932>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej Warszawa*, dnia 16 sierpnia 2018 r. Poz. 1756.
- Sharma, R., Biedenharn, K., Fedor, J., Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11 (66).
<https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>.
- Sheen, J., Wright, J., Goffman, D., Kern-Goldberger, A., Booker, W., Siddiq, Z., D'Alton, M., Friedman, A. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219 (390.e1-e15).
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.034>.
- Tandberg, A., Klungsoyr, K., Romundstad, L.B. Skjaerven, R. (2015). Pre-eclampsia and assisted reproductive technologies: consequences of advanced maternal age, interbirth intervals, new partner and smoking habits, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122, 915-922. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13051>.

- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej* Warszawa, dnia 31 lipca 2015 r. Poz. 1087.
- Vo, H., Cheng, D., Cheng, T., Mistry, K. (2016). Health Behaviors Among Women Using Fertility Treatment, *Maternal and Child Health Journal*, 20, 2328-2335. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2056-3>.
- Wang, Y., Tanbo, T., Åbyholm, T., Henriksen, T. (2011). The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284, 31-37. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1587-x>.
- Wyns, C., Bergh, C., Calhaz-Jorge, C., De Geyter, Ch., Kupka, M.S. Motrenko, T., Rugescu, I., Smeenk, J., Tandler-Schneider, A., Vidakovic, S., Goossens, V. (2020). ART in Europe, 2016: results generated from European registries by ESHRE, *Human reproduction open*, (hoaa032). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa032>.
- Zeinab, H., Zohreh, S., Samadaee Gelehkolaee, K. (2015). Lifestyle and Outcomes of Assisted Reproductive Techniques: A Narrative Review, *Global Journal of Health Science*, 7, 11-22. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p11>.

Dr n. med. Alina Trojanowska, <https://orcid.org/0000-0002-4021-7509>
*Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie*

Lek. med. Paulina Trojanowska, <https://orcid.org/000-0002-5289-6473>
*Katedra i Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie*

Dr n. med. Katarzyna Piasecka, <https://orcid.org/0000-0002-3717-5926>
*Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie*

Dr n. med. Agnieszka Sobolewska-Samorek, <https://orcid.org/0000-0002-7974>
Dr hab. prof. UM Danuta Zarzycka, <https://orcid.org/0000-0001-7544-4181>
*Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie*

Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych

Health behavior of pediatric nurses

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.314>

Abstrakt: Zamierzeniem badań było zbadanie i opisanie zachowań zdrowotnych wśród pielęgniarek pediatrycznych. Badania ankietowe przeprowadzono wśród 133 pielęgniarek (średnia wieku $41,9 \pm 11,2$ lat) pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie (średni staż pracy $19,3 \pm 11,9$ lat). W badaniach posłużono się autorską ankietą oraz 3 skalami standaryzowanymi: Punktową Oceną Jadłospisu Starzyńskiej, Inwentarzem Mini - COPE oraz IZZ. Wśród respondentek występowało wiele zachowań antyzdrowotnych, takich jak: nieprzestrzeganie zasad zdrowego żywienia, niedostateczna aktywność fizyczna, zbyt krótki odpoczynek nocny, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem oraz stosowanie używek. Jedynie 2/3 badanych kobiet regularnie wykonywało u siebie badania profilaktyczne. Ponadto zaobserwowano, że umiejętność skutecznego radzenia sobie ze stresem przez ankietowane przyczynia się do zmniejszenia podejmowania przez nie ryzykownych dla zdrowia zachowań. Stwierdzony dość niski poziom zachowań prozdrowotnych wśród pielęgniarek pediatrycznych, mogący w przyszłości chronić ich pacjentów przed podejmowaniem niekorzystnych dla zdrowia zachowań, wskazuje na konieczność intensyfikacji działań edukacyjnych w tym zakresie.

Słowa kluczowe: kobiety, pielęgniarki, profilaktyka, zachowania zdrowotne

Abstract: The intention of the research was to investigate and describe the health behavior of pediatric nurses. The survey was conducted among 133 nurses (mean age 41.9 ± 11.2 years), working at the University Children's Hospital in Lublin (average work experience 19.3 ± 11.9 years). The study used a proprietary survey and 3 standardized scales: the Menu Scoring Method by Starzyńska, the Mini - COPE Inventory and the Health Behavior Inventory. There were many anti-health behaviors among the respondents, such as: non-compliance with the principles of healthy eating, insufficient physical activity, too short night's rest, inability to cope with stress and use of stimulants. Only 2/3 of the surveyed women regularly underwent preventive examinations. Moreover, it was observed that the ability of the respondents to effectively manage stress contributes to the reduction of risk-taking behaviors. The relatively low level of pro-health behavior among pediatric nurses, which in the future may protect their patients from engaging in adverse health behaviors, indicates the need to intensify educational activities in this area.

Key words: women, nurses, prevention, health behaviors

1. Wprowadzenie do badań własnych

Zachowania prozdrowotne są obecnie przedmiotem zainteresowania przedstawicieli wielu różnych dziedzin nauki – nie tylko medycyny, lecz także nauk społecznych, antropologicznych i kulturowych. Źródeł tego zainteresowania należy szukać z jednej strony w postępującym tempie życia i zwiększających się wskaźnikach zapadalności na choroby cywilizacyjne, natomiast z drugiej – w fakcie, że zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne stanowią swoiste świadectwo aktualnych poglądów człowieka na kwestie związane z cielesnością i prowadzonym trybem życia (Colditz, Philpott i Hankinson, 2016).

Najogólniej mówiąc, zachowania prozdrowotne to te, które są związane ze zdrowiem. Innymi słowy, pozostają one w związku z zasadami dotyczącymi zdrowego stylu życia, które są ustalone w zgodzie z obowiązującym aktualnie systemem i poziomem wiedzy. Oznacza to, że poglądy na niektóre zachowania człowieka i ich wpływ na zdrowie mogą zmieniać się na przestrzeni lat (Spring, King i Pagoto, 2015). Zjawisko to dotyczyło m. in. palenia papierosów, które jeszcze w latach 50. i 60. XX wieku uważane było za nieszkodliwe dla ludzkiego organizmu (Konieczny i Rasińska, 2017).

Zachowania prozdrowotne realizowane przez ludzi uzależnione są w dużej mierze od ich płci, wieku, poziomu wykształcenia, indywidualnych przekonań, poglądów i oczekiwań. Ponadto, ludzie mają różne możliwości i formy wdrażania zachowań prozdrowotnych w swoim życiu, które są uwarunkowane poziomem społecznym, poziomem finansowym, wykonywanym zawodem, poziomem wiedzy ogólnej na temat zdrowia itp. (Letvak, 2013).

Niezwykle ważne jest wdrażanie zachowań prozdrowotnych przez przedstawicieli zawodów medycznych, w tym przez pielęgniarki. Istniejące w społeczeństwie wzorce kobiecości, a także oczekiwania związane z pełnioną funkcją zawodową sprawiają, że pielęgniarki z jednej strony w powszechnym mniemaniu uważane są za osoby prowadzące bardziej niż inni prozdrowotny tryb życia, natomiast z drugiej – otoczenie wymaga od nich więcej w tym zakresie (Wood, 2014). Zwiększone wymagania motywowane są tym, że pielęgniarki mają większą wiedzę i świadomość negatywnych konsekwencji zachowań antyzdrowotnych. Rzeczywistość jednak nie zawsze przystaje do powszechnej opinii. Pielęgniarki wykonują ciężką, obciążającą – zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym – pracę, która wywiera negatywny wpływ na ich organizm. Ponadto, często są przeciążone obowiązkami i nie znajdują czasu na wystarczającą dbałość o siebie. Ujemną wartość dla ich zdrowia ma również stres, z którym stykają się na co dzień i który jest nierozzerwalnie związany z ich środowiskiem pracy i wykonywanymi obowiązkami (Popow, Cierzniakowska, Kozłowska i Domeracka, 2018). Powyższe czynniki powodują, że pielęgniarki – nawet jeżeli posiadają większą wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych

niż przeciętny człowiek i zdają sobie sprawę z negatywnych konsekwencji nałogów, stresu lub lekceważenia objawów różnych chorób - w praktyce nie mają możliwości wprowadzania w życie znanych sobie reguł (Tuckett, Henwood i Oliffe, 2016).

Przedmiotem badań są zachowania prozdrowotne pielęgniarek pediatrycznych. Jego wybór podyktowany był z jednej strony chęcią skonfrontowania powszechnej opinii na temat zdrowego trybu życia prowadzonego przez przedstawicieli zawodów medycznych z rzeczywistością, natomiast z drugiej - z pragnieniem zbadania trybu życia prowadzonego przez pielęgniarki stykające się na co dzień w swojej pracy z dziećmi. Ich postawa może mieć niebagatelny wpływ na podopiecznych i kształtowanie ich poglądów na temat zachowań prozdrowotnych.

Pomiar zachowań zagrażających zdrowiu można pomóc w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych.

2. Badania własne

2.1. Cel pracy

Celem badań było zbadanie i opisanie zachowań zdrowotnych wśród pielęgniarek pediatrycznych.

2.2. Materiał i metoda

Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono wśród 133 pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie. Jako narzędzia badawcze wykorzystano autorską ankietę dotyczącą zachowań antyzdrowotnych i danych socjodemograficznych oraz 3 narzędzia standaryzowane, takie jak: Punktowa Ocena Jadłospisu wg Starzyńskiej, Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini - COPE i Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Punktowa Ocena Jadłospisu według Starzyńskiej jest testem, który umożliwia weryfikację tego, czy jadłospis został zaplanowany w prawidłowy sposób. Zgodnie z zaleceniem, punktowej ocenie powinny zostać poddane jadłospisy z siedmiu kolejnych dni. Punktacja przyznawana jest za następujące elementy: liczbę posiłków w ciągu dnia, liczbę posiłków, w których występują produkty dostarczające białka zwierzęcego oraz częstotliwość występowania w posiłkach różnych składników (mleka, serów, warzyw, owoców, razowego pieczywa, kasz oraz roślin strączkowych). Łączna liczba uzyskanych punktów przypisana jest konkretnej ocenie i pozwala na wyciągnięcie wniosków dotyczących ogólnego sposobu odżywiania się (Gawęcki i Hryniewicki, 2008).

Inwentarz do Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem (Mini - COPE) autorstwa Charlesa Carvera w adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej - Bulik. Składa się on z 28 stwierdzeń, które dzielą się na 14 strategii radzenia sobie ze stresem. Każde stwierdzenie podlega 4. punktowej ocenie w skali Likerta od 0 - prawie nigdy tak nie postępuję do 3 - prawie zawsze tak postępuję. Im wyższy wynik, tym dana strategia jest w większym stopniu wykorzystywana do walki ze stresem. Narzędzie to jest wykorzystywane do zbadania, w jaki sposób ankietowani odczuwają stres i reagują na niego, kiedy są postawieni w trudnych sytuacjach (Juczyński, 2009).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygryda Juczyńskiego zawiera 24 stwierdzenia opisując różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem, zawarte w

4 kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zawodowe, pozytywne nastawienie psychiczne. Odpowiedzi są udzielane na 5. punktowej skali Likerta od 1 - prawie nigdy do 5 - prawie zawsze. Wartość punktowa kwestionariusza mieści się w granicach 24-120 pkt. Im wyższy wynik tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych (Juczyński, 2009).

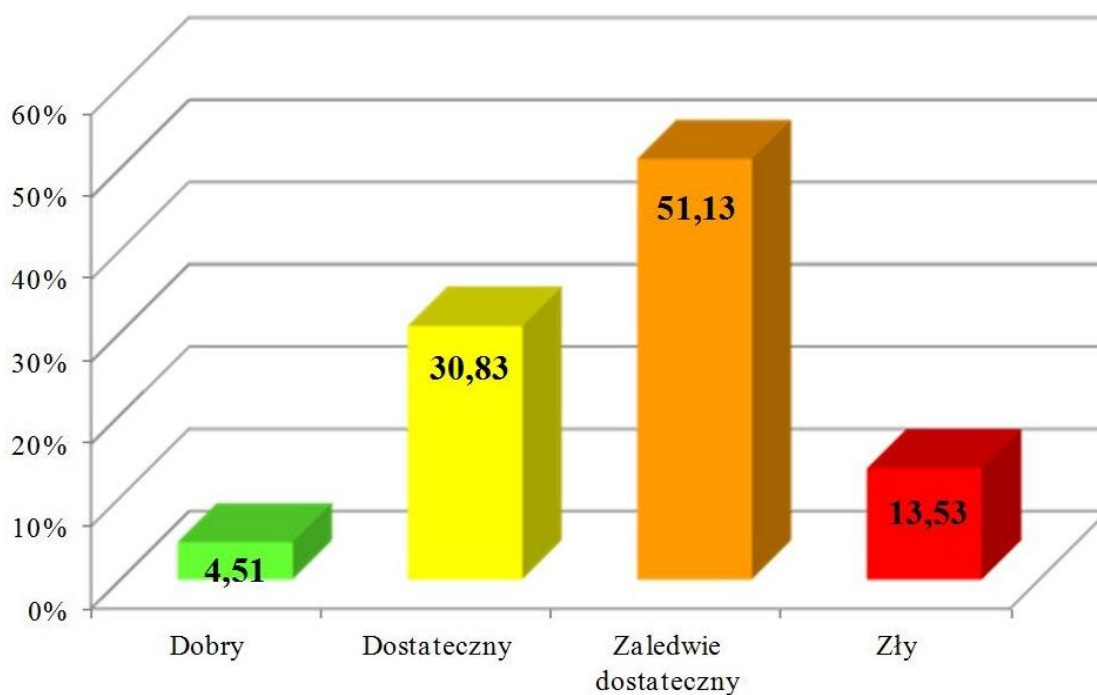
Pytania własne w liczbie 24, dotyczące stylu życia prowadzonego przez pielęgniarki pediatryczne, obejmowały m.in. takie kwestie, jak: znajomość zasad racjonalnego odżywiania się i wdrażanie ich w życie, podejmowane formy aktywności fizycznej, rodzaje i częstotliwość przeprowadzanych badań profilaktycznych, częstotliwość stosowania używek (papierosy, alkohol), stosowanie się do zasad BHP w zakładzie pracy. Metryczka obejmowała 6 pytań. Pytania miały charakter zarówno otwarty jak i zamknięty.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z zastosowaniem programu Statistica 13.0. Istotność różnic między badanymi cechami sprawdzano, w zależności od rozkładu wyników, testami: Chi², U Manna Whitneya (Z) i Kruskala-Wallisa (H). Analizę zależności między wybranymi zmiennymi wykonano przy pomocy współczynnika korelacji Spearmana (R). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badane pielęgniarki były w wieku 21-60 lat (średnia wieku $41,9 \pm 11,2$ lat). W badanej grupie 38,3% stanowiły osoby legitymujące się studiami II stopnia-studia magisterskie, 38,9% ukończyły studia I stopnia-licencjackie i 21,8% posiadało wykształcenie średnie. Miejscem zamieszkania dla 69,9% z nich było miasto, a dla 30,1% wieś. Wśród badanych kobiet było 69,9% mężatek i 30,1% stanu wolnego. Większość z nich posiadała dzieci (61,4%) w liczbie od 1 do 3 (mediana 2), a pozostałe 28,6% nie miały potomstwa. Staż pracy w zawodzie ankietowanych wynosił od 0,5 roku do 39 lat (średnio $19,3 \pm 11,9$ lat).

2.3. Wyniki badań

Średnia ocena jadłospisu badanych pielęgniarek wg Starzyńskiej wyniosła $18,29 \pm 5,48$ pkt. (zakres od 0 do 30 pkt.). Stwierdzono, że tylko 4,51% (n=6) ankietowanych miało dobry jadłospis, 30,83% (n=41) dostateczny, 51,13% (n=68) zaledwie dostateczny, a 13,53% (n=18) zły (Wykres 1).



Wykres nr 1. Punkcowa Ocena Jadłospisu wg Starzyńskiej w badanej grupie pielęgniarek

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowane najczęściej czas wolny spędzały z rodziną (46,62%), natomiast rzadziej ze znajomymi (13,53%), na spacerach (7,52%), na czytaniu gazet lub książek (6,77%) i bardzo rzadko wybierały inne formy odpoczynku takie jak: oglądanie telewizji, bierny odpoczynek na działce, wyjście do kina, teatru, filharmonii, na koncerty itp., wycieczki za miasto, uprawianie sportu, przed monitorem komputera, wyjście do restauracji, zaś 10,53% ankietowanych przyznało, że ma bardzo mało czasu wolnego lub jego brak (Wykres 2).



Wykres nr 2. Formy spędzania czasu wolnego preferowane przez ankietowane pielęgniarki

Stosowanie używek przez badane pielęgniarki szczegółowo przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Częstość stosowania używek przez ankietowane pielęgniarki

Rodzaj używek	Nigdy		Próbowałam		Okazjonalnie		Codziennie	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Napoje energetyzujące (np. Monster, Burn, Red Bull, Tiger)	96	72,18	17	12,78	19	14,29	1	0,75
Papierosy	84	63,16	13	9,77	21	15,79	15	11,28
Piwo	30	22,56	2	1,50	101	75,94	0	0,00
Wino	18	13,54	2	1,50	113	84,96	0	0,00
Wódka	42	31,58	6	4,51	85	63,91	0	0,00
Dopalacze (np. Mocarz, Kosiarz, Funky)	133	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Substancje psychoaktywne (np. LSD, amfetamina, extazy)	132	99,25	1	0,75	0	0,00	0	0,00
Narkotyki (np. marihuana)	130	97,74	3	2,26	0	0,00	0	0,00

*Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowane w największym stopniu do walki ze stresem wykorzystywały strategię wg Mini - COPE: Aktywne Radzenie Sobie, natomiast w najmniejszym stopniu była wykorzystywana strategia: Zazywanie Substancji Psychoaktywnych (Tabela 2).

Tabela nr 2. Ocena strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie pielęgniarek wg Mini - COPE

Strategie radzenia sobie ze stresem Mini - COPE	Średnia	Mediana	Dolny kwartył	Górny kwartył	Odch.std.
Aktywne Radzenie Sobie	2,20	2,00	2,00	3,00	0,67
Planowanie	2,19	2,00	2,00	3,00	0,67
Pozytywne Przewartościowanie	2,01	2,00	1,75	2,25	0,53
Akceptacja	2,01	2,00	1,75	2,38	0,52
Poczucie Humoru	1,69	1,72	1,50	1,90	0,43
Zwrot ku Religii	1,67	2,00	1,00	2,50	0,96
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	2,05	2,00	1,50	2,50	0,75
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	1,95	2,00	1,50	2,50	0,75
Zajmowanie się Czymś Innym	1,65	1,50	1,00	2,00	0,77
Zaprzeczanie	0,88	1,00	0,00	1,50	0,72
Wyładowanie	1,32	1,50	1,00	1,50	0,70
Zazywanie Substancji Psychoaktywnych	0,30	0,00	0,00	0,50	0,57
Zaprzestanie Działań	0,76	0,50	0,00	1,00	0,71
Obwinianie Siebie	1,11	1,00	0,67	1,33	0,54

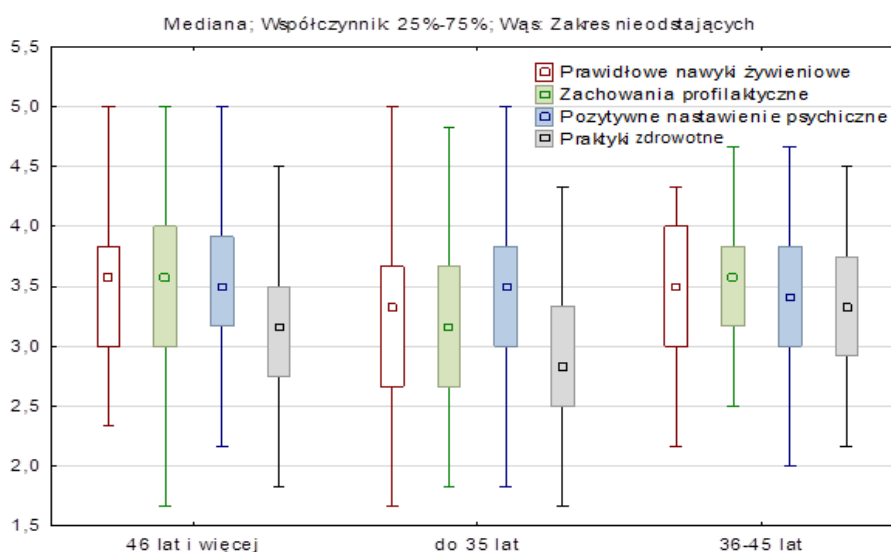
Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowane mężatki w istotnie większym stopniu radziły sobie ze stresem poprzez Zwrot ku Religii w porównaniu z badanymi stanu wolnego ($p=0,03$), które w istotnie większym stopniu wykorzystywały strategię Zazywanie Substancji Psychoaktywnych ($p=0,03$). Analiza korelacji wykazała istotny związek pomiędzy częstością stosowania używek a wykorzystaniem strategii: Poczucie Humoru ($R=0,20$), Zwrot ku Religii ($R=-0,20$), Wyładowanie ($R=0,26$), Zazywanie Substancji Psychoaktywnych ($R=0,30$). Im częściej ankietowane w radzeniu sobie ze stresem

korzystały ze strategii Zwrot ku Religii, tym rzadziej sięgały po używki, natomiast przy stosowaniu głównie strategii, takich jak: Poczucie Humoru, Wyładowanie, Zazywanie Substancji Psychoaktywnych badane częściej sięgały po używki. Do oceny zachowań zdrowotnych pielęgniarek wykorzystano IZZ. W badanej grupie średni wynik wynosił $80,7 \pm 11,8$ pkt. w skali od 40-117, najgorszy był w kategorii „Praktyki zdrowotne” (Tabela 3).

Tabela nr 3. Ocena zachowań zdrowotnych w skali IZZ w badanej grupie pielęgniarek

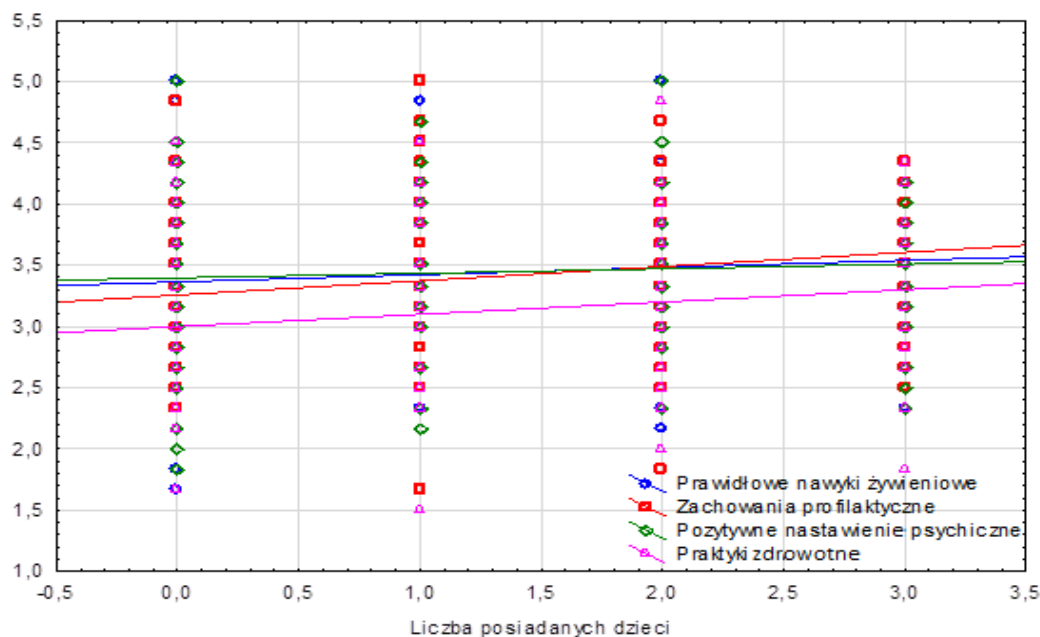
Zachowania zdrowotne IZZ	Średnia	Mediana	Dolny kwartył	Górny kwartył	Odch. std.
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNZ)	3,45	3,50	3,00	3,83	0,63
Zachowania profilaktyczne (ZP)	3,42	3,50	3,00	3,83	0,65
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	3,45	3,50	3,00	3,83	0,60
Praktyki zdrowotne (PZ)	3,14	3,17	2,67	3,50	0,64
IZZ	80,73	81,00	74,00	88,00	11,77

Z badań wynika, że ankietowane w wieku 36 – 45 lat i 45 lat oraz powyżej miały nieznacznie lepsze zachowania zdrowotne niż osoby w wieku do 35 lat w zakresie poszczególnych podskal oraz w ocenie ogólnej. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami wiekowymi w ocenie praktyk zdrowotnych ($p=0,03$), natomiast w ocenie pozostałych podskal i w ocenie ogólnej IZZ różnice nie były istotne ($p>0,05$), (Wykres 3).



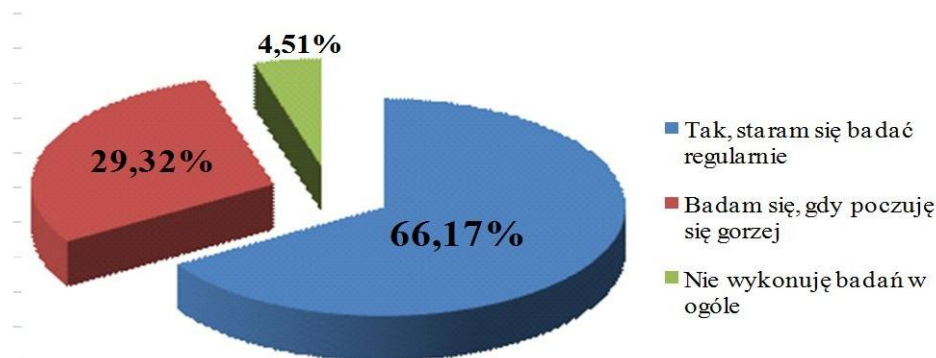
Wykres nr 3. Ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek w skali IZZ z uwzględnieniem ich wieku

W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji wykazano istotny związek pomiędzy liczbą posiadanych dzieci a oceną zachowań profilaktycznych ($R=0,22$) i praktyk zdrowotnych ($R=0,17$) oraz ogólną oceną IZZ ($R=0,19$). Im większa liczba posiadanych dzieci tym zachowania zdrowotne są lepsze. Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy liczbą posiadanych dzieci a oceną prawidłowych nawyków żywieniowych i pozytywnym nastawieniem psychicznym ($p>0,05$), (Wykres 4).



Wykres nr 4. Korelacja pomiędzy oceną zachowań zdrowotnych pielęgniarek w skali IZZ a liczbą posiadanych przez nie dzieci

W większości ankietowane pielęgniarki wykonywały badania profilaktyczne regularnie (66,17%, $n=88$), natomiast 29,32% ($n=39$) badało się, gdy poczuły się gorzej i 4,51% ($n=6$) ankietowanych przyznało, że nie wykonuje badań w ogóle (wykres 5).



Wykres nr 5. Wykonywanie badań profilaktycznych przez badane pielęgniarki

Dyskusja

Istnieje niewątpliwy związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy występowaniem niektórych chorób a prowadzonym stylem życia – niewłaściwą dietą, paleniem tytoniu, brakiem aktywności fizycznej, które mogą znaleźć się w grupie ryzyka czynników zagrażających zdrowiu. Badania nad zachowaniami zdrowotnymi przedstawicieli zawodów medycznych są uzasadnione, ponieważ teoretycznie dysponują oni większą wiedzą i doświadczeniem w zakresie dbałości o własny organizm. Ponadto, na co dzień mają wgląd w konsekwencje zachowań antyzdrowotnych dla ogólnej kondycji człowieka.

Pielęgniarki – z racji wykonywanego zawodu – oraz tego, że w ich rękach leży odpowiedzialność nie tylko za własne zdrowie, lecz także zdrowie pacjentów, powinny wykazywać większą świadomość i krytyczne podejście do kształtowania zachowań zdrowotnych.

W pracy podjęto próbę oceny zachowań zdrowotnych wśród pielęgniarek pediatrycznych. Punktem wyjścia do podjęcia refleksji naukowej w tym zakresie była próba odpowiedzi na pytanie, czy pielęgniarki, które w ramach obowiązków zawodowych prowadzą promocję zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów, same stosują się do wskazówek i zasad zdrowego stylu życia.

Badania przeprowadzone na potrzeby pracy wykazały, że aż 8,4% ankietowanych pielęgniarek prezentowało niski poziom zachowań zdrowotnych, 46,6% przeciętny, a tylko 15,0% wysoki. Ankietowane kobiety najlepsze zachowania zdrowotne przejawiały w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego i prawidłowych nawyków żywieniowych, najgorsze zaś w zakresie praktyk zdrowotnych.

Do podobnych wniosków doszły Jankowska-Polańska, Wijacka, Lomper i Uchmanowicz (2014), które przeprowadziły badania nad zachowaniami zdrowotnymi personelu pielęgniarskiego. Przebadana przez nie grupa 100 pielęgniarek aktywnych zawodowo, zobligowana w ramach badań do wypełnienia Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, nie wystarczająco realizowała zachowania korzystne dla zdrowia i przekładało się to na niemożność efektywnego propagowania zdrowego stylu życia wśród pacjentów.

Podobne obserwacje na temat przeciętnego stylu życia i poziomu zachowań prozdrowotnych pielęgniarek poczynili Książek, Jarzynkowski i Piotrkowska (2015). Ich badania dotyczyły oceny zachowań zdrowotnych pielęgniarek operacyjnych na podstawie wybranych elementów stylu życia z wykorzystaniem autorskiej ankiety i Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Styl życia pielęgniarek pediatrycznych (pod pojęciem „stylu” badacze rozumieli podejmowanie działań profilaktycznych, racjonalny sposób odżywiania

się, nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne, sposoby radzenia sobie ze stresem, sposób spędzania czasu wolnego) ocenili oni jako umiarkowanie zdrowy ze względu na fakt, że podejmują one umiarkowaną aktywność fizyczną, deklarują codzienne spożywanie warzyw i owoców, wdrażanie urozmaiconej diety, posiadanie średnio stresującej pracy (spowodowanej obecnością tzw. trudnych chirurgów) oraz spędzanie czasu wolnego poza miastem (na działce), w gronie rodziny lub znajomych.

Przeprowadzone zostały również badania zachowań zdrowotnych wśród położnych w odniesieniu do poczucia satysfakcji z życia. Wyniki uzyskane przez Rasińską i Nowakowską (2013) wykazały nie tylko niższy poziom satysfakcji z życia położnych w stosunku do grupy kontrolnej, lecz także niższy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych i niższe wskaźniki dla poszczególnych kategorii tych zachowań.

Badania na temat zachowań prozdrowotnych prowadzone są również wśród studentek pielęgniarstwa. Są one równie istotne, ponieważ z jednej strony to obecne studentki będą w przyszłości opiekowały się pacjentami i poprzez swój przykład oddziaływały na ich nawyki, natomiast z drugiej – w badaniach często podkreśla się ostatnio zły stan zdrowia populacji młodzieży studiującej (Lisicki, 2005). Studentki pielęgniarstwa zostały przebadane, m.in. przez Lewko, Polityńską-Lewko, Sierakowską i Krajewską-Kułąk (2005), według których ich wskaźnik zachowań zdrowotnych określony został jako niski. Badania te ujawniły, że studentki pielęgniarstwa odżywiają się nieracjonalnie, palą papierosy, rzadko podejmują aktywność fizyczną, często mają nadwagę i nie poddają się regularnym badaniom profilaktycznym. Zbliżone wyniki uzyskali w badaniach Muszalik, Kędziora-Kornatowska, Marzec i Klawe (2007). Badane studentki pielęgniarstwa przejawiały w mniejszym stopniu korzystne zachowania, takie jak: unikanie stresu i innych negatywnych stanów emocjonalnych, wpływających na ogólny stan zdrowia. Niski poziom zachowań zdrowotnych wśród studentek pielęgniarstwa ujawniły również badania Walentukiewicz, Łysak i Wilk (2013).

Gawęcki i Hryniewicki (2008) zwracają uwagę, że zachowania zdrowotne są działaniami, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Zachowania sprzyjające zdrowiu to, obok aktywności fizycznej, racjonalne odżywienie i zdrowa dieta. W celu oceny, m.in. tych aspektów zachowań zdrowotnych w badaniach własnych, zastosowano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Średnia ocena wskaźnika wyniosła 80,7, co wskazuje, że najczęściej wyniki mieściły się w granicach 5 stena. Najlepsze zachowania zdrowotne badane miały w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Najgorsze wyniki odnotowano w zakresie praktyk zdrowotnych. Dla porównania w badaniach Mendryckiej, Nowak, Janiszewskiej, Saraceny i Kotwicy (2019) wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wyniosła 79, co daje wynik na poziomie 4,7 stena (badania przeprowadzono w grupie 701 pielęgniarek w wieku 22-60 lat zatrudnionych w przychodniach zdrowia oraz

szpitalach na terenie woj. mazowieckiego). Analiza poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wykazała, iż najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne, następnie zachowania profilaktyczne, prawidłowe nawyki żywieniowe, a najniżej praktyki zdrowotne. Wyniki były zatem porównywalne. Nieco inaczej sytuacja wygląda w zakresie predyktorów zachowań zdrowotnych. Mendrycka i in., (2019) podają, że jedynie dłuższy staż pracy zmniejsza zachowania zdrowotne pielęgniarek, zarówno w wymiarze ogólnym, jak i wszystkich czterech kategoriach. W badaniach własnych zmiennymi, które wpływały na poziom zachowań zdrowotnych były wiek, staż pracy i posiadanie dzieci. Stosunkowo niski poziom zachowań prozdrowotnych wśród pielęgniarek (ale i innych zawodów służby zdrowia) potwierdzono w innych badaniach (Bator, 2017). Dla przykładu w badaniach Rasińskiej i in., (2014) średni poziom zachowań zdrowotnych pielęgniarek równy był 85,98 (przebadano grupę 65 pielęgniarek w wieku 40+). Autorzy podają, że badane wykazują niższy w stosunku do grupy kontrolnej ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz wskaźniki dla poszczególnych kategorii.

Niezadowalający poziom zachowań prozdrowotnych pielęgniarek w zakresie odżywiania potwierdzają także inne wyniki badań własnych. Ponad połowa ankietowanych twierdziła, że waży za dużo. Najczęściej spożywane posiłki to dania mięsne. Większość badanych pielęgniarek tylko czasami stosowała zalecane przerwy między posiłkami. Remigrońska i Włoszczak-Szubzda (2016) wykazały, że pielęgniarki mają skłonność do podjadania pomiędzy posiłkami, a także spożywają mniej posiłków niż zalecają dietetycy (4-5). Tymczasem zgodnie z literaturą powielane błędy żywieniowe, takie jak brak czasu, jedzenie w pośpiechu, nieregularność oraz mała częstotliwość spożywanych posiłków, stanowią czynniki ryzyka wystąpienia np. chorób serca. Gładysz, Kobos, Czarnecksa i Imiela (2016) poddali analizie wpływ środowiska pracy na nawyki żywieniowe pielęgniarek. Autorzy donoszą, że pielęgniarki pracujące na nocnej zmianie częściej spożywają posiłki. Ponadto badane rzadko wypijały w pracy: soki owocowe i warzywne, napoje mleczne, napoje gazowane i niegazowane. Przekąskami rzadko spożywanymi w pracy były: owoce, serki/jogurty, słodycze, chipsy, orzeszki. Dania typu instant częściej były spożywane w oddziałach zabiegowych. Przeor i Goluch-Koniuszy (2013) na bazie badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek w systemie zmianowym wnioskuje, że niezbędne jest wprowadzenie prozdrowotnej edukacji żywieniowej w aspekcie profilaktyki chorób okresu okołomenopauzalnego. Pielęgniarki powielają błędy wynikające m.in. z niewłaściwej struktury spożycia produktów spożywczych.

Ocena sposobu odżywiania pielęgniarek pediatrycznych jest dwojaka - z jednej strony, przeprowadzone badania wykazały, że większość z nich spożywa prawidłową liczbę posiłków (od 4 do 5 dziennie). Ponadto, zdają sobie one sprawę ze znaczenia warzyw i owoców w codziennych posiłkach, a także razowego pieczywa, kasz i produktów suchych strączkowych. Najczęściej spożywały warzywa i owoce, dania mięsne, natomiast rzadko

słodyczne i potrawy typu Fast – food. Z drugiej strony, przeprowadzona ocena jadłospisu według Sarzyńskiej wykazała, że pielęgniarki pediatryczne miały dostateczny (30,1%) lub zaledwie dostateczny (51,1%) jadłospis, który wymaga zdecydowanej poprawy i lepszego zbilansowania.

Jednym z istotnych obszarów zachowań zdrowotnych jest aktywność fizyczna. Wedle badań własnych około połowa pielęgniarek poświęcała na aktywność fizyczną 30 minut dziennie. W przypadku jednej czwartej badanych była to godzina lub więcej. Wyniki te wydają się zadowalające. Niemniej jednak należy podkreślić, że prawie co czwarta badana w ogóle nie poświęcała czasu na aktywność fizyczną. Dla porównania w badaniach Remigrońskiej i in. (2016) większość, tj. 79% badanych (przebadano 114 pielęgniarek i pielęgniarzy) deklarowała prowadzenie aktywnego trybu życia. Najwięcej osób wybierało takie aktywności fizyczne, jak jazda na rowerze czy bieganie. W badaniach własnych, obok jazdy na rowerze, najczęściej wybieraną formą aktywności był spacer. Czynnikiem determinującym aktywność fizyczną pielęgniarek wydaje się miejsce zamieszkania, które miało wpływ zarówno na ilość czasu poświęcanego na aktywność fizyczną, jak i częstość jej podejmowania. Niezwykle ciekawie prezentuje się kwestia motywatorów uprawiania aktywności fizycznej. Pielęgniarki na pierwszym miejscu wskazały idealną sylwetkę, zaś w dalszej kolejności rodzinę i znajomych. Badana grupa, chociaż zalicza się do przedstawicieli zawodów medycznych, rzadko podejmuje aktywność fizyczną motywowaną troską o własne zdrowie.

Wedle dostępnego piśmiennictwa tryb życia zdecydowanie wpływa na funkcjonowanie człowieka i może być pośrednią lub bezpośrednią przyczyną zgonów (Woźniak, 2015). W badaniach międzynarodowych, np. w Kanadzie udowodniono pozytywną korelację pomiędzy ryzykiem wystąpienia zgonu a ilością czasu spędzanego w pozycji siedzącej. Dostępne dane jednoznacznie potwierdzają, że ludzie, którzy podejmują różnorodne formy aktywności, zachowują dłuższy komfort życia społecznego, fizycznego i psychicznego (Zagroba, Kulikowska, Marcysiak, Wiśniewska, Ostrowska i Skotnicka-Klonowicz, 2010). W badaniach własnych przeanalizowano czynniki, które ograniczają aktywność fizyczną pielęgniarek. Najczęściej pielęgniarki wskazywały na brak czasu, w dalszej kolejności na brak motywacji, czy stan zdrowia. Zagroba i in., (2010) wykazali, że poziom aktywności fizycznej pielęgniarek jest średni, a w większości przypadków odnotowywano brak systematyczności w zajęciach rekreacyjnych. Swoją bierność pielęgniarki tłumaczyły głównie nadmiarem obowiązków domowych. Autorki wykazały również, że wśród pielęgniarek, które nie uprawiały żadnych ćwiczeń fizycznych, aż 32% tłumaczyło się brakiem wolnego czasu, a 20% brakiem środków finansowych. Woźniak (2015) zwraca uwagę na jeszcze jeden istotny aspekt omawianego zagadnienia. Otóż osoby starsze częściej rozumieją troskę czy dbanie o zdrowie jako zachowania medyczne (np.

korzystanie z usług medycznych). Młodszy łączy troskę o zdrowie z koncentracją na zachowaniach prozdrowotnych.

Do podobnych wniosków doszły Kucharska, Janiszewska i Sińska (2016), badały zachowania zdrowotne pielęgniarek w kontekście profilaktyki chorób układu krążenia. Regularna aktywność fizyczna to ważny aspekt w profilaktyce chorób układu krążenia ze względu na obniżanie ciśnienia tętniczego krwi oraz czynników prozapalnych. Większość kobiet deklaruje, że podejmuje dodatkową aktywność rzadziej niż trzy razy w tygodniu. Niski i średni poziom aktywności fizycznej, zwłaszcza tej dodatkowej uprawianej w ramach rekreacji i jako forma spędzania wolnego czasu, jest czynnikiem predysponującym do rozwoju chorób układu krążenia.

Nawyki pielęgniarek pediatrycznych w zakresie aktywności fizycznej wydają się nieznacznie lepsze niż w innych przeprowadzonych badaniach, np. Bąka i Kopczyńskiej - Sikorskiej (1994). Przeprowadzone badania wykazują, że pielęgniarki rozumieją znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia, jednak nie uczestniczą w niej z różnych względów.

W większości badane pielęgniarki pediatryczne wykonywały badania profilaktyczne regularnie (najczęściej badanie ginekologiczne - cytologię, badanie stanu uzębienia, morfologię krwi, samobadanie piersi), co wskazuje na ich zwiększoną świadomość w tym zakresie i znaczenie tych badań dla ogólnego stanu zdrowia. W badaniach własnych wykazano, że pielęgniarki, które posiadały dzieci częściej deklaruowały, że wykonują badania profilaktyczne regularnie, zgodnie z zaleceniami.

Istotnym elementem pracy pielęgniarki jest stres i sytuacje stresogenne. Zgodnie z teorią Lazarusa i Folkmana (1984) strategie radzenia sobie ze stresem to nic innego jak poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych jako obciążające lub przekraczające zasoby jednostki. Analiza badań własnych wykazała, że zdecydowana większość pielęgniarek często spotykała się z sytuacjami stresującymi w pracy. Co ciekawe, pielęgniarki w starszym wieku - powyżej 45 lat, częściej dostrzegały problem stresu w pracy. W badaniach Remigrońskiej i in., (2016) 61% ankietowanych uważało, że są codziennie narażeni na stres, a ponad połowa (52%) ankietowanych radziła sobie ze stresem tylko czasami i to z trudnością. Badania własne wykazały, że czynniki stresogenne są niezależne od pielęgniarek - najczęściej wymieniały one hałas oraz obciążająca pozycję pracy. Nie bez znaczenia dla poziomu stresu pozostaje fakt, że większość pielęgniarek przeznaczała na odpoczynek nocny mniej niż 7 godzin.

Folkman i Lazarus (1984) uznają, że aktywne rozwiązywanie problemów ma charakter prozdrowotny. Zachowanie bierne, np. strategia unikania, czy strategia ucieczki nie eliminują lub niwelują pojawiający się stresor, ale raczej go tłumią na jakiś czas. Z badań własnych wynika, że ankietowane pielęgniarki w sytuacjach stresowych lub trudnych najczęściej starały się zapanować nad sytuacją. Stosunkowo często wskazywano na działanie

polegające na ustaleniu, co w danej sytuacji jest najważniejsze. Wyniki te potwierdzają, że pielęgniarki pediatryczne przyjmują pozytywną postawę wobec napotykaných problemów i stresu. W badaniach własnych dokonano również analizy negatywnych emocji i zachowań, które towarzyszą stresowi. Okazuje się, że w sytuacjach stresowych pielęgniarki wpadały w złość, odczuwały brak koncentracji, miały zaburzenia snu, co dziesiąta pielęgniarka w sytuacjach stresowych paliła papierosy. Problem sięgania po używki potwierdzają inne badania prowadzone wśród pracowników służby zdrowia (w różnych krajach). Wyniki pokazują, że pielęgniarki palą najwięcej papierosów (szacuje się, że ok. 45–57%) (Smith i Leggat, 2010). Badania prowadzone przez Kutlu (2008) wskazują, że wśród pielęgniarek tureckich ok. połowa to palacze. Czynniki społeczne (środowisko pracy, znajomi, przyjaciele) były pierwszymi przyczynami rozpoczęcia palenia (43,8%). Jak donoszą Hodgetts, Broers, Godwin (2004) wśród palących pielęgniarek znacznie rzadziej pojawia się decyzja rzucenia palenia niż wśród innych pracowników służby zdrowia. Aldiabat i Clinton (2013) na bazie badań przeprowadzonych wśród personelu pielęgniarskiego w Jordanii, wskazują na znaczenie czynników kontekstowych w paleniu papierosów: miejsca pracy, kultury, organizacji pracy. Przykładowo, odnotowuje się wysoki odsetek palaczy wśród pracowników oddziałów psychiatrycznych. Autorzy podają, że pielęgniarki psychiatryczne w Stanach Zjednoczonych 2,4 razy częściej palą papierosy niż pielęgniarki z innych specjalizacji. Z kolei badania własne dowodzą, że stosowanie używek, w tym papierosów, jest częstsze wśród młodszych pielęgniarek - w wieku do 35 lat. Ponadto problem w większym stopniu dotyczy pielęgniarek z krótszym stażem pracy, niezamężnych oraz nie posiadających dzieci. Badana grupa pielęgniarek pediatrycznych przyznała, że w miarę możliwości stara się ograniczać palenie tytoniu, prawdopodobnie zdając sobie sprawę z ich szkodliwego wpływu na stan zdrowia. Zaprezentowane wyniki badań własnych oraz doniesienia innych badaczy są niepokojące. Problematyka palenia papierosów wśród pielęgniarek wymaga systematycznych badań, które pozwoliłyby na prowadzenie skutecznych działań promujących rezygnację z nałogu.

Podobne wnioski uzyskali Stępień i Szmigiel (2017). Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że psychospołeczne zagrożenia w badanej grupie wynikają przede wszystkim z charakteru pracy, który wiąże się z niesieniem pomocy innym ludziom, bezpośrednim kontaktem z chorobą, ludzkim cierpieniem i często ze śmiercią. Obciążenie emocjonalne, odpowiedzialność za życie i zdrowie drugiego człowieka, ekspozycja na ekstremalne i nieprzewidywalne reakcje innych osób to najbardziej charakterystyczne zagrożenia dla pracowników ochrony zdrowia. Również niedawno przeprowadzone badania wśród polskich pielęgniarek, położnych i lekarzy pozwalają stwierdzić, że obciążenie psychiczne pracą, kontakty społeczne i związana z nimi agresja stanowią największe źródła stresu w tej grupie pracowników.

Przeprowadzone badania wskazują, że poziom zachowań zdrowotnych pielęgniarek pediatrycznych jest nie w pełni satysfakcjonujący. Zadowolające wyniki uzyskano w zakresie stosowania używek. Niższy poziom zachowań zdrowotnych wykazano natomiast w zakresie radzenia sobie ze stresem oraz w obszarze profilaktyki. Za przeciętny należy uznać wynik zachowań zdrowotnych mierzony kwestionariuszem IZZ. Konieczne jest zatem podjęcie szeroko zakrojonej edukacji w tym zakresie.

Podjęta problematyka jest o tyle istotna, że zawód pielęgniarki cieszy się najwyższym zaufaniem społecznym, a prowadzony przez nie styl życia oraz podejście do zachowań zdrowotnych są punktem odniesienia dla pacjentów. Warto podkreślić, że niestosowanie przez pielęgniarki zachowań sprzyjających zdrowiu, np. palenie papierosów podważa ich wiarygodność jako promotorów zdrowia.

Wnioski

Poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie pielęgniarek pediatrycznych był zróżnicowany, a w dużym odsetku niski. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych prezentowały osoby starsze, z dłuższym stażem pracy i posiadające dzieci.

Sposób odżywiania się pielęgniarek pediatrycznych był nieracjonalny. Duża część z nich miała nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Wśród badanych lepiej odżywiały się osoby posiadające dzieci.

Poziom aktywności fizycznej pielęgniarek pediatrycznych był w większości niski. Pielęgniarki rzadko podejmowały aktywność fizyczną w wyniku braku czasu i odpowiedniej motywacji. Bardziej aktywne były osoby zamieszkujące w mieście niż na wsi.

W badanej grupie pielęgniarki okazjonalnie stosowały używki, w postaci napojów energetyzujących i alkoholu, część jednak codziennie paliła papierosy. Częstość stosowania używek malała wraz z wiekiem i stażem pracy. Była też zależna od stanu cywilnego i posiadania dzieci, gdyż rzadziej sięgały po nie osoby zamężne i posiadające dzieci.

Umiejętność skutecznego radzenia sobie ze stresem przyczynia się do zmniejszenia ryzykownych dla zdrowia zachowań wśród pielęgniarek pediatrycznych.

Bibliografia:

- Aldiabat, K.M., Clinton, M. (2013). Understanding jordanian psychiatric nurses` smoking behaviors: a grounded theory study, *Nursing Research and Practice*, 6, 1-7.
- Bator, K.B. (2017). Wiedza żywieniowa pracowników ochrony zdrowia, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 7 (3), 177-187.
- Bąk, E., Kopczyńska-Sikorska, J. (1994). Postrzeganie elementów promowania zdrowia wśród lekarzy i pielęgniarek w świetle reprezentowanych zachowań zdrowotnych, *Zdrowie Publiczne*, 10, 341-345.

- Colditz, G.A., Philpott, S.E., Hankinson, S.E. (2016). The Impact of the nurses' health: prevention, translation, and control, *American Journal of Public Health*, 106 (9), 1540-1545.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.
- Gawęcki, J., Hryniewiecki, L. (red.) (2008). *Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Tom 2. Warszawa: PWN.
- Gładysz, G., Kobos, E., Czarnecka, J., Imiela, J. (2016). Zachowania żywieniowe pielęgniarek w środowisku pracy, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (60), 149-157.
- Hodgetts, G., Broers, T., Godwin, M. (2004). Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina, *BMC Family Practice*, 5, 12.
- Jankowska-Polańska, B., Wijacka, K., Lomper, K., Uchmanowicz, I. (2014). Zachowania zdrowotne personelu pielęgniarskiego w profilaktyce nadciśnienia tętniczego, *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 3, 67-70.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Wyd. Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Konieczny, G., Rasińska, R. (2017). Dokonania w perspektywie teorii dystynkcji Pierre'a Bourdieu. Analiza empiryczna zachowań podejmowanych w wolnym czasie przez pielęgniarki i położne, *Pielęgniarstwo Polskie*, 3 (65), 495-500.
- Książek, J., Jarzynkowski, P., Piotrkowska, R. (2015). Wybrane elementy stylu życia pielęgniarek operacyjnych, *Medycyna Rodzinna*, 3, 103-109.
- Kutlu, R. (2008). Evaluation of the frequency and factors affecting smoking among nurses, *Gulhane Medical Journal*, 50, 65-70.
- Kucharska, A., Janiszewska, M., Sińska, B. (2016). Zachowania zdrowotne pielęgniarek w kontekście profilaktyki chorób układu krążenia, *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 43 (2), 107-116.
- Letvak, S. (2013). We cannot ignore nurses' health anymore: a sythesis of the literature on evidence-based strategies to improve nurse health, *Nursing Administration Quarterly*, 37 (4), 295-308.
- Lewko, J., Polityńska-Lewko, B., Sierakowska, M., Krajewska-Kułak, E. (2005). Health behaviours among students of nursing, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Medicina*, 60, 260-264.
- Lisicki, T. (2005). A life style of first - year medical students, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Medicina*, 60, 289-293.
- Mendrycka, M., Nowak, K., Janiszewska, R., Saracena, A., Kotwica, Z. (2019). Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek, *Hygeia Public Health*, 54 (1), 30-40.

- Muszałik, M., Kędziora-Kornatowska, K., Marzec, A., Klawe, J. (2007). Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88, 354-359.
- Popow, A., Cierzniaowska, K., Kozłowska, E., Domeracka, E. (2018). Czynniki stresogenne w grupie pielęgniarek operacyjnych, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2, 56-63.
- Przeor, M., Goluch-Koniuszy, Z. (2013). Ocena stanu odżywienia oraz sposobu żywienia pielęgniarek będących w okresie okołomenopauzalnym pracujących w systemie zmianowym, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94 (4), 797-801.
- Rasińska, R., Nowakowska, I. (2013). Zachowania zdrowotne położnych a poczucie satysfakcji z życia, *Zdrowie i Dobrostan*, 1, 179-191.
- Rasińska, R., Nowakowska, I. (2014). Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (52), 111-116.
- Remigrońska, A., Włoszczak-Szubzda, A. (2016). Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok, *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 1 (1), 41053.
- Smith, D.R., Leggat, P.A. (2007). An international review of tobacco smoking research in the nursing profession, 1976-2006, *Journal of Research in Nursing*, 12 (2), 165-181.
- Spring, B., King, A.C., Pagoto, S.L. et al. (2015). Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. *American Psychologist*, 70 (2), 75-90.
- Stępień, M., Szmigiel, M. (2017). Stres personelu pielęgniarskiego związany z pracą na oddziałach pediatrycznych, *Pielęgniarstwo Polskie*, 1 (63), 62- 68.
- Tuckett, A., Henwood, T., Oliffe, J.L. et al. (2016). A comparative study of Australian and New Zealand male and female nurses' health: a sex comparison and gender analysis, *American Journal of Public Health*, 10 (6), 450-458.
- Walentukiewicz, A., Łysak, A., Wilk, B. (2013). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa, *Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (4), 484 - 488.
- Wood, P.J. (2014). Nurses' occupational health as a driver for curriculum change emphasising health promotion: an historical research study, *Nurse Educ Today*, 34 (5), 709- 713.
- Woźniak, M. (2015). Związki stylu życia ze zdrowiem, *Journal of Clinical Healthcare*, 4, 4-9.
- Zagroba, A., Kulikowska, A., Marcysiak, M., Wiśniewska, E., Ostrowska, B., Skotnicka-Klonowicz, G. (2010). Aktywność fizyczna pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*, 18, 3, 329-336.

Dr Aldona Małycka, <https://orcid.org/0000-0002-2859-2146>

Instytut Nauk Pedagogicznych

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

„Twórcze życie” w narracjach seniorów “Creative life” in senior citizens’ narratives

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.334>

Abstrakt: W literaturze gerontologicznej sporo miejsca poświęca się uwarunkowaniom pomyślnego starzenia się. Prezentowane są wówczas różne czynniki mające zapewnić udany przebieg tego ostatniego etapu życia. Jedną z form aktywności, która może wypełnić życie człowieka w późnej dorosłości jest twórczość, także amatorska. Kluczowym zagadnieniem wydaje się określenie pożytków jakie niesie ze sobą zaangażowanie w ten niewątpliwie trud. W literaturze przedmiotu wskazywanych jest wiele potencjalnych zysków, z którymi może spotkać się jednostka podejmująca zadanie twórczego rozwoju. Różne bywają przejawy działania twórczego, sporo zależy tutaj od tego, kto tworzy, w jakim celu oraz jaki jest jego potencjał. Trzeba jednak pamiętać, że rozwój twórczy jest domeną ochotników, grupy stosunkowo nielicznej w każdej grupie wiekowej. W celu zilustrowania tezy o znaczeniu aktywności twórczej dla jakości życia w starości zaprezentowano narracje seniorów zaangażowanych w aktywność twórczą.

Słowa kluczowe: jakość życia, kreatywność, późna dorosłość, pomyślne starzenie się, twórczość, życie twórcze

Abstract: In gerontological literature a lot of attention is given to conditions for proper ageing. Various factors should secure a good course of this final stage in life. Creative work, even in the form of a hobby, might be an activity which may give a sense of fulfilment in late adulthood. The key issue seems to be specifying the benefits of one’s engagement in this undoubtedly laborious pursuit entails specific benefits. The literature of the topic points to a whole spectrum of possible rewards to be expected by an individual who undertakes the task of creative self-development. The various expressions of creative activity are contingent on the pursuer, the purpose and potential the active individual has. It must be remembered, however, that creative self-development is the domain of volunteers, a group that is relatively small whatever the age bracket. To illustrate the point about the importance of creative activity for good life quality in old age, the author quotes narratives by senior citizens involved in creative activity.

Keywords: quality of life, creativity, late adulthood, successful aging, creativity, creative life

1. Starzenie się a rozwój człowieka – wprowadzenie w podejmowaną problematykę

Człowiek w toku całego życia doświadcza możliwości rozwoju, tak naturalnego jak i twórczego (Sujak, 1998). Podlega i mierzy się ze zmianami także po osiągnięciu pewnego poziomu możliwości i dojrzałości biologicznej. Wydaje się też, że wraz z wiekiem zwiększa się sprawność w zakresie kierowania własnym rozwojem (Łukaszewski, 1984). Zatem szansa na realizację potencjału twórczego człowieka istnieje na każdym etapie jego życia, także w okresie starości możliwe jest przyjęcie wyzwania życia twórczego.

Na przebieg procesu starzenia się człowieka wpływają różne czynniki. Przyjmuje się, że największe znaczenie ma styl życia, następnie oddziaływania społeczne, uwarunkowania genetyczne, ale również środowisko fizyczne i opieka zdrowotna (Steuden, 2009). Ludzie w swoim życiu przyjmują różne style funkcjonowania. Dla ujawnienia i realizacji potencjału twórczego szczególne znaczenie ma *ekspansywny styl życia*, czyli taki, który zorientowany jest na innowacje, zmiany, nowe zadania i doświadczenia. Osoby realizujące go mają zdystansowany stosunek do tradycji, dążą do wywierania wpływu na otoczenie i samych siebie. Lubią przyjmować odpowiedzialność, podejmować funkcje kierownicze w pracy i poza nią. Wysoko cenią sobie własny rozwój, podejmują aktywność kulturalną, edukacyjną, śledzą bieżące wydarzenia, dbają o sprawność fizyczną i właściwą dietę (Pietrasiński, 1990). Bardzo ważna jest aktywność (Zych, 1999). Jest ona warunkiem zachowania dobrego stanu zdrowia oraz właściwego zaadaptowania się do starości (Błachnio, 2002). Służy też podtrzymywaniu i zabezpieczeniu funkcji życiowych (Kawula, 2005; Dubas, 2016). Prowadzenie przez człowieka aktywnego życia powoduje, że pierwsze oznaki starzenia pojawiają się u niego znacznie później niż u rówieśników prowadzących bierny tryb życia. Rezultaty wielu badań naukowych wykazują, że osoby, które często wykorzystywały swoje możliwości intelektualne i twórcze dłużej zachowują sprawność w wieku podeszłym (Trafiałek, 1995; Zych, 1999). Czynna aktywność w różnych dziedzinach życia społecznego może pomóc ludziom starszym w odnalezieniu swego miejsca w społeczeństwie (Worach-Kardas, 1983). Nie ma też granic wiekowych dla działań samorealizacyjnych. Człowiek także w późnej dorosłości może podjąć próbę realizacji swoich marzeń, talentów i zainteresowań, i tym samym zmienić swoją dotychczasową i ustabilizowaną biografię (Obuchowski, 2000; Rembowski, 1984). Działalność człowieka może przybierać formę fizyczną, duchową, społeczną, edukacyjną, kulturalną oraz hobbystyczną i twórczą. Przy czym nierzadko są one wobec siebie komplementarne. W ramach niniejszego opracowania uwaga została skoncentrowana na aktywności twórczej, przy czym należy podkreślić, że w kręgu zainteresowań znalazła się nie tyle działalność profesjonalna, co raczej aktywność amatorska. Ta druga jest powszechniejsza i jako taka zdarza się statystycznie częściej (Nęcka, 2001). Jednak także ona jest po pierwsze domeną ochotników, a po drugie wymaga pewnych predyspozycji, umiejętności, wiedzy oraz związana jest nierzadko z ciężką pracą. Życie twórcze przynosi człowiekowi wiele wyzwań, ale niesie ze sobą także pozytywne korzyści, w tym poczucie osobistej satysfakcji, możliwość zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu tj. użyteczności i przynależności społecznej, uznania, znaczenia i mistrzostwa.

2. Aktywność hobbystyczna i twórczość amatorska w późnej dorosłości

Znaczenie aktywności hobbystycznej i twórczości amatorskiej podkreślał Aleksander Kamiński (1978) w ramach *koncepcji wychowania do starości*. W swoich rozważaniach

podejmował m.in. kwestię efektywnego wypełnienia czasu wolnego, co przekładać się miało na jakość życia seniorów. Konsekwencją uboższego zasobu wzorów jego spędzania może być poczucie pustki i nudy, wyobcowania i zaniedbania. Formułując postulat przygotowania ludzi do starości, eksponował znaczenie cenionej i użytecznej aktywności oraz żywej tendencji do zaspokajania zainteresowań (tamże). W swoich opracowaniach zwracał uwagę na *znaczenie zajęć amatorskich w życiu osób starszych, jako czynników zabezpieczających przed umieraniem psychospołecznym*. Aktywność amatorska cechuje się tym, że jest dobrowolna i towarzyszy jej duże zaangażowanie emocjonalne. Zajęcia tego typu mogą być praktykowane indywidualnie (w domu albo poza domem), bądź zespołowo (np. w klubach, czy stowarzyszeniach). Najbardziej wartościowa jest *twórczość amatorska*, która możliwa jest w każdej dziedzinie kultury (nie tylko w sztuce). Przejawiać się może np. w majsterkowaniu (głównie mężczyźni), czy robótkach ręcznych (tutaj częściej kobiety). Owoce takiej pracy mają zazwyczaj wartość subiektywną. Jednak najbardziej doniosłe w tego typu aktywności wydaje się poczucie twórczości u samego amatora i wszystkie pozytywne emocje, które są z tym związane. Działania tego typu są zwykle bezinteresowne, najważniejsza jest tutaj satysfakcja twórcy, pragnienie doskonalenia się w wybranej dziedzinie, czemu towarzyszy np. samokształcenie, poszerzanie oraz pogłębianie wiedzy i umiejętności. Wszystko to sprawia, że jakość takich działań może być naprawdę wysoka. Oddawanie się takim zajęciom przynosi wiele korzyści samej jednostce, ale również jej otoczeniu. Najistotniejsza wydaje się wartość psychiczna, poczucie bycia potrzebnym, zaangażowanym, znaczącym. Taka aktywność, która jest użyteczna i szanowana daje też człowiekowi poczucie prestiżu społecznego (tamże).

3. Twórczy styl życia czyni życie twórczym

Amatorska aktywność twórcza podejmowana systematycznie, z dużym intelektualnym i emocjonalnym oddaniem, jest znakiem twórczego stylu życia. Cechuje go kreatywne ustosunkowanie wobec otoczenia, siebie samego i codziennych zadań oraz nadawanie im wartości z punktu widzenia chwili bieżącej (Suchodolski, 1983). Przejawia się w przekraczaniu granic rutyny, podejmowaniu poznania tego, czego dotychczas nie znano. Jest też najwyższą formą działania dla ludzi i wśród ludzi, dającą szansę na ekspresję i rozwój wiedzy (Suchodolski, 1982). Twórczy styl życia czyni życie twórczym.

Krzysztof Szmidt (2010) eksponuje następujące cechy życia twórczego: produktywność, odwagę, zmienność i paradoksalność. U podstaw produktywności leży intencja pozostawienia materialnego śladu naszej aktywności. Jest ona efektem dużej pracowitości oraz zaangażowania twórcy. Dzięki produktywności możliwe jest płynne wytwarzanie wielu pomysłów, formułowanie propozycji i wdrażanie zastosowań. Nie chodzi jednak o to, by byty mnożyć pospiesznie i byle jak. Nie każda ze zgłoszonych

propozycji musi być równie dobra i celna, jednak w mnogości łatwiej znaleźć wytwór trafny i zarazem cenny. Należy zaznaczyć, że produktywność sama w sobie rzadko jest celem twórcy, zmierza on raczej do tego, by zrealizować zadanie, a czyniąc to podejmuje wiele prób, modyfikuje i udoskonala wcześniejsze rozwiązania. Choć produktywność jest przydatna, nie znamionuje pracy każdego twórcy. Co więcej, produktem życia twórczego może być także ono samo, a wówczas sposobem na jego realizację staje się autokreacja. Zmienność cechująca twórczy styl funkcjonowania odnosi się do zmian zarówno w sposobie bycia, dokonywania wyboru i opracowania podejmowanych zadań, a także wdrażanych rozwiązań. Istotne jest to, że zmiany te mają zmierzać do udoskonalenia tego, z czym twórca się spotkał i nad czym podjął pracę. Ta niestałość oraz niepewność przynoszą ze sobą ryzyko (tamże). Twórca nigdy nie ma gwarancji, że podejmowane przez niego akty twórcze zgodne będą z wyznaczonym celem. Zdarza się także, że wśród kolejnych prób osiągnięcia celu znajdzie się taka, która skutecznie zmieni kierunek dążeń, koncentrując uwagę na sobie (Nęcka, 2001). Zmiany wprowadzane przez twórcę wymagają odwagi. Nierzadko dochodzi w ich wyniku do zakwestionowania tego, co przez wielu uznawane jest za niepodważalne. Taka konfrontacja wystawia twórcę na ataki, czasami skazuje go na odrzucenie i samotność (Szmidt, 2010). I wreszcie paradoksalność życia twórczego polega na konieczności pogodzenia ze sobą szeregu przeciwstawnych ujęć i wartości. W jego realizacji „spotykają się” zaangażowanie i dystans, aktywność i bierność, dociekliwość i naiwność, i wiele innych zdawałoby się biegunowo odmiennych, ale na gruncie twórczości sąsiadujących ze sobą jakości (tamże).

Życiorysy wielu artystów, naukowców, czy reformatorów społecznych ujawniły, że w działalności twórczej widzieli oni „sens swego życia”, to znaczy byli przekonani, że właśnie ta działalność uzasadnia ich istnienie w społecznej rzeczywistości (Obuchowski, 2000; Robinson, 2012). Łukaszewski zwraca jednak uwagę na to, że „nie chodzi o skrajnych pasjonatów, którzy poza daną ideą niczego nie widzą. Przeciwnie, chodzi o ludzi, którzy dokonali wyboru pewnej drogi, ale nie zamierzają bynajmniej do niej sprowadzić całego świata” (1984). Tak więc ich postawa twórcza wyrażać się może w wielu różnych wymiarach ich funkcjonowania.

4. Co przynosi ze sobą zaangażowanie w działania twórcze?

Podstawową kwestią związaną z aktywnością twórczą człowieka jest określenie, co mu ona ze sobą przynosi. Przyjmuje się, że aktywność twórcza stwarza człowiekowi szansę na ekspresję siebie w realizowanych działaniach (Lasocińska, 2009). Może mieć znaczenie instrumentalne, gdy pozwala jednostce na zaspokajanie jej potrzeb wewnętrznych (Panek, 1990), a może przecież także być wartością sama w sobie (Popek, 2001). Bez wątplenia twórczość jest ciągiem zdarzeń, dzięki którym człowiek poznaje siebie. Dostarcza

mu ona przeżyć, poczucia osiągnięć, lecz także klęsk i zawodów. Zwykle też, im bardziej jednostka jest w nią zaangażowana, tym intensywniejszych doznaje emocji, silniejszego napięcia i bardziej przeżywa zarówno odnoszone sukcesy, jak i doznawane klęski. Na gruncie twórczości spotyka się też ona z wynikami twórczych działań innych ludzi, budzących szacunek i podziw, ale czasami także niezgodę i bunt. Zetknięcie się z nimi skłania nie tyle do naśladowania, ile raczej do podjęcia pewnej myśli (Gołaszewska, 1986), jej kontynuacji lub realizacji własnego zamysłu.

Twórcze działanie ma bez wątpienia charakter rozwojowy, ponieważ wiąże się zarówno ze zdobywaniem nowej wiedzy i wykształceniem nowych sposobów działania, jak i z ich przebudową (Stasiakiewicz, 1999). W swoim przebiegu aktywność twórcza bywa różna, wiele zależy od tego, kto tworzy, w jakim celu oraz jaki jest jego wyjściowy potencjał. W twórczości amatorskiej przeważnie ujawniają się intencje nawiązujące do odnotowanych już osiągnięć, lecz tutaj także mogą zdarzać się rozwiązania oryginalne (Lam, 1977).

Twórczość człowieka w późnej dorosłości spełniać może co najmniej trzy funkcje. Stwarza ona tak jak na każdym innym etapie życia szansę na rozwój i samorealizację, integruje jednostkę wewnątrznie i społecznie, może także skutecznie kompensować odnoszone straty i zarazem być środkiem terapii.

Samorealizacja, uznawana za szczytowe dokonanie w rozwoju człowieka, jest pewną możliwością, którą jednak nie każdemu udaje się osiągnąć (Maslow, 1990). Jest ona silnie związana z twórczością, ponieważ dzięki generowaniu nowych jakości człowiek może dostąpić poczucia spełnienia swojego potencjału, a także związanego z tym stanu satysfakcji, czy nawet szczęśliwości. Co ważne dokonywać się to może zarówno w świecie przedmiotowym, jak i na gruncie życia psychicznego (Górniewicz, 2001).

Późna dorosłość jest szczególnym etapem życia, do niedawna sądzono, że jest ona raczej okresem zbierania owoców dotychczasowego istnienia, czasem domykania spraw i pożegnań. Tymczasem w starości, choć wiele człowiek traci, to również wiele zyskuje oraz napotyka nowe wyzwania. Szczególnego znaczenia nabiera wola jednostki do podejmowania działań wykraczających poza wymagania codzienności. Seniorzy rzadko doznają ze strony otoczenia zachęty do realizowania własnego planu, w tym aktywności twórczej. Zasięg działania w starości jest zwykle mocno ograniczony. Asumpty do wysiłku twórczego płyną wówczas przede wszystkim z wewnętrznej potrzeby i osobistej inwencji (Worach-Kardas, 1983). Człowiek swoją potrzebę wzrostu może wówczas realizować w różnoraki sposób. Wiele z podejmowanych aktywności jest kontynuacją tych rozpoczętych na wcześniejszych etapach życia, bywa jednak i tak, że niektórzy seniorzy dopiero na emeryturze odkrywają swój ukryty wcześniej potencjał i zaczynają go realizować (Konieczna-Woźniak, 2016), albo podejmują te rodzaje zaangażowania, które wcześniej nie były możliwe do realizacji, a pozostawały jedynie w sferze marzeń. Twórczość osób

znajdujących się w okresie późnej dorosłości może przybierać formy nawet bardziej oryginalne i indywidualne niż poprzednio (Ożóg, 2006).

Aktywność twórcza, zwłaszcza gdy uprawiana jest wspólnie z innym, i przynosi nowe doświadczenia edukacyjne, kontakty społeczne i możliwość dzielenia się wiedzą i dziedzictwem kulturowym z młodszym pokoleniem. Skutkuje to nierzadko poprawą zdrowia psychicznego i fizycznego (Klimczuk, 2013), a przede wszystkim integracją społeczną.

5. Twórcze życie z perspektywy późnej dorosłości - wyniki badań

W celu zilustrowania, w jaki sposób osoby podejmujące amatorską aktywność twórczą postrzegają jej znaczenie dla własnego życia, zaprezentowano fragmenty opowieści ośmiorga seniorów (6 kobiet i 2 mężczyzn). Wszystkie te osoby były w wieku emerytalnym. Najmłodsza narratorka miała 60 lat, zaś najstarszy narrator to 82.latek. Badani podejmowali różnorodną amatorską aktywność twórczą. Wśród nich były dwie osoby aktywizujące się na gruncie malarstwa, jedna - pisząca wiersze, jeden - badacz historii regionalnej, jeden - konstruktor modeli latających i sprzętu audio oraz trzy społeczniczki (realizujące jednocześnie swój potencjał na gruncie rękodzieła, ogrodnictwa i turystyki). Materiał badawczy zgromadzony został podczas wywiadów narracyjnych przeprowadzonych w 2017 i 2018 roku (Małyńska, 2019). Badani w swoich opowieściach odnosili się zarówno do doświadczeń z przeszłości, opisywali sytuację aktualną, jak również kreślili plany na przyszłość. Celem przedstawionych badań było poznanie, w jaki sposób seniorzy realizują swoją aktywność twórczą, jakie nadają jej znaczenie oraz jak oddziałuje ona na ich życie.

Prawie wszyscy (siedem spośród ośmiu osób) wspominali o bardzo wczesnym, pochodzącym z dzieciństwa lub młodości, ujawnieniu się predyspozycji i zainteresowań związanych z aktualnie podejmowaną aktywnością.

„Ja o tym malowaniu marzyłam od dzieciństwa. Ta moja aktywność plastyczna wiąże się z moją potrzebą, którą miałam od dzieciństwa i która została zupełnie przypadkowo odkryta” (kobieta, lat 71, malarstwo).

„Moje zainteresowanie historią zrodziło się już podczas nauki w szkole średniej (...) interesowałam się historią, no taką, jaka była w programie, plus jakieś tam rzeczy dodatkowe” (mężczyzna, 70 lat, regionalistyka).

To odkryte na wcześniejszych etapach życia zamiłowanie do wybranej dziedziny rozwijało się przez cały czas, choć w różnym tempie i nasileniu. Tylko jedna narratorka wspomniała o „odnalezieniu” w wieku emerytalnym swojej domeny i fascynacji malarstwem.

„W czerwcu odeszłam na emeryturę, no i dostałam się na uniwersytet trzeciego wieku. Zobaczyłam, jak oni malują, bardzo mi się to spodobało i dlatego właśnie wzięłam, i zaczęłam malować” (kobieta, lat 67, malarstwo).

Jednak także ona w ciągu swojego życia wykazywała wiele zróżnicowanych zainteresowań. Co prawda natężenie aktywności twórczej badanych na różnych etapach życia było niejednolite, ale cechą łączącą wszystkie te osoby jest ciągły rozwój pasji twórczej i silne przywiązanie do niej w wieku emerytalnym. Dla każdego z narratorów podejmowana aktywność jest bardzo ważna, wypełnia znaczną część życia.

„Taka praca trwa zwykle kilka miesięcy, co najmniej. Także gdyby nie to, że mnie to pasjonuje, że lubię to robić...no nie każdy by się na to zdecydował...bo trzeba poszukać, zbierać, opracowywać... No ale jeżeli człowiek to lubi, to jest to przyjemność, a jeszcze większa jest przyjemność, jak się to działanie skonkretyzuje” (mężczyzna, 70 lat, regionalistyka).

„Ta moja twórczość wymaga czasu, skupienia, spokoju, bo ja nie mogę się wtedy rozpraszać. Prawdopodobnie dlatego ja nie odważyłam się w tym czasie pracy zawodowej malować. Jak malowałam te portrety, to malowałam je non stop przez kilka miesięcy, cały czas, w piątek, świątek i niedzielę, od świtu do nocy...i przepalałam ziemniaki nastawione na obiad...”(kobieta, 71 lat, malarstwo).

„Praca nad wzmacniaczem, który jest wciąż udoskonalany trwa już od ponad 20 lat. To było tak, że każda następna wersja była ulepszeniem poprzedniej, była zmieniana, każda była też inna” (mężczyzna, 82 lata, elektroakustyka)

Nie oznacza to jednak, że ich aktywność pasjonacka powoduje wygaszenie działania na innych polach, choć bez wątplenia absorbuje ich w stopniu istotnym.

W prezentowanych narracjach dały zauważyć się pewne punkty przełomowe, za które uznać można zarówno odnotowane w dorosłym życiu (zarówno w średniej, jak i późnej dorosłości) przemiany w strukturze rodziny, np. śmierć męża, matki czy brata, narodziny wnuków oraz długi, zagraniczny wyjazd dziecka, natomiast w okresie dzieciństwa doznawane poczucie osamotnienia, czy zagrożenia związanego z koniecznością opuszczenia domu rodzinnego, a także z częstą zmianą środowiska szkolnego i rówieśniczego.

„W młodości byłam bardzo samotna, chciałam przyjaźni, zainteresowania...ale nie mogłam ich mieć, ponieważ przez pierwsze lata szkoły podstawowej, co roku do szóstej klasy włącznie zmieniałam klasy. Zawsze byłam w ciągu roku gdzie indziej, w innym środowisku. Wynikało to z faktu, że moja mamusia bardzo ciężko odchorowała pracę niewolniczą. Właśnie, gdy ona była w szpitalu, a miała trójkę dzieci, to dzieci musiały wtedy pójść do zakładu opiekuńczego” (kobieta, lat 65, poezja).

Wszyscy badani spotykali na swojej drodze rozwoju osoby dające im wsparcie emocjonalne, wzmacniające ich zainteresowania i talenty, dostarczające wzorów działania,

udzielające pomocnych wskazówek. Osobami tymi byli rodzice, nauczyciele, rodzeństwo, inni krewni czy przyjaciele.

„Najbardziej znacząca była dla mnie moja mama. Wszystkie słowa, które powiedziała ja mam w sercu. Ja je słyszę. One przekazywała tyle radości, tyle piękna” (kobieta, 65 lat, poezja).

„Ja dużo rzeczy się od ojca nauczyłem już jako dziecko (...) ja tam przy ojcu, że tak powiem, podglądałem, co on robi, no i się poduczyłem” (mężczyzna, 82 lata, modelarstwo).

„Ale prawdziwie utalentowany był mój brat. On przepięknie malował, był samoukiem (...) Był dwa lata ode mnie starszy, a różnica między nami była ogromna, jeżeli chodzi o potencjał intelektualny. On ściągał książki z biblioteki, jakieś artystyczne i o artystach. Ja się jeszcze tym nie interesowałam. Ale uwielbiałam go słuchać, był bardzo mądry (...) To było dla mnie naprawdę źródło wiedzy” (kobieta, 65 lat, poezja).

„Moja nauczycielka odkryła w pierwszej czy drugiej klasie szkoły podstawowej moje predyspozycje, kiedy ja zaczęłam wszędzie zamalowywać wszystkie tablice w szkole (...) ta nauczycielka właśnie wtedy pochwaliła mnie i uświadomiła mi, że warto i że można, że ja powinnam malować” (kobieta, 71 lat, malarstwo).

„Od wczesnej młodości lubiłem czytać książki historyczne i miałem dobrego profesora historii, który widząc moje zainteresowania, pomagał mi w ich rozwoju, dostarczając literaturę, dopingując i wyróżniając na tle klasy” (mężczyzna, lat 70, regionalistyka).

Zetknęli się także z ludźmi, którzy lekceważyli ich umiejętności, a także wykorzystywali ich wiedzę. Jednak wspominali o nich niechętnie. Zmieniali temat i wypowiedź kierowali ku innym kwestiom, sygnalizując zaledwie ich istnienie. W swoim otoczeniu w chwili obecnej dostrzegają przeważnie pozytywne nastawienie wobec swej aktywności, ich działania spotykają się z uznaniem, czego wyrazem są pochwalne recenzje, prośby o doradztwo, a nawet nagrody i odznaczenia.

„No w każdym razie utwierdzono mnie w przekonaniu, zwrócono na mnie uwagę...no bo kiedy my wiemy, że jesteśmy coś warci? Wtedy, gdy ktoś nam o tym powie. (...) I wtedy my wiemy, ile jest warta ta nasza twórczość” (kobieta, lat 71, malarstwo).

„Przyszła do mnie koleżanka i zapytała czy mogłaby przyprowadzić swojego męża do mnie, żeby on mógł zobaczyć moje obrazy. Zgodziłam się. No i przyszedł, obejrzał te obrazy i w końcu powiedział, że to jest taki pocatunek od Pana Boga (...) to jest taka recenzja, której ja się nigdy w życiu nie spodziewałam” (kobieta, lat 67, malarstwo).

„Te moje zainteresowania owocują artykułami do prasy, publikacjami popularyzatorskimi. Mam na swoim koncie też kilka książek. Czasami człowieka spotyka też jakieś wyróżnienie” (mężczyzna, lat 70, regionalistyka).

„W sumie zdobyłem, jak liczę 26 medali, z tego trzy złote za mistrzostwa Polski i trzy złote za mistrzostwa międzynarodowe. Jako dwunasty w Polsce zdobyłem odznakę złotą z trzema diamentami w modelarstwie. No a w roku 1985 w podsumowaniu moich wyników na startach zdobyłem tytuł modelarza wszechczasów” (mężczyzna, lat 82, modelarstwo).

Dla narratorów ta możliwość wykazania się swoim znanstwem i zaspokojenia potrzeby prestiżu i uznania ma duże znaczenie. Nobilitująca jest dla nich również współpraca z profesjonalistami.

„Kiedyś na odstuchu był u mnie profesor M., no i tego...odstuchał u mnie i mówi, że muszę to gdzieś opatentować” (mężczyzna, lat 82, modelarstwo).

„Bardzo wspierające są zachęty ze strony profesjonalistów, zawodowych historyków (...) ja też myślę, że to co robią regionaliści i to co robią profesjonaliści to się uzupełnia (...) czasami nasze przyczynki też przydają się zawodowcom. I wcale nie jest to takie rzadkie” (mężczyzna, lat 70, regionalistyka).

Jednak wyraźnie zaznacza się potrzeba posiadania szerszego kręgu odbiorców.

„Chciałabym, żeby to, co się napisze nie umierało. Chciałabym, żeby byli odbiorcy. Ja bym była gotowa nawet tomiki moje porozdawać za darmo” (kobieta, lat 65, poezja).

W kilku przypadkach odnotować można związek aktualnie rozwijanej pasji z wcześniej wykonywaną pracą zawodową. Zdarza się również przenikanie tych dwóch sfer, tj. hobby i zainteresowań oraz pracy.

„Po transformacji zostałem sekretarzem miasta. Nie było w urzędzie stanowiska do spraw promocji, a odwiedzali nas różni goście, więc siłą rzeczy czułem się zobowiązany, żeby gości oprowadzać po zamku, po mieście i nie tylko. I musiałem sobie przypomnieć te rzeczy, które już znałem, i poszerzać swoją wiedzę. Te moje zainteresowania nigdy mi nie przeszkadzały w pracy, a często gęsto pomagały” (mężczyzna, lat 70, regionalistyka).

Zidentyfikować tutaj można sytuację, gdy ujawniane dużo wcześniej zamiłowanie stawało się podstawą podjętego zatrudnienia. To powiązanie pomiędzy sferą obowiązku (praca) i dobrowolności (hobby) przynosi korzyści zarówno jednostce jak i otoczeniu, wiąże się z większą efektywnością w działaniu.

Badani formułowali też wizje swojego dalszego rozwoju, oczekiwania wobec swojej pracy twórczej. Aktualnie tworzą nowe dzieła: piszą wiersze, malują obrazy, ustalają sobie nowe zadania do realizacji. Właściwie tylko najstarszy z narratorów wspomina o potrzebie przekazania swojego dorobku komuś, kto będzie potrafił go wykorzystać.

„Plany...no to zależy...to w zasadzie już pokończę wszystko, że tak powiem, chcę ze wszystkim wyjść na czysto, rozliczyć się (...) No ja chciałbym to komuś przekazać...no zobaczę, wnuk rośnie, może coś się z tym, że tak powiem zrobi. Może zainteresuje się elektroniką” (mężczyzna, lat 82, elektroakustyka).

A zatem on także ma plany, które pozwolą przetrwać wytworzonemu dziełu, tyle że skoncentrowane są na poszukiwaniu kontynuatora. „Twórca” z satysfakcją wypowiada się o stanie swoich dotychczasowych dokonań i ujawnia potrzebę ich rozliczenia, rozumianego jako domknięcie wszelkich kwestii z nimi związanych. Ryzyko braku „spadkobiercy” napawa go niepokojem, stąd ufność w ujawnienie podobnych pasji przez wnuka. Zresztą badani wiążą duże nadzieje z faktem, że mają wpływ na kształtowanie postaw

przyjmowanych przez wnuków. W tych najmłodszych członkach rodziny dostrzegają też potencjalnych odbiorców, uczniów i naśladowców swoich prac. Chętnie przekazują im swoją wiedzę i umiejętności, poświęcają wiele czasu, ale także angażują we wspólne działania i zainteresowania.

Wszyscy badani funkcjonują na osi życia rozpiętej pomiędzy życiem z innymi i dla innych a życiem dla siebie (Dubas, 2013). W tym pierwszym przypadku mowa o wspomaganiu bliskich osób. Aktywność ta zazwyczaj jest dominująca, to znaczy zaangażowanie w takie działania wyprzedza, ogranicza, a nawet wygasza aktywność innego rodzaju, także twórczą. Zobowiązanie wobec bliskich potrzebujących wsparcia, pomocy czy opieki ma znaczenie priorytetowe.

„No O. ma dopiero 16 miesięcy, potem... no do trzech lat będę bardzo potrzebna, potem jak pójdzie do przedszkola też będę potrzebna (...) Wpieram te moje dzieci jak mogę” (kobieta, lat 71, malarstwo).

„Jeździłam do Warszawy, bo jak córka pisała pracę doktorską i nie mogła pójść na zwolnienie, a zięć pracował (...) jeździłam też do Gdańska, bo córka tam z dnia na dzień dostała pracę (...) i jeździłam tak od poniedziałku do piątku przez trzy miesiące. No ale...ja sobie nie wyobrażam, żeby nie pomoc moim bliskim” (kobieta, lat 70, aktywność społeczna, rękodzieło).

Opisując swoją aktualną pracę twórczą badani, w szczególności panie, podkreślały potrzebę spokoju, uwolnienia się od trosk codzienności, zwracały uwagę, że potrzebują odpowiednich warunków do zajęcia się swoimi zamiłowaniem.

„Ale ja pracuję też w domu, no ale jak coś mi siedzi w głowie to nie. Konieczna jest tutaj spokojna głowa. I na przykład teraz to jak skończyłam na plenerze to od tamtej pory, bo czekałam na sanatorium, to ciągle byłam w nerwach i nie malowałam nic. Ale mam nadzieję, że od października zacznę” (kobieta, lat 67, malarstwo).

Konieczność załatwiania wielu codziennych spraw, takich jak zakupy, sprzątanie czy przygotowanie obiadu, skutecznie odciąga od pracy twórczej. W niektórych wypowiedziach wybrzmiewa wyczekiwanie na uwolnienie się od tych codziennych przymusów, tęsknota za – jak to określają narratorzy – „wolną głową”, tj. nieskrępowaniem sprawami codziennymi, zwyczajnymi, powszednimi.

„To co jest mi potrzebne rzeczywiście to dobra muzyka w tle i jak to mówią – spokojna głowa, inne problemy dnia codziennego typu obiad, coś tam, zakupy, sprzątanie...brak tego wszystkiego pozwalał mi na oddanie się malowaniu bez reszty” (kobieta, lat 71, malarstwo).

Wydaje się, że panom łatwiej te dwie sfery życia połączyć, gdyż w ich wypowiedziach nie pojawiają się wskazania na problemy tego typu.

„Moja pasja nigdy mi w życiu nie przeszkadzała. Po prostu ona pomagała mi wypełnić wolny czas. Czasami no może żona by wołała, żebyś wbił gwoździe w ścianę, niż siedział i czytał, ale jak trzeba to i gwoździe wbije w ścianę, i do książki się wróci” (mężczyzna, lat 70, historia regionalna).

Drugim nurtem pojawiającym się w oświadczeniach badanych jest życie dla siebie i ukierunkowanie działań na samorealizację. Badani do realizowanych przez siebie pasji mają bardzo szczególny stosunek. Postrzegają je jako coś wyjątkowego i doceniają możliwość działania w taki właśnie sposób. Odnajdują w tych wybranych przez siebie dziedzinach szansę na wyrażenie i zaznaczenie siebie, odczuwają satysfakcję z osiągniętych efektów.

„Nie jestem aż takim natogowcem, jeśli chodzi o pasję, że ona przeszkadza mi żyć. Ona pomaga mi żyć. Po prostu jest wypełnieniem czasu wolnego. To jest samorealizacja. To jest uzupełnienie tych prozaicznych codziennych czynności, to jest ta sól i pieprz naszego życia (...) No i myślę, że każdemu można życzyć takiej drogi życia” (mężczyzna, lat 70, regionalistyka).

Swojej pracy twórczej stawiają wymagania, którym konsekwentnie starają się sprostać. Nie można powiedzieć, aby byli wobec siebie pobłażliwi, ale nie są także nadmiernie krytyczni. Pozytywnie oceniają swoje zainteresowania i są świadomi trudów doznawanych podczas ich realizacji, a swoją pasję traktują jako aktywność na miarę posiadanych możliwości. Wydaje się, że mają poczucie adekwatności, opowiadanie o efektach własnej pracy twórczej nie onieśmiela ich, czują się na tym polu jak „u siebie”. Doceniają swoją aktywność, ale czują też, że jest im ona przypisana.

„Moje wiersze nie są do rymu, one są od serca. Moje wiersze są skomplikowane, tak jak całe moje życie. I ja staram się w tym, na co patrzę znaleźć piękno. Bóg wybrał mnie w swoim czasie i dał mi doświadczyć niejednego życia...ja miałam życie burzliwe, wyjątkowo utkane, ale nie poszłam na zmarnowanie. I o tym jest moja poezja” (kobieta, 65 lat, poezja)

Traktują te działania jako coś naturalnego, oczywistego albo wyznaczonego im przez jakąś wyższą siłę (Boga).

„Ja wiem, że to wszystko mam tylko dzięki Bogu. Mam talent, którego nie wolno schować, ponieważ za to się ponosi odpowiedzialność, bo moje życie było jałowe bez wiary, gdyby nie mój rozwój związany z wiarą, to nie byłoby mnie” (kobieta, 65 lat, poezja).

„Pan Bóg dał mi dużo siły do tego, żeby to robić. Ta pasja do mojego Boga to jest coś, co napędza mnie, moje życie i też pozwala mi podejmować decyzje” (kobieta, lat 60, aktywność społeczna).

Powołanie do twórczości, czy to malarskiej, poetyckiej, społecznej, konstruktorskiej, czy eksploratorskiej uznają za immanentną cechę swego życia. Jest ona swego rodzaju zobowiązaniem wynikającym z talentu, ale również własnym, wybranym, zaakceptowanym i celowym. Jest to także droga realizowania potrzeby generatywności, zaznaczania swojego istnienia, może nawet pewnej nieśmiertelności.

Co ciekawe, badani zwykle ujawniają kilka różnych pasji, z tym że nie każda z nich jest realizowana z równą mocą i oddaniem. Zazwyczaj jedna z nich jest dominująca. W niektórych opowieściach dostrzec można stopniowe dojrzewanie w ramach wybranej dziedziny, w innych natomiast zaznacza się poszukiwanie, próbowanie wielu alternatyw,

a nawet zmiany czy naprzemienne wybory (Por. Jankowski, 1993). Generalnie jednak narratorzy wierni są swoim najwcześniej objawionym upodobaniom. Nic nie wskazuje na to, by na tym etapie życia planowali w tym zakresie jakieś znaczące zmiany.

„Czy jakieś uzdolnienia jeszcze we mnie są nie wiem...ale poezja jest dla mnie najwyższą formą wyrazu. Mam bardzo dobrą znajomą, która pięknie maluje i ona zaprasza mnie bym przychodziła do niej i malowała. Ale to nie jest mi potrzebne. Ja już mam swój warsztat. Może tak jeszcze być, ale nie w tej chwili...” (kobieta, 65 lat, poezja).

Ich aktywność jest raczej ukierunkowana, przemyślana, wolna od przymusu zewnętrznego i powodowana wewnętrzną potrzebą. Badani zapewniają wręcz o braku możliwości wyobrażenia sobie swojego życia bez tych zajęć, bez tego zaangażowania, czy po prostu bez tej części siebie.

„To jest moja pasja, która przede wszystkim daje mi zadowolenie z siebie, z tego, że mogę coś namalować. Ale to dopiero później, bo na początku to człowiek się męczył, bo to jest też ciężka praca” (kobieta, lat 67, malarstwo).

„Ja sobie nie wyobrażam siebie bez tego absolutnie. Ja zawsze byłam aktywna. Ja nigdy nie siedziałam w domu. Ja zawsze gdzieś byłam, a potem jak poszłam na emeryturę, to nie wyobrażałam sobie, żeby siedzieć w domu i nic nie robić” (kobieta, lat 70, rękodzieło).

„Ta moja pasja, tych wiele pasji, to przed wszystkim daje mi energię. Daje mi chęć do patrzenia w przyszłość. Choć ta moja przeszłość jest fajna, to ja jednak lubię patrzeć w przyszłość i łączyć ją jeszcze z marzeniami. To daje mi chęć do życia” (kobieta, lat 60, aktywność społeczna, ogrodnictwo, turystyka).

Zasadnicza amatorska aktywność pasjonacka narratorów „obudowana” jest jeszcze innymi skłonnościami. Do takich zaliczyć można samouctwo, kolekcjonerstwo, podróże oraz uczestnictwo w szeroko pojmowanej kulturze. Badani podchodzą z dużą atencją do sztuki i jej wytworów. Regularnie uczestniczą w wydarzeniach kulturalnych. W dwóch przypadkach kontakt ze sztuką wyprzedzał zaangażowanie w czynnie uprawiane malarstwo. Spotkanie z dziełami uznanych mistrzów, ale też mniej znanych artystów, pozwoliło dojrzeć pasji i ułatwiło im podjęcie decyzji o wyborze tej dziedziny twórczości.

„W tamtym czasie ja pochłaniałam wernisaże, wystawy...i za któryś razem przyświeciła mi taka myśl, że ja też potrafię malować. No i wtedy po prostu zrozumiałam też, że będzie to tak absorbujące dla mnie zajęcie, że wszystko inne będzie musiało być odłożone na bok. I tak rzeczywiście było” (kobieta, 71 lat, malarstwo).

Sztuka to także obszar, na którym spotykają swoje „bratnie dusze”, to temat do rozmów, okazja do wzruszeń, a także poszukiwania artystycznych wyzwania. Swym zamięłowaniem do wartości artystycznych zarażają innych, chętnie przekazują informacje na ten temat otoczeniu, zwłaszcza zaś swoim znajomym. Doceniają pracę innych twórców, w szczególności profesjonalistów, od których mogą się wiele nauczyć. Szanują także innych amatorów, nawet reprezentujących odmienne dziedziny.

„No i z innymi też człowiek rywalizuje, konkuruje. Natomiast kto pierwszy odkryje coś, czym także ja się zajmuję, temu ja pierwszy złożę gratulacje i będę się cieszył, że cel został osiągnięty. Także ta rywalizacja to nie przeszkadza, a chyba raczej pomaga” (mężczyzna, lat 70, regionalistyka).

Warto zaznaczyć, że wszystkim narratorom towarzyszy afirmacja życia, której formą, a także przyczyną może być aktywność twórcza, hobbystyczna, pasjonacka.

W wypowiedziach badanych daje zauważyć się duża otwartość na problemy społeczne, relacje międzyludzkie, zarówno w rodzinie jak i w wymiarze społecznym.

„Mam takie marzenie, ono jest związane z tym, żeby pomagać młodym ludziom, zagubionym ludziom, właśnie z nałogami, nie tylko młodym. Bardzo mi leży na sercu problem alkoholizmu i ludzi takich bezdomnych, zagubionych, którzy niekoniecznie są w nałogach, ale którzy nie mają gdzie mieszkać i stacząją się. I bardzo bym chciała im pomagać. I właśnie teraz wołam do Pana, by dał mi znak jak ta pomoc ma wyglądać” (kobieta, 60 lat, aktywność społeczna).

Osoby te posiadają uregulowane życie, ich świat wydaje się być bezpieczny, wzbogacony amatorską aktywnością twórczą. Interesują się równocześnie innymi ludźmi, ich losem, skłonne są do niesienia pomocy, angażują się w działania społeczne. Treścią niektórych z nich jest czynnie realizowana aktywność hobbystyczna.

Badane osoby traktują czas późnej dorosłości jako kolejny, świadomie przeżywany etap życia. W ich wypowiedziach daje się zauważyć akceptacja siebie, swoich potrzeb, a także ograniczeń. Osoby te doskonale zdają sobie sprawę ze znaczenia kondycji zdrowotnej dla jakości ich życia. Dlatego ujawniają troskę o swój dobrostan i podejmują wiele działań w celu jego utrzymania. Przejawem tego są wskazywane przez badanych: aktywność ruchowa, dbałość o dietę, spotkania z rówieśnikami i przedstawicielami innych grup wiekowych (przy czym należy zaznaczyć, że krąg tych osób nie ogranicza się tylko do własnych dzieci i wnuków), uczestnictwo w kulturze i rekreacji. Wszystkie badane osoby, nawet najstarszy, 82-letni narrator, charakteryzują się dobrym (relatywnie do wieku) stanem zdrowia i dużą sprawnością.

O życiodajnej mocy pasji twórczej wydaje się świadczyć stosunek badanych do siebie i do otoczenia. Osoby te są pogodne, otwarte, z dumą prezentują swój dorobek i śmiało kreślą plany dalszego rozwoju. Wydaje się także, że ludzie ci są przygotowani do starości, nie czynią z niej tabu, dostrzegają jej radości, ale także troski. Zapewne zmagają się z trudnościami, jednak traktują je zadaniowo. W zdecydowanie większym stopniu eksponują pozytywy. Twórcze działania nie są dla nich ucieczką; aby je podejmować, potrzebują dobrego samopoczucia.

„Myślę o mojej pasji, mimo że nie mam czasu dla niej, to o niej myślę. Nie jest to dla mnie jakiś zamknięty etap, a raczej ciągle nieodkryty. Ciągle mam i odkrywam jakieś nowe koncepcje, w tym czasie tego oczekiwania mam nowe pomysły na jakieś nowe obrazy. Mam nowe przemyślenia” (kobieta, 71 lat, malarstwo).

Stawiają wymagania otoczeniu, a dla samych siebie tworzą wizje rozwojowe. Są wśród nich osoby usatysfakcjonowane dotychczasowymi osiągnięciami:

„No mam poczucie satysfakcji z mojej pracy w dziedzinie modelarstwa na pewno, w elektroakustyce też na pewno. Czuję się, że tak powiem pionierem tego, co uzyskałem” (mężczyzna, 82 lata, modelarstwo i akustyka).

oraz takie, które są przekonane, że stać je na więcej, że ich największe dzieło dopiero powstanie.

„Ja nie mam wielkich jakichś sukcesów malarskich, bo ja jestem na początku drogi ciągle. Wiem, że wiele jeszcze można, mam takie plany, marzenia, żeby jeszcze namalować swoje najważniejsze obrazy, bo one chyba jeszcze nie powstały. Oczywiście wiem, że jeśli czas mi na to pozwoli, opieki nad dziećmi będzie mniej potrzeba, to one powstaną i no bardzo na to liczę. Ja nie za bardzo chcę się pokazywać, bo mój dorobek nie jest taki wielki. On jest stanowczo za mały w stosunku do tego, co myślałam, że będę robić. Stanowczo za mały...” (kobieta, lat 71, malarstwo).

Podsumowanie

Podjęta przez badanych aktywność zajmuje ważną część ich życia, dodaje im żywotności, niesie szansę realizowania potrzeby znaczenia i zaspokaja wolę generatywności, czyni zatem ich życie twórczym. Stwarza możliwość zaznaczenia swojej obecności w świecie, odciśnięcia indywidualnego znaku. Pozwala również poczuć wspólnotę z innymi.

Historie badanych nie są wolne od uwikłań, czy zawiedzionych nadziei. Jednak bilans zebranych w ciągu życia owoców i zaangażowania włożonego w ich pozyskanie wydaje się być dodatni. To pozwala przyjąć założenie o zasadności wyznaczenia przez człowieka w jego życiu celu ponad stan konieczności. Wybrana dziedzina aktywności nie musi wiązać się z ponadprzeciętnymi uzdolnieniami, ma przecież odnosić się do poziomu amatorskiego, wymaga jednak woli, zaangażowania i pewnej biegłości (którą można uzyskać w toku szeroko pojmowanej edukacji). Badani bez wątpienia spełniają zadania dedykowane osobom trzeciego wieku, tj. ujawniają wolę dzielenia się swoją wiedzą i umiejętnościami z młodszymi, doceniają innych ludzi, nie ustają w samorozwoju, realizują swoje kompetencje decyzyjne, społeczne i autokreacyjne (Szarota, 2009). Osoby te są aktywne, zaangażowane i dobrze zorientowane w zakresie skierowanych do nich ofert, są także konstruktywnie krytyczne wobec tych propozycji i wybierają tylko te, które ich zdaniem są interesujące. W ich wypowiedziach daje zauważyć się oczekiwanie na wsparcie (zwłaszcza organizacyjne) w zakresie „spotkania” z ludźmi gotowymi do odbioru ich dzieł. Wobec tego, można tutaj wskazać na zasadność upowszechniania przedsięwzięć o charakterze międzypokoleniowym (np. warsztatowych), skierowanych do zróżnicowanych wiekowo grup, podejmujących wspólne działania w oparciu o posiadane zasoby i zainteresowania. Pozwoli to spotkać się członkom twórczego plemienia (Robinson,

2012), zaspokoić potrzebę społecznego istnienia, a także prestiżu i uznania u seniorów, zaś w przypadku innych grup wiekowych wpisze się w nurt edukacji przez starość (Szarota, 2015), której efektów nie sposób przecenić, ponieważ obecni młodzi to przyszli starzy, którzy na barwy jesieni swojego życia pracują już dziś.

Bibliografia:

- Błachnio, A. (2002). Pytanie o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości, (w:) K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, 13-52, Bydgoszcz: Wyd. Akademii Bydgoskiej.
- Dubas, E. (2013). Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością, *Rocznik Andragogiczny*, 20, 135-152.
- Dubas, E. (2016). Starość – darem, zadaniem i wyzwaniem. Rola aktywności i edukacji (wybrane wątki), (w:) E. Dubas, M. Muszyński (red.), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, 233-243, Łódź: Wyd. UŁ.
- Gołaszewska, M. (1986). *Kim jest artysta?*, Warszawa: WSiP.
- Górniewicz, J. (2001). *Kategorie pedagogiczne: odpowiedzialność, podmiotowość, samorealizacja, tolerancja, twórczość, wyobraźnia*, Olsztyn: Wyd. UWM.
- Jankowski, D. (1993). Autoedukacja wyzwaniem współczesności, (w:) J. Górniewicz (red.), *Stare i nowe dylematy teorii wychowania. Materiały z konferencji naukowej*, 121-128, Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
- Kamiński, A. (1978). *Studia i szkice pedagogiczne*, Warszawa: PWN.
- Kawula, S. (2005). Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, 551-564, Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
- Klimczuk, A. (2013). Kreatywne starzenie się. Przykłady zagranicznych i polskich zaleceń i praktyk, (w:) A. Zawada, Ł. Tomczyk (red.), *Seniorzy w środowisku lokalnym (badania empiryczne i przykłady dobrych praktyk)*, 24-46, Katowice: Wyd. UŚ.
- Konieczna-Woźniak, R. (2016). Starość czasem samorealizacji – subiektywne i obiektywne postrzeganie zjawiska, (w:) E. Dubas, M. Muszyński (red.), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, 221-232, Łódź: Wyd. UŁ.
- Lam, W. (1977). *Twórczość przejawem instynktu życia*, Gdańsk: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Lasocińska, K. (2009). Badania biograficzne twórców. Rola twórczości w kształtowaniu życia, (w:) K. J. Szmidt (red.), *Metody pedagogicznych badań nad twórczością. Teoria i empiria*, 105-146, Łódź: Wyd. AH-E.
- Łukaszewski, W. (1984). *Szanse rozwoju osobowości*, Warszawa: Wyd. Książka i Wiedza.
- Małyńska, A. (2019). *Kreatywność w późnej dorosłości. Narracje seniorów*, Olsztyn: Wyd. UWM.
- Maslow, A.H. (1990). *Motywacja i osobowość*, Warszawa: Wyd. PAX.
- Nęcka, E. (2001). *Psychologia twórczości*, Gdańsk: GWP.

- Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Ożóg, T. (2006). O kilku rzeczach istotnych dla późnej dorosłości, (w:) S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, 64-83, Lublin: Wyd. KUL.
- Panek, W. (1990). *Twórczość ludowa jako przejaw psychicznych potrzeb człowieka*, Warszawa: PWN.
- Pietrasiński, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*, Warszawa: Wyd. „Wiedza Powszechna”.
- Popek, S. (2001). *Człowiek jako jednostka twórcza*, Lublin: Wyd. UMCS.
- Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa – Poznań: PWN.
- Robinson, K. (2012). *Uchwycić żywiota. O tym, jak znalezienie pasji zmienia wszystko*, Kraków: Wyd. Element.
- Stasiakiewicz, M. (1999). *Twórczość i interakcja*, Poznań: Wyd. UAM.
- Steuden, S. (2009). *Szczęśliwi po pięćdziesiątce*, Warszawa: WSiP.
- Suchodolski, B. (1982). *Kształt życia*, Warszawa: Wyd. Nasza Księgarnia.
- Suchodolski, B. (1983). *Wychowanie i strategia życia*, Warszawa: WSiP.
- Sujak, E. (1998). *Rozważania o ludzkim rozwoju*, Kraków: Wyd. Znak.
- Szarota, Z. (2009). Seniorzy w przestrzeni kulturalno-edukacyjnej społeczeństwa wiedzy, *Chowanna*, t. 2(33), 77-96.
- Szarota, Z. (2015). Uczenie się starości, *Edukacja Dorosłych*, 1, 22-35.
- Szmidt, K.J. (2010). *ABC kreatywności*, Warszawa: Wyd. Difin.
- Trafiałek, E. (1995). Człowiek stary w społeczeństwie polskim, *Praca Socjalna*, 4, 17-24.
- Worach-Kardas, H. (1983). *Wiek a pełnienie ról społecznych*, Warszawa-Łódź: PWN.
- Zych, A.A. (1999). *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice: Wyd. Śląsk.

Część II.

Dr n. med. Justyna Stępkowska, <https://orcid.org/0000-0002-0035-8964>

Instytut Nauk Medycznych

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie

Jagoda Przygodzka, <https://orcid.org/0000-0003-2607-2857>

Wydział Studiów nad Rodziną

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie

Metody rozpoznawania płodności jako narzędzie profilaktyki zdrowotnej wspierającej proces diagnostyczny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w opinii kobiet w wieku rozrodczym

Fertility awareness-based methods as a tool for preventive healthcare supporting diagnostic process of reproductive health disorders in opinion of women in reproductive age

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.307>

Abstrakt: Płodność człowieka stanowi jeden z przejawów zdrowia. Obserwacja wskaźników płodności może być wykorzystana jako pomocnicze narzędzie obserwacji stanu zdrowia kobiet, w szczególności w obszarze zdrowia prokreacyjnego. Metody rozpoznawania płodności to grupa metod opartych o obserwację wskaźników płodności, spośród których do głównych wskaźników należą: podstawowa temperatura ciała, obecność i cechy śluzu szyjkowego, fizjologiczne zmiany w obrębie szyjki macicy. W artykule zaprezentowano wyniki badań, których celem była analiza wiedzy kobiet na temat metod rozpoznawania płodności i możliwości wykorzystania tych metod, jako narzędzia profilaktyki zdrowotnej, wspierającego proces diagnostyczny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Badania ilościowe zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, w grupie pełnoletnich 244 kobiet w wieku rozrodczym. Uzyskane wyniki wskazują na wysoki poziom świadomości kobiet dotyczącej uwarunkowań płodności człowieka oraz możliwości zastosowania regularnej samoobserwacji cyklu miesięczkowego i wskaźników płodności w procesie diagnostycznym zaburzeń zdrowia prokreacyjnego.

Słowa kluczowe: metody rozpoznawania płodności, MRP, płodność, profilaktyka zdrowotna, zdrowie prokreacyjne.

Abstract: Human fertility is one of the symptoms of health. The observation of biomarkers of fertility can be used as an additional one tool for women's health monitoring, especially for reproductive health. Fertility awareness methods are based on the observation of biomarkers of fertility. The main

biomarkers are: basal body temperature, presence and characteristics of cervical mucus, physiological changes in the cervix. The article presents the results of research aimed at analyzing women's knowledge about fertility awareness methods and the possibility of using these methods tool for preventive healthcare supporting the diagnostic process of reproductive health disorders. The research was carried out using the diagnostic survey method based on the author's questionnaire. The study was conducted among 244 women in reproductive age. The obtained results confirm the increasing level of women's awareness of the determinants of human fertility and the possibility of using regular monitoring of the menstrual cycle and biomarkers of fertility for preventive healthcare supporting the diagnostic process of reproductive health disorders.

Keywords: fertility awareness-based methods, FABM, fertility, health prophylaxis, reproductive health.

1. Wprowadzenie do badań własnych

Wiek XX i trwający wiek XXI związane są z dużym postępem w dziedzinie nauk medycznych i o zdrowiu. Postęp technologiczny sprawił, że dostęp do nauki i jej odkryć stał się niemal powszechny, a co za tym idzie, możemy obserwować istotny jego wpływ na życie społeczeństw i pośrednio związany z nim wzrost dbałości o profilaktykę zdrowotną. We wdrażanych systemowo programach zdrowotnych, jak również kampaniach i projektach z obszaru opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego, większy nacisk kładziony jest na profilaktykę zdrowotną i wczesną diagnostykę chorób. Rośnie zainteresowanie kobiet świadomą obserwacją swojego organizmu, regularną oceną wyników podstawowych badań laboratoryjnych, możliwością bezpiecznej suplementacji witamin i mikroelementów, poprawą wydolności organizmu. W obszarze zdrowia prokreacyjnego zauważalny jest wzrost częstości stosowania obserwacji cyklu miesięczkowego oraz stosowania metod rozpoznawania płodności (MRP) (Polis, Jones, 2018; Simmons, Jennings, 2020). Kobiety w swych wyborach częściej kierują się aspektem bezpieczeństwa zdrowotnego i minimalizacji ryzyka wystąpienia działań niepożądanych (Kavanaugh, Jerman, 2018; Nilsson et al., 2018). Jednym z wymiarów tego trendu jest świadoma dbałość o płodność, połączona z regularną obserwacją cyklu miesięczkowego, nakierowaną na wartość prewencyjną i diagnostyczną obserwacji.

Metody rozpoznawania płodności (MRP) to grupa metod opartych o obserwację jednego lub kilku wskaźników płodności (spośród których do głównych wskaźników należą: pomiar podstawowej temperatury ciała (PTC), monitoring śluzu szyjkowego i szyjki macicy), służących wyznaczaniu dni płodnych i niepłodnych w cyklu miesięczkowym kobiety (Kleinschmidt et al., 2019; Pallone, Bergus, 2009; Simmons, Jennings, 2020). Do metod rozpoznawania płodności zaliczamy metody jednowskaźnikowe (obserwacja jednego wskaźnika płodności) np. metoda Billingsa, metoda termiczna ścisła oraz metody wielowskaźnikowe – objawowo - termiczne (obserwacja więcej niż jednego wskaźnika płodności) np. metoda Rötzera, metoda objawowo - termiczna podwójnego sprawdzenia (Simmons, Jennings, 2020). Metody rozpoznawania płodności i obserwacja cyklu

miesiączkowego mogą być użyteczne w monitorowaniu zdrowia prokreacyjnego (Al-Ateeg, 2004; Bull et al., 2019; Manhart, Fehring, 2018). Biorąc pod uwagę, że płodność człowieka jest ściśle związana z ogólnym stanem zdrowia oraz, że stanowi jeden z objawów zdrowia, obserwacja wskaźników płodności może być wykorzystywana jako narzędzie indywidualnego i bezpiecznego monitoringu zdrowotnego kobiet, również w szerszym zakresie niż tylko prokreacyjny. Dodatkowo wskazuje się na niską kosztocłonność stosowania MRP oraz aspekty społeczne (Pallone, Bergus, 2009; Barroilhet et al., 2018; Unseld et al., 2017).

Prowadzona przez kobietę regularna obserwacja i związana z nią większa świadomość fizjologicznych zmian zachodzących w żeńskim układzie płciowym w trakcie cyklu jajnikowego oraz cyklu macicznego, skrupulatnie prowadzone karty obserwacji i indywidualne notatki, mogą być istotnym uzupełnieniem badania przedmiotowego oraz stanowić wskazówkę diagnostyczną dla lekarza (Szymaniak, Ślizień-Kuczapska, 2016). Zaś prawidłowo postawiona diagnoza warunkuje dobór właściwego i skutecznego leczenia zaburzeń zdrowia.

Monitoring stanu zdrowia realizowany z wykorzystaniem samoobserwacji wskaźników płodności może w części przypadków stanowić skuteczną prewencję wczesnych poronień (Gałęziowska, 2007; Putowski, 2017). Systematyczne i wnikliwe obserwacje cyklu miesięczkowego mogą być również przydatną sugestią diagnostyczną w przypadku niektórych zaburzeń hormonalnych (Gałęziowska, 2007; Szymaniak, Ślizień-Kuczapska, 2016).

Obserwowane zmieniające się cechy i ilość śluzu szyjkowego, pojawiające się upławy pozwalają w znacznym stopniu przyspieszyć diagnozę i leczenie niektórych chorób infekcyjnych (np. grzybiczych, bakteryjnych czy wywoływanych przez pierwotniaki), co stanowi ważną formę prewencji nie tylko przewlekłych zapaleń narządów miednicy mniejszej, lecz również zwiększonego ryzyka zaburzeń płodności w przyszłości.

Obserwacja regularności krwawień miesięczkowych, ich długości, obfitości oraz wiedza i umiejętność rozpoznawania krwawień dodatkowych są ważnymi elementami diagnostycznymi, i mogą okazać się przydatne w ocenie nie tylko nakierowanej na patologie narządu rodowego czy zaburzenia hormonalne, lecz również na wybrane choroby niezwiązane bezpośrednio z układem płciowym (np. cukrzycę, niektóre choroby nerek, wątroby, niektóre choroby autoimmunologiczne) (Skrzypczak, Wróbel, 2017). Obserwacja cyklu miesięczkowego realizowana w ramach stosowania MRP może być też pomocna w ukierunkowaniu na diagnostykę onkologiczną (Rötzer, 2016).

Usystematyzowane i walidowane metody obserwacji cyklu miesięczkowego i wskaźników płodności mogą mieć zastosowanie nie tylko diagnostyczne, ale mogą zostać szeroko wykorzystane w profilaktyce zdrowia. Jednak warunkiem wykorzystania takiego potencjału metod rozpoznawania płodności jest wiedza dotycząca ich stosowania.

Założeniem prezentowanych w niniejszej pracy badań wstępnych była ocena podstawowej wiedzy kobiet w tym zakresie.

2. Badania własne

2.1. Cel badania

Celem badania była analiza wiedzy pełnoletnich kobiet w wieku rozrodczym na temat metod rozpoznawania płodności i możliwości wykorzystania tych metod, jako narzędzia profilaktyki zdrowotnej oraz wspierającego proces diagnostyczny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego.

2.2. Materiał i metody

Prezentowane w niniejszej pracy badania miały charakter wstępny i profilujący. Badania stanowią pierwszy etap zaprojektowanych ogólnopolskich analiz reprezentatywnych, dotyczących stosowania metod rozpoznawania płodności przez kobiety w wieku rozrodczym w Polsce.

Badania ilościowe zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Dane zbierane były od marca do czerwca 2019 r. Badanie miało charakter anonimowy. Udział w badaniu był dobrowolny.

Dwuczęściowy kwestionariusz obejmował pytania dotyczące zmiennych socjodemograficznych (9 pytań) oraz właściwą część badawczą kwestionariusza składającą się z 28 pytań zamkniętych wielokrotnego lub jednokrotnego wyboru, w tym 20 pytań opartych o pięciostopniową skalę Likerta.

Uzyskane wyniki zostały opracowane przy użyciu programu Microsoft Excel, następnie poddane zostały analizie jakościowej.

2.3. Charakterystyka badanej grupy

Ogół badanej grupy stanowiły kobiety w wieku rozrodczym od 18 do 50 roku życia. Zastosowana górna granica wieku wynikała ze znacznego zróżnicowania wieku kobiet wkraczających w okres menopauzalny w umiarkowanej strefie klimatycznej. Badaniem objęto 244 kobiety. Istotna większość badanych kobiet (76%) mieściła się w przedziale wiekowym między 18 a 35 r. ż.

Charakterystyka badanej grupy pod względem miejsca zamieszkania wskazuje, że najliczniej (44%) reprezentowane były ośrodki miejskie powyżej 250 tysięcy mieszkańców oraz obszary wiejskie (31%). Zdecydowana większość badanych kobiet zamieszkiwała

województwo łódzkie (72%). W większości (67%) badane kobiety pod względem poziomu wykształcenia deklarowały wykształcenie wyższe. 68% kobiet pod względem statusu na rynku pracy określiło się jako osoby pracujące lub uczące się/studiujące (23%). Zdecydowana większość badanych tj. 80% określiło swój status ekonomiczny jako średni.

Ponad połowa badanych kobiet (51%) była w związku małżeńskim, 29% w związku nieformalnym. 58% kobiet nie posiadało dzieci.

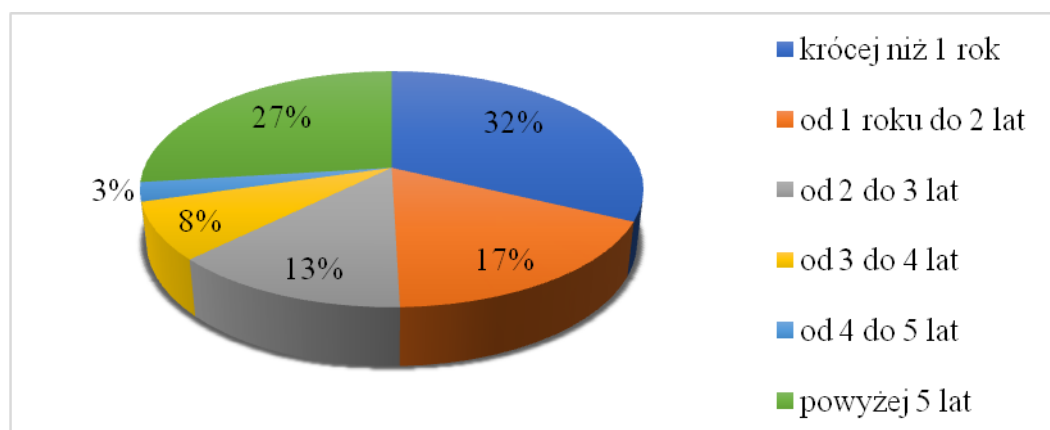
2.4. Wyniki i dyskusja

Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że zdecydowana większość badanych kobiet tj. 81% znało pojęcie *metody rozpoznawania płodności*. Na uwagę zasługuje dość wysoki odsetek kobiet (19%), które z pojęciem tym spotkały się po raz pierwszy przy okazji uczestnictwa w badaniu. Wskazuje to, że pomimo coraz częściej podejmowanej w dyskursie społecznym tematyki dotyczącej zdrowia prokreacyjnego oraz stosunkowo bogatej oferty internetowej prezentującej w przystępnej formie informacje z zakresu fizjologii płodności i MRP oraz dostępnych cyfrowych aplikacji (również mobilnych np. polska aplikacja INER Cycle) do oceny cyklu miesięczkowego (Berglund Scherwitzl et al., 2015; Kleinschmidt et al., 2019; Moglia et al., 2016; Simmons, Jennings, 2020; Starling et al., 2018), wciąż dość liczna grupa kobiet w wieku rozrodczym nie posiada wystarczającej wiedzy o możliwości obserwacji cyklu miesięczkowego i wskaźników płodności z wykorzystaniem MRP. Jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań, preferowanym źródłem informacji na temat MRP dla większości respondentów (61%) jest internet. Podobne pod tym względem wyniki uzyskano w 2012 oraz 2018 roku w badaniach realizowanych wśród studentów uczelni medycznych i niemedycznych (Muzyczka et al., 2012; Bączek et al., 2018). Znajomość fizjologii płodności oraz zasad obserwacji wskaźników płodności powinny stanowić element wiedzy powszechnej wśród pełnoletnich kobiet. Podstawowa wiedza dotycząca fizjologii stanowi fundament dla rozumienia funkcjonowania własnego organizmu oraz jest istotnym elementem zarówno świadomej dbałości o zdrowie jak również profilaktyki zaburzeń zdrowia, w tym zdrowia prokreacyjnego.

Analiza dotycząca stosowania MRP przez badane kobiety w wieku rozrodczym wykazała, że 53% badanych nigdy nie zastosowało żadnej z metod rozpoznawania płodności. Wśród pozostałych 47% badanych, deklarujących stosowanie metod rozpoznawania płodności w przeszłości lub obecnie, najczęściej stosowaną metodą była metoda termiczna (27%). Na drugim miejscu pod względem częstości stosowanych metod znalazła się metoda objawowo - termiczna podwójnego sprawdzenia (angielska) - 18%. Uzyskany wynik wskazuje, że najczęściej stosowaną wśród badanych kobiet była metoda jednowskaźnikowa, oparta głównie o pomiar temperatury (PTC). Metody oparte o pomiar podstawowej temperatury ciała mają większą dokładność w porównaniu do metod

statycznych (kalendarzowych), opartych wyłącznie na dacie miesiączki czy długości cyklu (Bull et al., 2019; Kleinschmidt et al., 2019). Pomiar PTC jest istotnym wskaźnikiem płodności, przydatnym w kompleksowej interpretacji cyklu miesięczkowego. Jednak ze względu na czynniki dotyczące zasad prawidłowego pomiaru temperatury (m.in.: odpowiednio długi czas pomiaru dokonywany od razu po przebudzeniu lub wypoczynku trwającym minimum 1,5 h, generalnie o stałej porze (+/- 1,5 h), we właściwym miejscu, na styku błon śluzowych w jamie ustnej, odbycie lub pochwie) oraz ze względu na czynniki mogące wpływać na wysokość PTC (zarówno wynikające ze stanu zdrowia, stresu, spożycia alkoholu itd.), metody oparte o jednoczesną interpretację dodatkowego wskaźnika/wskaźników, zmniejszają ryzyko błędu oraz charakteryzują się większą dokładnością (Barron, Fehring, 2005; Pallone, Bergus, 2009; Simmons, Jennings, 2020; World Health Organization, 2020). Uzyskane wyniki korespondują z wcześniej uzyskanymi dotyczącymi znajomości pojęcia MRP i wskazują, że sama znajomość pojęcia jest niewystarczająca i nie niesie ze sobą istotnych walorów praktycznych. Wręcz przeciwnie, stosowanie metod o ograniczonym potencjale interpretacyjnym dotyczącym zdrowia prokreacyjnego oraz obarczonych wyższym w porównaniu do metod wielowskaźnikowych błędem, może generować niechęć obserwacji cyklu miesięczkowego i całkowite porzucenie jakiegokolwiek oceny wskaźników płodności.

Spośród badanych kobiet, które kiedykolwiek stosowały metody rozpoznawania płodności (N=115), aż 32% stosowało je krócej niż jeden rok (N=37). Jednak drugą najliczniejszą grupę (27%) stanowiły kobiety, które stosowały obserwację powyżej pięciu lat (N=31). (patrz rycina 1.)

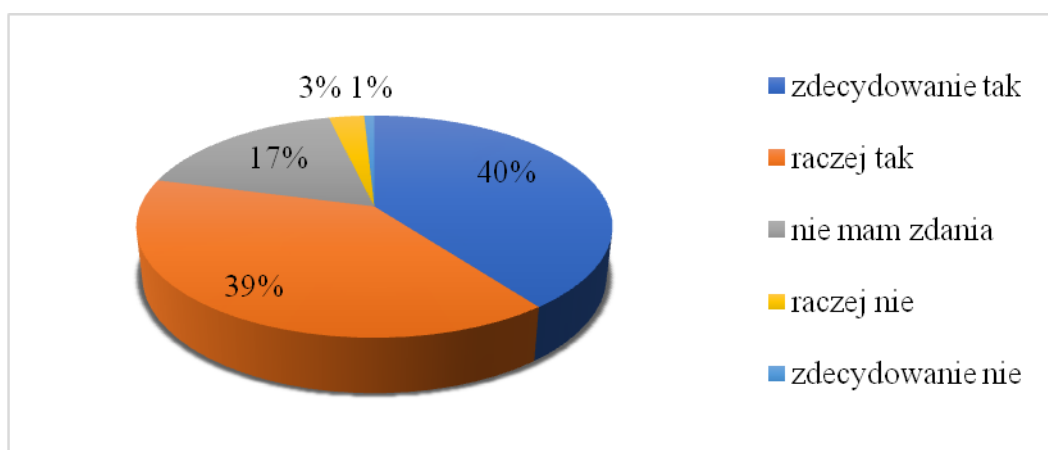


Rycina nr 1. Czasokres stosowania metod rozpoznawania płodności przez respondentki

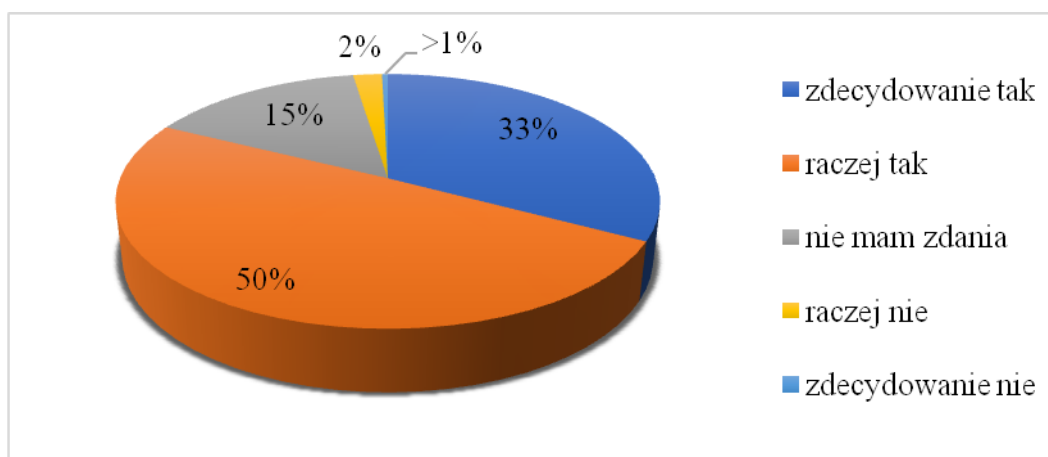
Roczna obserwacja cyklu połączona z nauką stosowanej metody oraz poznawaniem własnego organizmu, uczeniem się rozpoznawania wskaźników płodności jest krótkim okresem. Z pewnością, jednym z czynników warunkujących konsekwentną, długofalową obserwację wskaźników płodności jest właściwy dobór stosowanej metody obserwacji, odpowiadający również spersonalizowanym potrzebom kobiety. Kolejne dane wskazały, że

zdecydowana większość badanych (78%) nie stosowała żadnej z metod rozpoznawania płodności w okresie, kiedy było przeprowadzone badanie (N=190). Wśród kobiet, deklarujących aktualne stosowanie MRP (22%, N=54) najczęściej stosowaną metodą była metoda podwójnego sprawdzenia (37%); 41% kobiet aktualnie stosujących MRP stosowała ją powyżej 5 lat.

Interesujące wyniki uzyskano w grupie pytań dotyczących wiedzy badanych kobiet na temat możliwości wykorzystania MRP w profilaktyce zdrowa prokreacyjnego oraz w diagnozowaniu części zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Zdecydowana większość badanych kobiet (79%) zgodziła się, że MRP mogą być wykorzystywane z jednej strony jako skuteczne narzędzie profilaktyki zdrowotnej, z drugiej mogą być przydatne w procesie diagnostycznym części chorób układu rozrodczego (83%) (patrz rycina 2. i 3.)



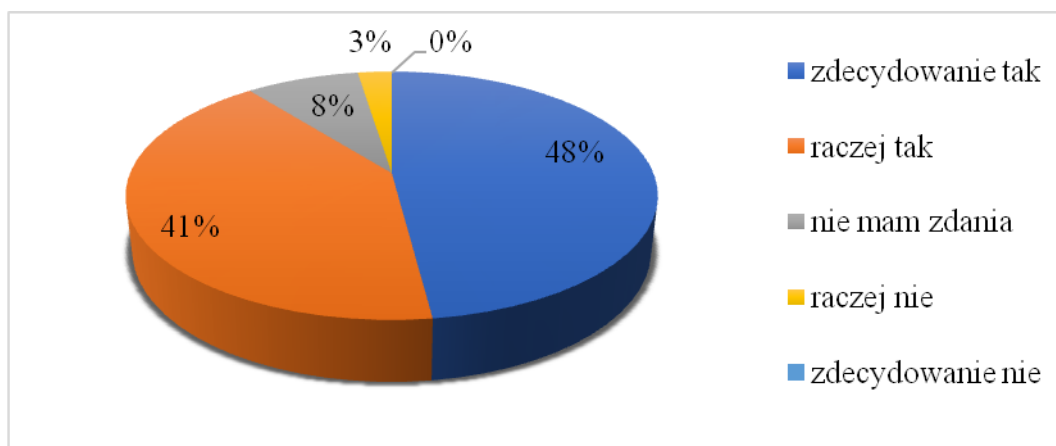
Rycina nr 2. Przydatność metod rozpoznawania płodności w profilaktyce zdrowia prokreacyjnego w opinii respondentek



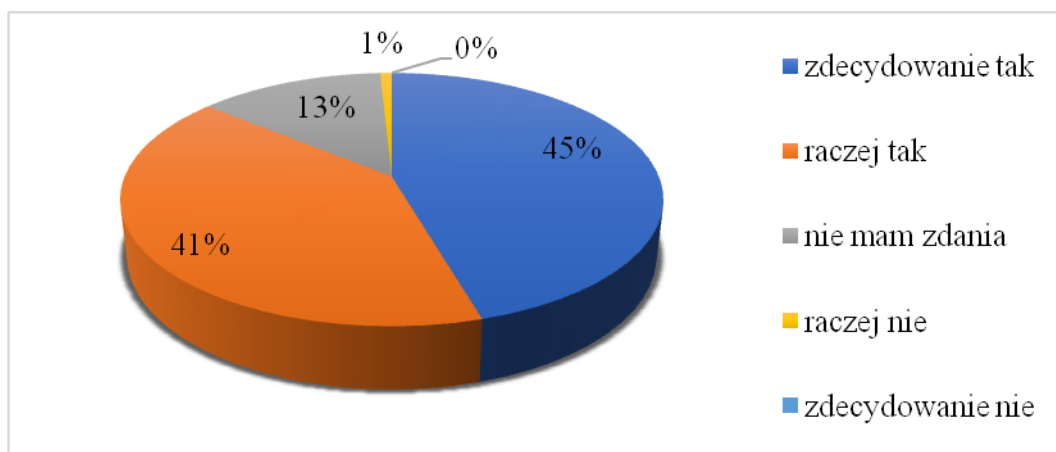
Rycina nr 3. Możliwość wykorzystania metod rozpoznawania płodności do diagnozowania niektórych chorób układu rozrodczego w opinii respondentek

Wysoki odsetek kobiet wskazujących na możliwość wykorzystania MRP w diagnostyce zaburzeń miesiączkowania (89%) oraz niektórych zaburzeń hormonalnych (86%) (patrz rycina 4. i 5.), może mieć pewne znaczenie w pośredniej ocenie efektów edukacji

w zakresie zdrowia prokreacyjnego, gdyż wskazuje na świadomość dotyczącą możliwości wykorzystania samoobserwacji cyklu miesięczkowego, nawet wśród kobiet, które nie zdecydowały się na stosowanie MRP, zaś poprawa wiedzy na temat płodności jest obecnie jednym z głównych postulatów naukowców zajmujących się zdrowiem prokreacyjnym (Harper et al., 2017).



Rycina nr 4. Możliwość wykorzystania metod rozpoznawania płodności do diagnozowania zaburzeń w miesiączkowaniu w opinii respondentek

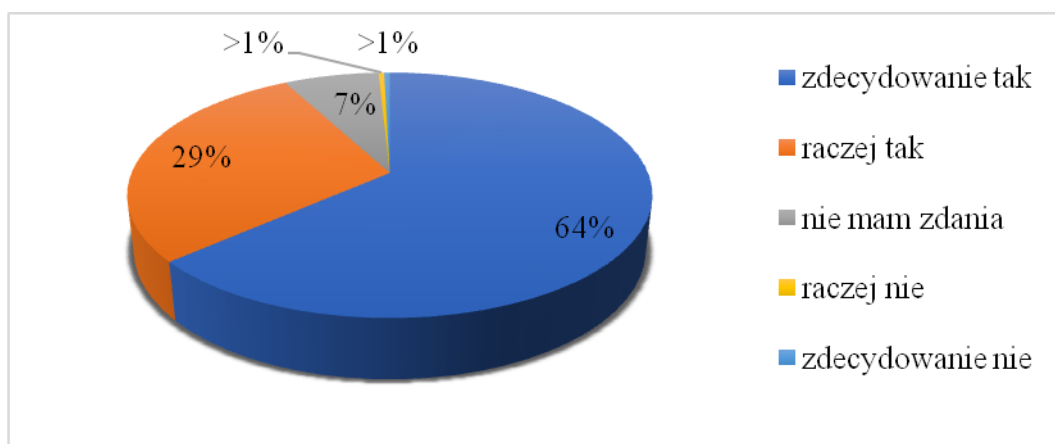


Rycina nr 5. Możliwość wykorzystania metod rozpoznawania płodności do oceny niektórych zaburzeń hormonalnych w opinii respondentek

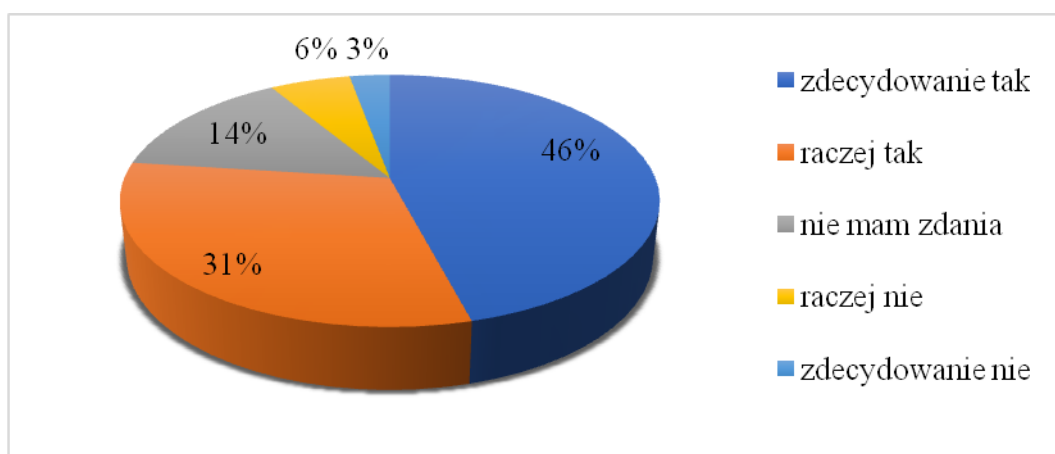
Uzyskane wyniki korespondują z wynikami badań Targan i wsp. (2018) przeprowadzonych wśród studentów trójmiejskich uczelni (medycznej i niemedycznych), w których ponad 80% respondentów wskazało, że MRP stosowane są w diagnostyce i leczeniu zaburzeń cyklu miesięczkowego i niepłodności, a rozkład prawidłowych odpowiedzi uzyskanych w tym badaniu był niezależny od płci i reprezentowanej uczelni ($p > 0,05$) (tamże). Wyniki prezentowanych w niniejszej pracy badań pokazują, że aż 90% badanych kobiet (N=220) uznało, że MRP mogą być wykorzystywane do diagnozowania zaburzeń owulacji. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia coraz częściej diagnozowanych stanów obniżonej płodności oraz niepłodności, częściowo związanych

z faktem, iż kobiety (i mężczyźni) na całym świecie opóźniają poczęcie pierwszego dziecka (Bull et al., 2019; Harper et al., 2017).

Zmieniająca się sytuacja zdrowotna, w szczególności społeczeństw krajów średnio i wysoko rozwiniętych, może mieć swoje odzwierciedlenie w stosunku populacji kobiet do metod obserwacji wskaźników płodności. Lawinowy wzrost częstości zaburzeń zdrowia prokreacyjnego, systematycznie obniżająca się płodność kobiet i mężczyzn oraz skala problemu niepłodności sprawiają, że coraz częściej MRP stosowane są w celu zwiększenia szans na poczęcie niż w celu jego odroczenia (Simmons, Jennings, 2020). W zrealizowanych badaniach aż 93% respondentek (N=225) zgodziło się, że stosowanie metod rozpoznawania płodności i obserwacji cyklu miesięczkowego może zwiększyć szansę na poczęcie dziecka (patrz rycina 6.), co podkreślane jest w części literatury przedmiotu (Bull et al., 2019; Pallone, Bergus, 2009; Warniment, Hansen, 2012). Również zdecydowana większość badanej grupy (77%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że metody rozpoznawania płodności można wykorzystać w leczeniu niepłodności (patrz rycina 7.).



Rycina 6. Możliwość stosowania metod rozpoznawania płodności w celu zwiększenia szans na poczęcie dziecka w opinii respondentek



Rycina nr 7. Możliwość wykorzystania metod rozpoznawania płodności w leczeniu niepłodności w opinii respondentek

Podsumowanie

Jakościowa zmiana podejścia do metod rozpoznawania płodności, doceniająca ich przydatność kliniczną, może zostać wykorzystana w celu powszechniejszego nauczania metod obserwacji cyklu i wskaźników płodności w celu monitorowania stanu zdrowia oraz diagnozowania, na stosunkowo wczesnym etapie, zaburzeń zdrowia prokreacyjnego kobiet. Należy podkreślić, że systematyczna obserwacja cyklu miesięczkowego może być przydatna w monitorowaniu zdrowia również w szerszej perspektywie niż tylko dotyczącej płodności. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że niektóre z zaburzeń ogólnoustrojowych diagnozowane są wtórnie, przy okazji diagnostyki np. zaburzeń miesięczkowania. Zauważalne zmiany w społecznym postrzeganiu płodności, wyrażające się w coraz częstszym postrzeganiu płodności jako dobra deficytowego, pozwalają na stopniowe przywracanie płodności należnego miejsca, jako istotnemu przejawowi i warunkowi pełnego zdrowia człowieka.

Bibliografia:

- Al-Ateeg F.A. (2004). Natural family planning revisited, *Saudi Medical Journal*, 25 (3), 285–293.
- Barroilhet, S., Señoret, C., Mallea, X., Fritsch, R., Vöhringer, P., Arraztoa, J.A. (2018). Marital Functioning in Couples Practicing Periodic Abstinence for Family Planning, *The Linacre Quarterly*, 85 (2), 155–166. <https://doi.org/10.1177/0024363918764950>.
- Barron, M.L., Fehring, R.J. (2005). Basal body temperature assessment: is it useful to couples seeking pregnancy?, *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30 (5), 290–298. <https://doi.org/10.1097/00005721-200509000-00004>.
- Bączek, G., Pietrzak, A., Tataj-Puzyna, U. (2018). Postrzeganie naturalnych metod rozpoznawania płodności przez studentów uczelni medycznych, technicznych i katolickich, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3 (35), 70-91.
- Berglund Scherwitzl, E., Lindén Hirschberg, A., Scherwitzl, R. (2015). Identification and prediction of the fertile window using NaturalCycles, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20 (5), 403-408.
- Bull, J.R., Rowland, S.P., Scherwitzl, E.B., Scherwitzl, R., Danielsson, K.G., Harper, J. (2019). Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *NPJ Digital Medicine*, 2 (1), 1-8.
- Gałęziowska, E. (2007). Obserwacja głównych objawów płodności jako podstawa wstępnej diagnostyki cyklu miesięczkowego, (w:) R. Domarżał-Drzewiecka, E. Gałęziowska (red.), *Nowoczesne metody rozpoznawania płodności*, 40-50, Lublin: Wyd. Makmed.
- Harper, J., Boivin, J., O'Neill, H. C., Brian, K., Dhingra, J., Dugdale, G., Edwards, G., Emerson, L., Grace, B., Hadley, A., Hamzic, L., Heathcote, J., Hepburn,

- J., Hoggart, L., Kisby, F., Mann, S., Norcross, S., Regan, L., Seenan, S., Stephenson, J., Balen, A. (2017). The need to improve fertility awareness, *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4, 18–20. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.03.002>.
- Hatcher, R.A., Trussell, J., Stewart, F., Nelson, A.L., Cates, W., Guest, F., Kowa, D. (2004). *Contraceptive technology*, New York: Ardent Media.
- Kavanaugh, M.L., Jerman, J. (2018). Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014, *Contraception*, 97 (1), 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.10.003>.
- Kinle, M., Szymaniak, M. (2013). Fazy cyklu miesięczkowego i objawy płodności w cyklu miesięczkowym, (w:) M. Troszyński (red.), *Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym*, 59-70, Warszawa: Wyd. Bonami.
- Kleinschmidt, T.K., Bull, J.R., Lavorini, V., Rowland, S.P., Pearson, J.T., Scherwitzl, E.B., Scherwitzl, R., Danielsson, K.G. (2019). Advantages of determining the fertile window with the individualised Natural Cycles algorithm over calendar-based methods, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: the Official Journal of the European Society of Contraception*, 24 (6), 457–463. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1682544>.
- Manhart, M.D., Fehring, R.J. (2018). The State of the Science of Natural Family Planning Fifty Years after *Humane Vitae*: A Report from NFP Scientists' Meeting Held at the US Conference of Catholic Bishops, April 4, 2018, *The Linacre Quarterly*, 85 (4), 339–347. <https://doi.org/10.1177/0024363918809699>.
- Moglia, M.L., Nguyen, H.V., Chyjek, K., Chen, K.T., Castaño, P.M. (2016). Evaluation of Smartphone Menstrual Cycle Tracking Applications Using an Adapted APPLICATIONS Scoring System, *Obstetrics and gynecology*, 127 (6), 1153–1160. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001444>.
- Muzyczka, K., Rząca, M., Deluga, A., Denisow, M., Janiec E., Krzos, A., Oleszczuk, K., Przystupa, H. (2012). Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na temat płodności i metod planowania rodziny, (w:) J.K. Stępkowska, K.M. Stępkowska (red.), *Instytucja rodziny wczoraj i dziś. Perspektywa interdyscyplinarna*. Tom 2. *Spółeczeństwo i kultura*, 51-58, Lublin: Wydawnictwo Politechnika Lubelska.
- Nilsson, A., Ahlborg, T., Bernhardsson, S. (2018). Use of non-medical contraceptive methods: a survey of women in western Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health care: the Official Journal of the European Society of Contraception*, 23 (6), 400–406. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1541079>.
- Pallone, S.R., Bergus, G.R. (2009). Fertility awareness-based methods: another option for family planning, *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 22 (2), 147–157. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.02.080038>.

- Polis, C.B., Jones, R.K. (2018). Multiple contraceptive method use and prevalence of fertility awareness based method use in the United States, 2013-2015, *Contraception*, 98 (3), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.013>.
- Putowski, L. (2017). Prawidłowy cykl miesięczkowy, (w:) J. Skrzypczak (red.), *Zaburzenia miesięczkowania*, 9-22, Warszawa: Wyd. Medical Tribune Polska.
- Rötzer, J. (2016). *Ja i mój cykl*, Warszawa: INER.
- Simmons, R.G., Jennings, V. (2020). Fertility awareness-based methods of family planning. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 68-82. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003>.
- Skrzypczak, J., Wróbel, M. (2017). Zaburzenia miesięczkowania w zaburzeniach ogólnych, (w:) J. Skrzypczak (red.), *Zaburzenia miesięczkowania*, 164-168, Warszawa: Wyd. Medical Tribune Polska.
- Starling, M.S., Kandel, Z., Haile, L., Simmons, R. G. (2018). User profile and preferences in fertility apps for preventing pregnancy: an exploratory pilot study, *Health*, 4, 21. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.06.02>.
- Szymaniak, M., Ślizień-Kuczapska, E. (2016). Metody rozpoznawania płodności jako istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego, *Życie i płodność. Rocznik 2016. Profilaktyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego: Wczesne niepowodzenia prokreacji – etiologia, prewencja i postępowanie w ujęciu interdyscyplinarnym*, 1 (18), 11-28.
- Targan, M., Świetlik, D., Kicińska, A., Kardasz, K., Wierzba, T. (2018). Wiedza studentów trójmiejskich uczelni wyższych na temat fizjologii prokreacji oraz metod rozpoznawania płodności, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3 (35), 55-69.
- Unsel, M., Rötzer, E., Weigl, R., Masel, E.K., Manhart, M.D. (2017). Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe, *Frontiers in Public Health*, 5, 42. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00042>.
- Warniment, C.B., Hansen, K. (2012). Is natural family planning a highly effective method of birth control? Yes: natural family planning is highly effective and fulfilling, *American Family Physician*, 86 (10), 1-2.
- World Health Organization. *Fact Sheet: Family Planning/Contraception methods*, (data dostępu 26.6.2020). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

Dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska, <https://orcid.org/0000-0002-2147-9503>
Centrum Medycyny Spersonalizowanej
CODE, Łódź

Okres prekonceptyjny i ciąża jako czas troski o zdrowie prokreacyjne potomstwa – znaczenie mechanizmów epigenetycznych

Preconceptive period and pregnancy as a time of care
for reproductive health of offspring – significance
of epigenetic mechanisms

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.324>

Abstrakt: Zdrowie człowieka uwarunkowane jest współdziałaniem czynników genetycznych i środowiskowych. Obok chorób uwarunkowanych mutacjami genów czy aberracjami chromosomowymi, coraz więcej uwagi przywiązuje się obecnie do zaburzeń wzorców ekspresji genów, czyli modyfikacji epigenetycznych. Kluczowe momenty programowania epigenetycznego to okres gametogenezy i okres preimplantacyjny rozwoju zarodka. Zaburzenia epigenetyczne mogą być dziedziczone w kolejnych pokoleniach. W pracy omówiono wybrane sytuacje, w których zaburzenia mechanizmów epigenetycznych w okresie prekonceptyjnym i podczas ciąży mogą mieć niekorzystny wpływ na zdrowie prokreacyjne potomstwa: otyłość, niedożywienie i hiperandrogenizm u matki, hipotrofię wewnątrzmaciczną, narażenie na działanie związków chemicznych zaburzających gospodarkę hormonalną, a także modyfikacje epigenetyczne plemników oraz wpływ technik zapłodnienia *in vitro* na programowanie epigenetyczne.

Słowa kluczowe: zdrowie prokreacyjne, potomstwo, epigenetyka

Abstract: Human health is determined by the interaction of genetic and environmental factors. In addition to diseases caused by gene mutations or chromosomal aberrations, more and more attention is currently being paid to gene expression disorders, i.e. epigenetic modifications. The key moments of epigenetic programming are the period of gametogenesis and the preimplantation period of embryo development. Epigenetic disorders are not only the cause of offspring diseases but can also be inherited in next generations. The paper discusses selected situations in which disorders of epigenetic mechanisms during the preconceptive period and during pregnancy may have an adverse effect on the reproductive health of offspring: maternal obesity, malnutrition and hyperandrogenism, intrauterine hypotrophy, exposure to endocrine disrupting chemicals and epigenetic modifications of spermatozoa and the impact of *in vitro* fertilization techniques on epigenetic programming.

Keywords: procreative health, offspring, epigenetics

Wprowadzenie

Zdrowie człowieka w każdym jego aspekcie uwarunkowane jest współdziałaniem czynników genetycznych i środowiskowych. Każdy człowiek w momencie poczęcia

otrzymuje niepowtarzalny, a zarazem odziedziczony w połowie od matki a w połowie od ojca zestaw genów. W ten sposób dziedziczymy nie tylko kolor oczu czy włosów, ale także skłonność do niektórych chorób, czy wręcz konkretne jednostki chorobowe. Możliwa jest sytuacja kiedy oboje zdrowi rodzice są nosicielami mutacji genów warunkujących wystąpienie choroby i dopiero „spotkanie” tych genów powoduje wystąpienie choroby u dziecka, co określane jest jako tzw. dziedziczenie recesywne. Dopóki w rodzinie nie urodzi się chore dziecko najczęściej nie zdajemy sobie sprawy z tego obciążenia genetycznego. Jeśli jednak wiadomo, że w rodzinie zdarzyły się już przypadki chorób dziedzicznych można określić ryzyko poczęcia kolejnego dziecka z tą chorobą, a także zidentyfikować wśród krewnych nosicieli tego samego zmutowanego genu. W wielu przypadkach świadomość możliwości wystąpienia choroby pozwala na podjęcie odpowiednich działań diagnostycznych i terapeutycznych u dziecka, poczynając od okresu płodowego, aby zminimalizować jej objawy i konsekwencje.

Stosunkowo często wrodzone choroby endokrynologiczne i metaboliczne są w okresie płodowym i w momencie urodzenia bezobjawowe. Ich wykrywaniu służą testy przesiewowe wykonywane w ramach programu powszechnych badań przesiewowych u wszystkich urodzonych w Polsce noworodków.

Niektóre choroby uwarunkowane genetycznie związane są aberracjami chromosomowymi, czyli z powstaniem zarodka o nieprawidłowej liczbie lub strukturze chromosomów, np. z tylko jednym prawidłowym chromosomem X w przypadku zespołu Turnera, dodatkowym chromosomem X w zespole Klinefeltera czy z dodatkowym chromosomem 21 w zespole Downa. Możliwe jest wykrycie tych chorób w okresie płodowym na podstawie badań genetycznych. Wiadomo, że ryzyko wystąpienia tych zespołów genetycznych rośnie z wiekiem matki.

Pomijając aspekty bioetyczne interwencji w materiał genetyczny człowieka, na obecnym etapie wiedzy medycznej nie ma możliwości podjęcia działań w celu zapobiegania wystąpieniu defektów genetycznych u dziecka (pomijam tu kwestię „selekcji” zarodków do implantacji przy procedurze *in vitro*, czy aborcje eugeniczne, ale w tych przypadkach obarczony chorobą zarodek czy płód podlega eliminacji, a nie leczeniu).

Od momentu kiedy zapłodniona komórka jajowa, czyli zygota, zaczyna się dzielić, wszystkie komórki powstające w wyniku podziałów mitotycznych mają ten sam materiał genetyczny (jedynie w przypadku gamet, czyli komórek rozrodczych jest on zredukowany o połowę wskutek podziału mejotycznego). Pomimo tego różne grupy komórek somatycznych formują różne narządy i tkanki. Jest to możliwe dzięki różnemu wykorzystaniu przez nie tej samej informacji genetycznej, czyli różnej ekspresji genów. Za utrzymanie stałych wzorców ekspresji genów, pozwalających na prawidłowe różnicowanie komórek i tkanek, odpowiadają mechanizmy epigenetyczne. Kluczowe znaczenie dla programowania epigenetycznego mają dwa momenty: okres gametogenezy (czyli

powstawania komórek jajowych i plemników) oraz okres przed implantacją zarodka (Le Bouc i in., 2010; Marcho i in., 2020). Nie ulega wątpliwości, że zakłócenie ich prawidłowego przebiegu może mieć nieodwracalne konsekwencje dla potomstwa.

W okresie życia płodowego środowiskiem dla rozwijającego się dziecka jest jama macicy, a w szerszym ujęciu organizm matki, który – za pośrednictwem łożyska – dostarcza tlenu i składników odżywczych, a odbiera szkodliwe produkty przemiany materii, zapewnia utrzymanie stałej temperatury i chroni płód przed działaniem niekorzystnych czynników zewnętrznych. Zarówno niedożywienie matki, jak i nadmiar niektórych substancji odżywczych, a w szczególności narażenie na czynniki szkodliwe, mogą niekorzystnie oddziaływać na rozwój płodu, w dużej mierze za pośrednictwem mechanizmów epigenetycznych. O ile w społeczeństwie istnieje świadomość konieczności powstrzymania się przez matkę od picia alkoholu czy palenia papierosów dla urodzenia zdrowego dziecka, o tyle kwestie dotyczące wpływu mechanizmów epigenetycznych na jakość komórek rozrodczych u obojga rodziców, a także na prawidłowy przebieg ciąży i zachodzące w tym okresie programowanie zdrowia (także prokreacyjnego) potomstwa, są w ostatnich latach przedmiotem intensywnych badań naukowych i wymagają szerszego omówienia.

1. Podstawowe mechanizmy epigenetyczne

Informacja genetyczna w komórce przechowywana jest w postaci łańcuchów kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA). Każdy gen ma swoje przyporządkowane miejsce w konkretnym chromosomie. Łańcuchy DNA w połączeniu z białkami zasadowymi histonowymi i niehistonowymi tworzą chromatynę. Geny, które znajdują się w gęściej upakowanych (skondensowanych) fragmentach chromatyny są zazwyczaj nieaktywne, natomiast geny w obszarach luźniej upakowanych mogą wykazywać swoją aktywność. Synteza cząsteczek białka wymaga najpierw „przepisania” (transkrypcji) DNA na łańcuch kwasu rybonukleinowego (RNA), a dokładniej – tzw. informacyjnego RNA (ang. messenger RNA, mRNA), a następnie „przetłumaczenia” (translacji) informacji genetycznej na sekwencję aminokwasów. Cząsteczki białka mogą podlegać dalej modyfikacjom potranslacyjnym. Modyfikacje te wpływają na ekspresję genów i aktywność szeregu enzymów (np. acetylacja histonów zmniejsza ich powinowactwo do DNA, powodując rozluźnienie chromatyny, co z kolei zwiększa ekspresję znajdujących się w tym miejscu genów) (Marcho i in., 2020).

Jednym z podstawowych mechanizmów epigenetycznych jest metylacja DNA, która zasadniczo związana jest z hamowaniem ekspresji genów (Marcho i in., 2020). Źródłem grup metylowych są aminokwasy – metionina i cholina, natomiast dla prawidłowego przebiegu metylacji konieczna jest obecność ko-faktorów – kwasu foliowego i witaminy B12. Dostarczenie prawidłowej ilości tych substancji w diecie ma szczególne znaczenie w okresie

ciąży. Zaburzenia metylacji DNA odgrywają istotną rolę w patogenezie nowotworów złośliwych, zespołu metabolicznego, chorób układu sercowo-naczyniowego i chorób autoimmunologicznych (Şanlı i Kabaran, 2019).

Kolejnym istotnym regulatorem ekspresji genów są „zapisane” w genomie cząsteczki niekodującego RNA (Marcho i in., 2020). Wśród nich wiele uwagi poświęca się obecnie mikroRNA (miRNA), które łączą się z pasującym do nich (komplementarnym) mRNA, uniemożliwiając w ten sposób proces translacji. Ich rola polega zatem przede wszystkim na degradacji mRNA i hamowaniu syntezy białek (Neri i Edlow, 2016). Dla zobrazowania złożoności mechanizmów epigenetycznych warto jeszcze wspomnieć, że miRNA mogą wpływać na białka pełniące funkcję regulatorów epigenetycznych, a z drugiej strony same podlegają wpływowi metylacji czy acetylacji histonów. Ze względu na to, że niekodujące RNA mogą powodować zmiany ekspresji genów komórek linii zarodkowej, informacja ta może być przekazywana następnym pokoleniom (Marcho i in., 2020).

Szczegółowe omówienie wszystkich mechanizmów epigenetycznych wykracza poza ramy niniejszego opracowania. W dalszej części artykułu omówione zostaną wybrane sytuacje, w których w okresie prekonceptyjnym i podczas ciąży dochodzi do niekorzystnego działania mechanizmów epigenetycznych programujących wystąpienie problemów zdrowotnych u potomstwa, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego.

2. Otyłość u matki

Rozwój otyłości jest efektem współdziałania predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych. Zwiększone ryzyko nadwagi i otyłości u dzieci obserwuje się zarówno w przypadku otyłości lub nadwagi u matki przed ciążą, jak i nadmiernego przyrostu jej masy ciała w okresie ciąży (Gaillard, 2013; Valsamakis i in., 2015). Otyłość związana jest z występowaniem zaburzeń gospodarki węglowodanowej i lipidowej, które w okresie ciąży skutkują dostarczaniem nadmiernej ilości energii w postaci glukozy i tłuszczów do łożyska. Dieta bogata w cukry i tłuszcze w okresie ciąży prowadzi nie tylko do gwałtownego wzrostu masy ciała płodu, ale też do przeprogramowania metabolizmu i regulacji łaknienia. Dodatkowo hiperinsulinemia i obniżone stężenie leptyny (hormonu regulującego apetyt) wpływają na rozwój neuronów podwzgórza u płodu odpowiedzialnych za nawyki żywieniowe w późniejszych okresach życia. Otyłość jest również związana z aktywacją cytokin prozapalnych, co w połączeniu z hiperlipidemią, ma niekorzystny wpływ na rozwój wątroby, mózgu, mięśni szkieletowych i trzustki płodu (Şanlı i Kabaran, 2019).

Otyłość u matki powoduje szkodliwe zmiany ekspresji genów płodu w kluczowych okresach jego rozwoju za pośrednictwem mechanizmów epigenetycznych. Rzutują one nie tylko na cały okres życia potomstwa, ale mogą być przekazywane kolejnym pokoleniom

(Elshenawy i Simmons, 2016). Ekspozycja płodu na działanie czynników hormonalnych i metabolicznych związanych ze stanem odżywienia matki powoduje wzrost ekspresji genów związanych z adipogenezą (tworzeniem komórek tkanki tłuszczowej - adipocytów) i lipogenezą (syntezą związków lipidowych, przede wszystkim trójglicerydów) w tkance tłuszczowej płodu, co może prowadzić do rozwoju otyłości w późniejszych okresach życia (Muhlhausler i in., 2007).

Dieta bogatotłuszczowa w okresie ciąży powoduje zaburzenia metylacji DNA w wątrobie płodu, wpływa na ekspresję genu proopiomelanokortyny (POMC, neuropeptyd o kluczowym znaczeniu dla regulacji bilansu energetycznego) w podwzgórzu, a także genów receptorów POMC, leptyny i neuropeptydu Y (NPY, substancja biorąca udział w regulacji łaknienia) u potomstwa. W badaniach na zwierzętach stwierdzono również związek diety bogatotłuszczowej u matki w okresie ciąży z rozwojem insulinooporności u potomstwa (Şanlı i Kabaran, 2019).

Wykazano, że dieta matki może modyfikować ekspresję miRNA, co w konsekwencji wpływa na gospodarkę lipidową, rozwój insulinooporności oraz procesy zapalne. Zarówno w badaniach na zwierzętach, jak i prowadzonych u ludzi potwierdzono związek zmian ekspresji konkretnych miRNA u potomstwa (utrzymujących się także w wieku dorosłym) z dietą wysokotłuszczową u matki w ciąży i w okresie laktacji, a także z otyłością matki przed ciążą (Zhang i in., 2009; Benatti i in., 2014; Enquobahrie i in., 2017).

Poza zwiększonym ryzykiem cukrzycy ciążowej, nadciśnienia tętniczego i stanu przedrzucawkowego, otyłość u kobiety ciężarnej wiąże się ze wzrostem ryzyka wad rozwojowych płodu, zmniejszoną miogenezą (czyli gorszym rozwojem mięśni), a także uzyskaniem przez dziecko niższej oceny w skali Apgar po porodzie (co najczęściej świadczy o niedotlenieniu w okresie okołoporodowym), jest także czynnikiem predysponującym dziecko do rozwoju w przyszłości niealkoholowego stłuszczenia wątroby, nadciśnienia i chorób układu sercowo-naczyniowego (Valsamakis in., 2015; Şanlı i Kabaran, 2019). Insulinooporność u matki jest czynnikiem najsilniej korelującym z masą tłuszczową płodu w momencie porodu, zwiększa także ryzyko wystąpienia insulinooporności u potomstwa (Valsamakis i in., 2015).

Od dawna wiadomo, że u otyłych mężczyzn istnieje wyższe ryzyko niepłodności, a wyższa wartość wskaźnika masy ciała (BMI) koreluje obniżeniem stężenia testosteronu, pogorszeniem parametrów nasienia (przede wszystkim z obniżeniem ruchliwości plemników) i obniżeniem płodności (Jensen i in., 2004; Baydilli i in., 2020). W badaniach eksperymentalnych wykazano, że u myszy dieta wysokotłuszczowa u matki w okresie ciąży powoduje obniżenie stężenia testosteronu i liczby plemników oraz zwiększone ryzyko niepłodności u męskiego potomstwa w wieku dorosłym, spotęgowane stosowaniem podobnej diety w okresie postnatalnym (Mao i in., 2018), a otyłość i cukrzyca u matki

w ciąży zaburzają metylację DNA plemników u dorosłych samców (Ge i in., 2014). Wydaje się, że podobne mechanizmy mogą mieć istotne znaczenie także u ludzi.

3. Niedożywienie u matki i hipotrofia wewnątrzmaciczna płodu

Ciąża jest okresem, w którym organizm matki przygotowuje płód do funkcjonowania w środowisku zewnętrznym. W programowaniu mechanizmów radzenia sobie z działaniem niekorzystnych czynników odgrywają zmiany epigenetyczne: metylacja DNA, modyfikacja histonów oraz aktywacja bądź wyciszanie genów z udziałem niekodującego RNA (Goyal i in., 2019). Jednak te same procesy adaptacyjne mogą okazać się niekorzystne, jeśli potomstwo przygotowane w okresie płodowym na niedożywienie będzie funkcjonować w warunkach prawidłowej bądź zwiększonej podaży pożywienia.

W badaniach u owiec stwierdzono, że niedożywienie u matki w okresie perikonceptyjnym powoduje zaburzenia metylacji DNA u męskiego potomstwa prowadzące do zmniejszenia ruchliwości plemników, zwiększonej liczby komórek niedojrzałych oraz zwiększonej fragmentacji DNA. W procedurze *in vitro* plemniki te wykazywały zmniejszoną zdolność do zapłodnienia komórki jajowej, obserwowano także obniżenie odsetka powstałych embrionów, które osiągały stadium blastocysty (Toschi i in., 2020).

Należy mieć na uwadze, że obok niedoborów energetycznych niekorzystny wpływ na rozwój płodu mogą mieć także niedobory jakościowe dotyczące poszczególnych składników odżywczych, m. in. żelaza, wapnia, jodu, witamin D i B12 oraz kwasów omega-3. Stanowi to szczególne wyzwanie dla osób pozostających – z różnych powodów – na różnego typu dietach eliminacyjnych (Sebastiani i in., 2019).

Jedną z najczęstszych konsekwencji niedożywienia matki w okresie ciąży jest wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu (ang. intrauterine growth restriction – IUGR). Może ono być spowodowane czynnikami matczynymi, płodowymi bądź środowiskowymi. Wśród czynników matczynych obok niedożywienia istotną rolę w patogenezie IUGR odgrywają choroby przewlekłe matki, zbyt częste lub zbyt rzadkie porody, niekorzystne warunki socjo-ekonomiczne a także alkoholizm, palenie papierosów i używanie narkotyków przez ciężarną kobietę.

Na przełomie XX i XXI wieku, Ibáñez i in. (2000, 2002) stwierdzili u dziewczynek z IUGR mniejsze wymiary macicy i jajników w okresie pokwitania oraz zwiększoną częstość cykli bezowulacyjnych względem dziewcząt z prawidłową masą urodzeniową. Zaburzenia owulacji obserwowano nawet u dziewcząt regularnie miesiączkujących, przy czym były one związane z hiperinsulinemią, insulinoopornością, dyslipidemią i subklinicznym hiperandrogenizmem oraz deficytem beztłuszczowej masy ciała i nadmiarem tkanki tłuszczowej w obrębie tułowia i brzucha, stwierdzanymi także u dziewcząt nieotyłych.

Przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego endokrynologicznych aspektów IUGR przedstawili niedawno Korpysz i Szalecki (2019). W aspekcie zdrowia prokreacyjnego

najbardziej istotne wydają się informacje dotyczące zwiększonego ryzyka insulinooporności u dzieci z IUGR. Zgodnie z klasyczną hipotezą „oszczędnego fenotypu” przedstawioną przez Barkera (2002), insulinooporność tkanek obwodowych ma być mechanizmem adaptacyjnym zapewniającym redystrybucję glukozy do mózgu w przypadku niedożywienia płodu. W patogenezie tego zjawiska należy uwzględnić wpływ polimorfizmów szeregu genów, m. in. genu insuliny, zaburzenia dotyczące receptora insuliny, obniżone stężenia transporterów glukozy, wpływ stresu, czy zwiększoną ekspresję steroidogenezy nadnerczowej (Korpysz i Szalecki, 2019). Mechanizmy epigenetyczne związane z insulinoopornością, przebadane u myszy, obejmują zmienioną ekspresję niektórych miRNA prowadzącą do zmniejszonej utylizacji glukozy (Zhou i in., 2016), a także dysfunkcję komórek β trzustki i zmieniony metabolizm insuliny, stanowiące istotne czynniki ryzyka cukrzycy typu 2 (Vaiserman i Lushchak, 2019).

W badaniach u samic szczurów z IUGR spowodowanym przewlekłym stanem zapalnym u matki stwierdzono mniejszą liczbę pęcherzyków jajnikowych, prawdopodobnie w związku z ich przedwczesną apoptozą, a także niższe stężenia AMH niż w grupie kontrolnej (Shalom-Paz i in., 2017). Z kolei w badaniu samców dzików urodzonych z IUGR stwierdzono pogorszenie jakości nasienia (mniejszą objętość nasienia i liczbę plemników niż w grupie kontrolnej), związane z niekorzystnym działaniem mechanizmów epigenetycznych (Lin i in., 2017).

4. Hiperandrogenizm i zespół policystycznych jajników u matki

Zespół policystycznych jajników (ang. *polycystic ovary syndrome*, PCOS) jest jednym z najczęstszych zaburzeń hormonalnych i metabolicznych u kobiet, jego częstość w okresie premenopauzalnym szacowana jest na 10-20%. W badaniach asocjacyjnych całego genomu (ang. *genome-wide association studies* - GWAS) wytypowano 17 genów związanych z ryzykiem PCOS, jednak pomimo wysokiej częstości dziedziczenia PCOS (około 70%) były one zidentyfikowane jedynie w 10% przypadków tej choroby. W tej sytuacji szczególną uwagę zwrócono na możliwe znaczenie w dziedziczeniu PCOS mechanizmów epigenetycznych, w szczególności związanych z ekspozycją na androgeny w życiu płodowym. Wiadomo, że testosteron jest hormonem odpowiedzialnym za różnicowanie płciowe wielu tkanek i narządów w okresie życia płodowego, którego działanie zachodzi za pośrednictwem regulacji metylacji DNA. Jednocześnie wykazano, że w PCOS zaburzenia metylacji dotyczą tych samych genów, które uznane zostały za związane z ryzykiem tego zespołu w badaniach z zastosowaniem techniki GWAS. Wśród potwierdzonych bądź postulowanych mechanizmów wymienia się hipometylację genów receptora LH/hCG, odpowiadającą za wzmożoną sekrecję androgenów pod wpływem pulsów LH oraz odrębności w zakresie metylacji genów AMH, receptora AMH i receptora insuliny. U córek

matek z PCOS stwierdza się po urodzeniu podwyższone stężenia AMH, a hiperandrogenizm i insulinooporność należą do obrazu PCOS w późniejszych okresach życia. Obecnie przyjmuje się, że w patogenezie PCOS mają udział czynniki genetyczne, epigenetyczne i środowiskowe, modyfikowane poprzez styl życia (Abbott i in., 2019).

5. Wpływ insulinooporności na płodność

We wszystkich dotychczas omawianych sytuacjach wspólnym czynnikiem patogenetycznym istotnym dla zdrowia prokreacyjnego jest insulinooporność. Insulina obok regulacji metabolizmu glukozy jest hormonem bezpośrednio modulującym steroidogenezę jajnikową, przy czym wykazano, że u kobiet z PCOS regulacja ta jest zachowana nawet pomimo oporności receptorowej na działanie metaboliczne insuliny, a w tej sytuacji hiperinsulinemia powoduje zwiększone wydzielanie androgenów w jajnikach. Pomimo, że wpływ insuliny na sekrecję gonadotropin nie został jeszcze jednoznacznie wyjaśniony wiadomo, że poprawa wrażliwości na insulinę u kobiet z PCOS związana jest z powrotem owulacji (Diamanti-Kandarakis i Dunaif, 2012). U mężczyzn hiperinsulinemia i insulinooporność mogą być przyczyną zaburzeń reprodukcyjnych i metabolicznych prowadzących do oligozoospermii (Al-Daghri i in., 2012).

6. Narazenie na niekorzystne czynniki środowiskowe w okresie ciąży

Od wielu lat ukazują się doniesienia o szkodliwym wpływie obecnych w środowisku substancji o działaniu antyandrogennym lub estrogenym na rozwój narządów płciowych płodów męskich w okresie życia wewnątrzmacicznego i późniejszą płodność mężczyzn oraz zwiększone ryzyko procesów nowotworowych. Wśród związków chemicznych zaburzających gospodarkę hormonalną (ang. endocrine disrupting chemicals, EDC) wymienić należy ftalany (estry kwasu ftalowego używane w produkcji tworzyw sztucznych, wykazujące działanie antyandrogenne), bisfenol A (związek z grupy fenoli, składnik żywic epoksydowych i tworzyw sztucznych), dioksyny (polichlorowane pochodne węglowodorów aromatycznych, powstające m. in. w procesie spalania śmieci, obecne w wyższych stężeniach w produktach pochodzenia zwierzęcego, kumulujące się w tkance tłuszczowej zwierząt i ludzi), pestycydy (składniki środków ochrony roślin, mogą blokować receptor testosteronu lub konwersję testosteronu do dihydrotestosteronu, która ma istotne znaczenie dla prawidłowego rozwoju narządów płciowych w kierunku męskim). Ekspozycja matki w okresie ciąży na działanie tych i szeregu innych EDC może powodować wystąpienie wad rozwojowych u płodów męskich – wnetrostwa i spodziectwa, a w życiu dorosłym obniżenie jakości nasienia prowadzące do obniżenia płodności lub niepłodności, a także zwiększone ryzyko nowotworów jądra, prostaty i gruczołu piersiowego (Beszterda i Frański, 2018;

Kolasa-Wołoszuk i Wiszniewska, 2018). W ośrodku łódzkim badania nad zagadnieniami dotyczącymi dysgenezy jąder i nowotworów wywodzących się z komórek płciowych prowadzone są pod kierunkiem Prof. Słowikowskiej-Hilczer, do której publikacji powinny sięgnąć osoby zainteresowane szerzej tą tematyką (Słowikowska-Hilczer, 2014; Słowikowska-Hilczer i in., 2013, 2015).

Badania z ostatnich lat pokazały, że jednym z mechanizmów szkodliwego działania ekspozycji na alkohol w okresie ciąży jest zaburzenie wzorca metylacji co najmniej kilku genów (Kitsiou-Tzeli i Tzetis, 2017).

7. Modyfikacje epigenetyczne plemników a zdrowie i płodność potomstwa

Wiadomo, że pełny cykl powstawania i dojrzewania plemnika trwa 72 dni. Wszystkie niekorzystne zdarzenia zdrowotne w tym okresie mogą zatem wpływać na jakość nasienia, nawet jeśli choroba była krótkotrwała. To samo dotyczy stosowania niektórych leków czy innych procedur medycznych (np. radioterapii). Z tego względu, przy generalnej zasadzie, że optymalne warunki do poczęcia są przywrócone po około 2,5 miesiącach, w przypadku wybranych procedur medycznych (np. chemioterapii, leczenia jodem radioaktywnym ¹³¹I) istnieją ścisłe zalecenia dotyczące konieczności odłożenia w czasie poczęcia na jeszcze dłuższy okres czasu. Również w przypadku podjęcia leczenia mającego poprawić parametry nasienia nie należy się spodziewać jego pełnej skuteczności wcześniej niż po uzyskaniu pełnej wymiany populacji plemników, tj. po około 3 miesiącach.

W ostatnich latach zwrócono szczególną uwagę na wpływ działania czynników środowiskowych w okresie prekonceptyjnym na płodność u mężczyzn, ale także na stan zdrowia ich potomstwa, a nawet kolejnych pokoleń. Ostatnio ukazała się obszerna praca Marcho i in. (2020) na temat wpływu środowiska na zjawiska epigenetyczne dotyczące plemników. W obecnym opracowaniu zostaną skrótkowo przedstawione tylko wybrane z omawianych tam zagadnień. Okres spermatogenezy uważany jest za „okno podatności” na spowodowane działaniem niekorzystnych czynników środowiskowych zaburzenia o podłożu epigenetycznym. W części przypadków nieprawidłowy profil epigenetyczny jest przyczyną niepłodności męskiej, prowadząc do oligozoospermii czy upośledzenia ruchomości plemników, ale jeśli dojdzie do poczęcia, to jest on przekazywany potomstwu. Nieprawidłowe wzorce metylacji DNA stwierdzane są częściej u mężczyzn z niepłodnością i gorszymi parametrami nasienia niż u mężczyzn z normozoospermia. U mężczyzn z obniżoną płodnością stwierdzono także nieprawidłowości dotyczące białek histonowych.

W świetle tych informacji zrozumiałe jest, że ekspozycja ojca na działanie EDC w okresie prekonceptyjnym może mieć niekorzystny wpływ nie tylko na płodność, ale także na zdrowie potomstwa. Narażenie na działanie ftalanów wpływa na pogorszenie jakości nasienia, wydłużenie czasu do uzyskania ciąży i pogorszenie jakości embrionów.

Ftalany wpływają na metylację genów kluczowych dla wczesnej embriogenezy, bisfenol A oddziałuje na metylację histonów, dioksyny obok bezpośredniego niekorzystnego wpływu na spermatogenezę i uszkodzenia najądrzy zaburzają także epigenom plemników. Pełne wyjaśnienie omawianych zjawisk wymaga jeszcze dalszych badań (Marcho in., 2020).

W badaniach na modelu mysim stwierdzono, że przewlekła ekspozycja na alkohol u samców w okresie prekonceptyjnym nie powoduje co prawda istotnych zaburzeń ich płodności, ale prowadzi do wydłużenia czasu trwania ciąży, zahamowania rozwoju płodów i niewydolności łożyska oraz zaburzeń gospodarki węglowodanowej pod postacią zwiększonej wrażliwości na insulinę u potomstwa płci męskiej, a wyższymi wartościami glikemii na czczo i w teście tolerancji glukozy u potomstwa płci żeńskiej (Chang i in., 2019). Wykazano, że przewlekła ekspozycja na alkohol powoduje u samców nawet 30% wzrost ekspresji niektórych miRNA, co wskazuje na udział mechanizmów epigenetycznych w patogenezie omawianych zaburzeń (Bedi i in., 2019). Palenie papierosów wiąże się z zaburzeniami metylacji DNA dotyczącymi zarówno tkanek somatycznych, jak i plemników, co może być przyczyną zaburzeń spermatogenezy. W modelu mysim wykazano związek zaburzeń zachowania i deficytów uczenia się w 2 kolejnych pokoleniach potomstwa z ojcowskim narażeniem na działanie dymu tytoniowego. Jeszcze poważniejsze konsekwencje związane są z używaniem substancji psychoaktywnych. Zaburzenia epigenetyczne spowodowane działaniem kanabinoidów są tak wyraźne, że profil metylacji DNA plemników może być wykorzystywany jako marker ekspozycji na tetrahydrokanabinol (główny związek psychoaktywny zawarty w konopiach) (Marcho i in., 2020).

Istotny jest także wpływ stanu odżywienia i diety ojca w okresie prekonceptyjnym na zdrowie potomstwa. W modelu mysim stosowanie diety niskobiałkowej u samców wykazuje jedynie niewielki wpływ na metylację DNA plemników i profil niekodujących RNA, ale może zaburzać rozwój embrionów w okresie preimplantacyjnym. Co ciekawe, u samic po zapłodnieniu nasieniem pochodzących od samców pozostających na diecie niskobiałkowej obserwowano zaburzenie „remodelingu” odpowiedzi immunologicznej i unaczynienia macicy. Z kolei dieta bogatotłuszczowa ojca powoduje zmiany profilu miRNA i innych niekodujących RNA plemników, które mogą być przyczyną zaburzeń metabolicznych dziedziczonych przez potomstwo. Rzuca to nowe światło na możliwości dziedziczenia chorób nabytych, określanej mianem „pamięci epigenetycznej”. W plemnikach mężczyzn z nadwagą i otyłością stwierdzono również zmieniony profil metylacji DNA i ekspresję niektórych RNA w porównaniu z plemnikami mężczyzn z prawidłową masą ciała. Zmiany te były odwracalne po redukcji masy ciała (co oczywiście nie ma wpływu na stan zdrowia potomstwa poczętego wcześniej). Ważnym czynnikiem jest także odpowiednia podaż mikroelementów, czego wymownym przykładem stanowi poprawa parametrów nasienia podczas suplementacji kwasu foliowego, przy czym odnosi się to przede wszystkim

do młodych mężczyzn z polimorfizmem genu reduktazy metylenotetrahydrofolianowej (MTHFR). Uważa się, że wpływ zaburzeń profilu epigenetycznego plemników na zdrowie potomstwa jest niezależny od wpływu czynników matczynych, ale mogą się one sumować (Marcho in., 2020).

8. Techniki wspomaganego rozrodu

Stosowanie procedury zapłodnienia *in vitro* (ang. *in vitro fertilization*, IVF) powoduje niewątpliwie duże zmiany środowiska, w którym przebywają komórki jajowe i plemniki oraz zarodki w kluczowych dla programowania epigenetycznego najwcześniejszych stadiach rozwoju. Badacze japońscy (Hattori i in., 2019) w materiale obejmującym ponad 900 dzieci z rzadkimi chorobami spowodowanymi zaburzeniami piętnowania genomowego (tj. z zespołami: Bekwitha-Wiedemanna, Angelmana, Pradera-Willeigo i Silver-Russell) stwierdzili kilkakrotny wzrost częstości tych chorób wśród dzieci poczętych z zastosowaniem IVF. U podłoża wszystkich czterech wymienionych zespołów chorobowych leżą zaburzenia metylacji DNA, a zatem – jak podkreślają autorzy cytowanej pracy – może to być związane z wpływem technik manipulacji wykorzystywanych podczas IVF, a także ze składem podłoża hodowlanego, w którym umieszczona jest zapłodniona komórka jajowa. Warto zacytować w tym miejscu pracę autorów polskich sprzed 10 lat (Olszewska i Kurpisz, 2010), dotyczącą tych samych zespołów chorobowych, w której już wtedy zwrócono uwagę na ryzyko zaburzeń piętnowania związane z takimi procedurami jak hipersytmulacja jajników, dojrzewanie oocytów *in vitro*, pozyskiwanie do rozrodu niedojrzałych plemników czy stosowanie docytoplazmatycznej iniekcji plemnika (ang. *intracytoplasmatic sperm injection*, ICSI).

Na początku 2020 roku ukazało się opracowanie dotyczące zdrowia dzieci poczętych z wykorzystaniem technologii *in vitro* (von Wolff i Haaf, 2020). Autorzy tej pracy na podstawie przeglądu wcześniejszych publikacji przedstawili dane świadczące o zwiększonej częstości wad wrodzonych serca, wad układu mięśniowo-szkieletowego i moczowo-płciowego oraz porodów przedwczesnych i niskiej urodzeniowej masy ciała, zaburzeń rozwoju poznawczego, a także nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki węglowodanowej i lipidowej w późniejszych okresach życia u osób poczętych z wykorzystaniem IVF. Ryzyko wystąpienia tych niekorzystnych sytuacji związane jest zarówno z czynnikami powodującymi niepłodność, jak i z samą technologią IVF. Wniosek z tej pracy, stanowiący swego rodzaju wezwanie do przyczynowego leczenia niepłodności, warto przytoczyć w oryginalnym brzmieniu: „*For the well-being of the children to be conceived, IVF therapy should only be carried in cases of infertility that cannot be treated by any other means, as the precise causes of the risks of IVF to child health are unclear*” (Dla dobra dzieci, które mają być poczęte, terapia IVF powinna być stosowana jedynie w tych przypadkach niepłodności,

które nie mogą być leczone w żaden inny sposób, ponieważ dokładne przyczyny zagrożeń dla zdrowia dziecka związanych z IVF są niejasne) (von Wolff i Haaf, 2020, s. 23).

Podsumowanie

Omówione zagadnienia wskazują na stały postęp w rozumieniu ludzkiej płodności i mechanizmów dziedziczenia. Wiedza ta powinna przyczynić się do jeszcze większej świadomej troski o zdrowie nie tylko matki w czasie ciąży, ale także obojga rodziców w okresie planowania poczęcia dziecka.

Bibliografia:

- Abbott, D.H., Kraynak, M., Dumesic, D.A. & Levine, J.E. (2019). In utero Androgen Excess: A Developmental Commonality Preceding Polycystic Ovary Syndrome?, *Frontiers of Hormone Research*, 53, 1–17. <https://doi.org/10.1159/000494899>.
- Al-Daghri, N.M., Al-Attas, O.S., Alokail, M.S., Alkharfy, K.M., El-Kholie, E., Yousef, M., Al-Othman, A., Al-Saleh, Y., Sabico, S., Kumar, S. & Chrousos, G. P. (2012). Increased vitamin D supplementation recommended during summer season in the gulf region: a counterintuitive seasonal effect in vitamin D levels in adult, overweight and obese Middle Eastern residents, *Clinical Endocrinology*, 76, 346–350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2011.04219.x>.
- Barker, D.J.P. (2002). Fetal programming of coronary heart disease, *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 13, 364–368. [https://doi.org/10.1016/s1043-2760\(02\)00689-6](https://doi.org/10.1016/s1043-2760(02)00689-6)
- Baydilli, N., Selvi, İ., Akınsal, E.C., Zararsız, G.E. & Ekmekçioğlu, O. (2020). How does body mass index affect semen parameters and reproductive hormones in infertile males?, *Turkish Journal of Urology*, 46, 101–107. <https://doi.org/10.5152/tud.2020.19243>.
- Bedi, Y., Chang, R.C., Gibbs, R., Clement, T.M. & Golding, M.C. (2019). Alterations in sperm-inherited noncoding RNAs associate with late-term fetal growth restriction induced by preconception paternal alcohol use, *Reproductive Toxicology*, 87, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2019.04.006>.
- Benatti, R.O., Melo, A.M., Borges, F.O., Ignacio-Souza, L. M., Simino, L.A.P., Milanski, M., Velloso, L.A., Torsoni, M.A. & Torsoni, A.S. (2014). Maternal high-fat diet consumption modulates hepatic lipid metabolism and microRNA-122 (miR-122) and microRNA-370 (miR-370) expression in offspring, *The British Journal of Nutrition*, 111, 2112–2122. <https://doi.org/10.1017/S0007114514000579>.
- Beszterda, M., Frański, R. (2018). Endocrine disruptor compounds in environment: As a danger for children health, *Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism*, 24, 88-95. <https://doi.org/10.18544/PEDM-24.02.0107>.
- Le Bouc, Y., Rossignol, S., Azzi, S., Steunou, V., Netchine, I. & Gicquel, C. (2010). Epigenetics, genomic imprinting and assisted reproductive technology, *Annales d'Endocrinologie*,

- 71, 237–238. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2010.02.004>.
- Chang, R. C., Wang, H., Bedi, Y. & Golding, M. C. (2019). Preconception paternal alcohol exposure exerts sex - specific effects on offspring growth and long term metabolic programming, *Epigenetics & Chromatin*, 12: 9. <https://doi.org/10.1186/s13072-019-0254-0>.
- Diamanti-Kandarakis, E. & Dunaif, A. (2012). Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome revisited: An update on mechanisms and implications, *Endocrine Reviews*, 33, 981–1030. <https://doi.org/10.1210/er.2011-1034>.
- Elshenawy, S. & Simmons, R. (2016). Maternal obesity and prenatal programming, *Molecular and Cellular Endocrinology*, 435, 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2016.07.002>.
- Enquobahrie, D. A., Wander, P. L., Tadesse, M. G., Qiu, C., Holzman, C. & Williams, M. A. (2017). Maternal pre-pregnancy body mass index and circulating microRNAs in pregnancy, *Obesity Research & Clinical Practice*, 11, 464–474. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.10.287>.
- Gaillard, R. (2013). Risk Factors and Outcomes of Maternal Obesity and Excessive Weight Gain During Pregnancy, *Obesity*, 21, 046–1055. doi: 10.1002/oby.20088.
- Ge, Z. J., Liang, Q. X., Hou, Y., Han, Z. M., Schatten, H., Sun, Q. Y. & Zhang, C. L. (2014). Maternal obesity and diabetes may cause DNA methylation alteration in the spermatozoa of offspring in mice, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-12-29>.
- Goyal, D., Limesand, S. W. & Goyal, R. (2019). Epigenetic responses and the developmental origins of health and disease, *Journal of Endocrinology*, 242, T105–T119. <https://doi.org/10.1530/JOE-19-0009>.
- Hattori, H., Hiura, H., Kitamura, A., Miyauchi, N., Kobayashi, N., Takahashi, S., Okae, H., Kyono, K., Kagami, M., Ogata, T. & Arima, T. (2019). Association of four imprinting disorders and ART, *Clinical Epigenetics*, 11, 1–12. doi: 10.1186/s13148-019-0623-3
- Ibáñez, L., Potau, N., Enriquez, G. & de Zegher, F. (2000). Reduced uterine and ovarian size in adolescent girls born small for gestational age, *Pediatric Research*, 47, 575–577. <https://doi.org/10.1203/00006450-200005000-00003>.
- Ibáñez, L., Potau, N., Ferrer, A., Rodriguez-Hierro, F., Marcos, M. V. & De Zegher, F. (2002). Anovulation in eumenorrheic, nonobese adolescent girls born small for gestational age: insulin sensitization induces ovulation, increases lean body mass, and reduces abdominal fat excess, dyslipidemia, and subclinical hyperandrogenism, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87, 5702–5705. <https://doi.org/10.1210/jc.2002-020926>.
- Jensen, T. K., Andersson, A.-M., Jørgensen, N., Andersen, A.-G., Carlsen, E., Petersen, J. H. & Skakkebaek, N. E. (2004). Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones among 1,558 Danish men, *Fertility and Sterility*, 82, 863–870.

- <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.03.056>.
- Kitsiou-Tzeli, S. & Tzetis, M. (2017). Maternal epigenetics and fetal and neonatal growth, *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 24, 43–46.
<https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000305>.
- Kolasa-Wołoskiuk, A., Wiszniewska, B. (2018). Substancje chemiczne zaburzające gospodarkę hormonalną a zdrowie reprodukcyjne mężczyzn, *Postępy Andrologii Online*, 5, 13–27.
<https://doi.org/10.26404/PAO>.
- Korpysz, A. & Szalecki, M. (2019). What's new in IUGR from the endocrinological point of view? *Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 25, 188–193.
<https://doi.org/10.5114/pedm.2019.91547>.
- Lin, Y., Cheng, X., Sutovsky, P., Wu, D., Che, L.-Q., Fang, Z.-F., Xu, S.-Y., Ren, B. & Dong, H.J. (2017). Effect of intra-uterine growth restriction on long-term fertility in boars, *Reproduction, Fertility, and Development*, 29, 374–382.
<https://doi.org/10.1071/RD15130>.
- Mao, J., Pennington, K. A., Talton, O.O., Schulz, L. C., Sutovsky, M., Lin, Y. & Sutovsky, P. (2018). In Utero and Postnatal Exposure to High Fat , High Sucrose Diet Suppressed Testis Apoptosis and Reduced Sperm Count, *Scientific Reports*, 8, 1–11.
<https://doi.org/10.1038/s41598-018-25950-3>.
- Marcho, C., Oluwayiose, O.A. & Pilsner, J. R. (2020). The preconception environment and sperm epigenetics, *Andrology* [ahead of print]. <https://doi.org/10.1111/andr.12753>.
- Muhlhausler, B.S., Duffield, J.A. & McMillen, I. C. (2007). Increased maternal nutrition stimulates peroxisome proliferator activated receptor-gamma, adiponectin, and leptin messenger ribonucleic acid expression in adipose tissue before birth, *Endocrinology*, 148, 878–885. <https://doi.org/10.1210/en.2006-1115>.
- Neri, C. & Edlow, A. G. (2016). Effects of Maternal Obesity on Fetal Programming: Molecular Approches, *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 6 (2), a026591.
<https://doi.org/10.1101/cshperspect.a026591>.
- Olszewska, M. & Kurpysz, M. (2010). Metylacja i jej rola regulacyjna wobec rodzicielskiego piętna genomowego, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 64, 642–649.
- Şanlı, E. & Kabaran, S. (2019). Maternal Obesity, Maternal Overnutrition and Fetal Programming: Effects of Epigenetic Mechanisms on the Development of Metabolic Disorders, *Current Genomics*, 20, 419–427.
<https://doi.org/10.2174/1389202920666191030092225>.
- Sebastiani, G., Barbero, A.H., Borr, C., Casanova, M.A., Aldecoa-Bilbao, V. & Andreu-Fern, V. (2019). The Effects of Vegetarian and Vegan Diet during Pregnancy on the Health of Mothers and Offspring, *Nutrients*, 11, 557. <https://doi.org/10.3390/nu11030557>.
- Shalom-Paz, E., Weill, S., Ginzberg, Y., Khatib, N., Anabusi, S., Klorin, G., Sabo, E. & Beloosesky, R. (2017). IUGR induced by maternal chronic inflammation: long-

- term effect on offspring's ovaries in rat model - a preliminary report, *Journal of Endocrinological Investigation*, 40, 125–1131. <https://doi.org/10.1007/s40618-017-0681-3>.
- Słowikowska-Hilczer, J. (2014). Dysgeneza jąder jako przyczyna męskiej niepłodności, *Postępy Andrologii Online*, 1, 5–13.
- Słowikowska-Hilczer, J., Szarras-Czapnik, M., Marchlewska, K., Filipiak, E., Oszukowska, E., Walczak-Jędrzejowska, R. & Kula, K. (2013). Zespół dysgenetycznych jąder : patogeneza i konsekwencje kliniczne, *Endokrynologia Pediatriczna*, 12, 67–76.
- Słowikowska-Hilczer, J., Szarras-Czapnik, M., Wolski, J. K., Oszukowska, E., Hilczer, M., Jakubowski, L., Walczak-Jędrzejowska, R., Marchlewska, K., Filipiak, E., Kałużewski, B., Baka-Ostrowska, M., Niedzielski, J. & Kula, K. (2015). The risk of neoplasm associated with dysgenetic testes in prepubertal and pubertal/adult patients, *Folia Histochemica et Cytobiologica*, 53, 218–226. <https://doi.org/10.5603/FHC.a2015.0021>.
- Toschi, P., Capra, E., Anzalone, D.A., Lazzari, B., Turri, F., Pizzi, F., Scapolo, P.A., Stella, A., Williams, J.L., Ajmone Marsan, P. & Loi, P. (2020). Maternal peri-conceptional undernourishment perturbs offspring sperm methylome, *Reproduction*, 159, 513–523. <https://doi.org/10.1530/REP-19-0549>.
- Vaiserman, A. & Lushchak, O. (2019). Prenatal malnutrition-induced epigenetic dysregulation as a risk factor for type 2 diabetes, *International Journal of Genomics*, 2019:3821409. <https://doi.org/10.1155/2019/3821409>.
- Valsamakis, G., Kyriazi, E. L., Mouslech, Z., Siristatidis, C. & Mastorakos, G. (2015). Effect of maternal obesity on pregnancy outcomes and long-term metabolic consequences, *Hormones*, 14, 345–357. <https://doi.org/10.14310/horm.2002.1590>.
- von Wolff, M. & Haaf, T. (2020). In Vitro Fertilization Technology and Child Health, *Deutsches Arzteblatt International*, 117, 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0023>.
- Zhang, J., Zhang, F., Didelot, X., Bruce, K.D., Cagampang, F. R., Vatish, M., Hanson, M., Lehnert, H., Ceriello, A. & Byrne, C.D. (2009). 'Maternal high fat diet during pregnancy and lactation alters hepatic expression of insulin like growth factor-2 and key microRNAs in the adult offspring', *BMC Genomics*, 10:478. <https://doi.org/10.1186/1471-2164-10-478>.
- Zhou, Y., Gu, P., Shi, W., Li, J., Hao, Q., Cao, X., Lu, Q. & Zeng, Y. (2016). MicroRNA-29a induces insulin resistance by targeting PPAR δ in skeletal muscle cells', *International Journal of Molecular Medicine*, 37 (4), 931–938. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2016.2499>.

Mgr Anna Studniczek, <https://orcid.org/0000-0003-3618-1918>

Instytut Psychologii

Wydział Filozofii Chrześcijańskiej

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie

Dr Karolina Kossakowska, <https://orcid.org/0000-0003-3618-1918>; Mgr Kinga Bobrowska,

<https://orcid.org/0000-0003-0743-7056>

Instytut Psychologii

Wydział Nauk o Wychowaniu

Uniwersytet Łódzki

Obawy dotyczące psychologicznych i fizjologicznych aspektów ciąży, porodu i położu u kobiet nieposiadających dzieci

**Concerns about the psychological and physiological aspects of
pregnancy, childbirth and puerperium among childless women**

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.305>

1. Wprowadzenie do badań własnych

1.1. Zmiany w podejściu do macierzyństwa

Współczesne kobiety, świadome otaczających ich możliwości, częściej odwlekają moment zajścia w ciążę, stawiając na pierwszym miejscu wykształcenie i pracę zawodową, albo też nie decydują się na dziecko (Kossakowska, 2018). Uciążliwości i dolegliwości występujące w okresie ciąży mogą wywołać u kobiet niechęć wobec posiadania dziecka, które postrzegane jest jako przyczyna braku komfortu i ograniczenia ich sprawności. Te spośród nich, które mają dużą potrzebę kontrolowania własnego losu i wydarzeń w swoim życiu mogą odczuwać większe natężenie lęku, gdyż dziecko rozwija się poza ich kontrolą i świadomością (Kościelska, 1998). Kobiety, dla których wygląd zewnętrzny ma duże znaczenie mogą natomiast traktować ciążę jako przyczynę obniżenia ich atrakcyjności fizycznej (Włodarczyk, 2012).

We współczesnych, wysoko rozwiniętych krajach, utrwalają się nowe wzory życia, również małżeńskiego i rodzinnego. Spada dzietność rodzin, a centrum zainteresowania stanowi jednostka lub para (niekoniecznie małżeńska) inwestująca głównie w siebie, w swój rozwój (Jaguś, 2005). Kocik (2002) wskazuje na następujące czynniki przyczyniające się do propagowania postaw antyprokreacyjnych: zanik tradycyjnej rodziny wielopokoleniowej,

perspektywa dostatniego życia oraz awansu poza małżeństwem i rodziną, zanik misji prokreacyjnej jako powołania i obowiązku wobec Boga, ludzkości i narodu, koncentracja na doznaniach zmysłowych oraz międzynarodowa moda na bezdzietność.

W celu zachowania stabilnego rozwoju demograficznego kraju na każde 100 kobiet w wieku 15-49 lat powinno przypadać 210-215 urodzonych dzieci. Od 1992 r. odnotowuje się spadek liczby urodzeń w Polsce (GUS, 2016). W 2017 roku odnotowano około 145 urodzeń na 100 kobiet (GUS, 2018b).

1.2. Obawy dotyczące ciąży oraz dolegliwości w ciąży

Wyobrażenia kobiet dotyczące okresu ciąży zależą od wielu czynników - wieku, cech osobowości kobiety, sytuacji osobistej, rodzinnej, a także licznych uwarunkowań społecznych i kulturowych. Pojawiające się zmiany o charakterze biologicznym i psychologicznym mogą stanowić dla kobiet wyzwanie. Szczególnie dotyczy to tych kobiet, które macierzyństwo mają jeszcze przed sobą. Mogą one odczuwać niepokój związany z nadejściem tego wydarzenia.

W czasie ciąży w ciele kobiety zachodzą liczne zmiany, które występują zarówno w sferze psychicznej jak i fizycznej. Na skórze ciężarnych mogą pojawić się rozstępy i przebarwienia (Topór-Pamuła, Schier, 2017). Waga zwiększa się, a kobiety obserwują powiększanie się brzucha, piersi oraz innych części ciała (Topór-Pamuła, Schier, 2017). Inne objawy towarzyszące ciąży, które mogą być trudne dla kobiet, to rozstępy ciążowe w okolicach brzucha, bioder i ud, zwiększenie owłosienia na twarzy i ciele, złe samopoczucie, nudności, wymioty, zawroty głowy, częstomocz, zaparcia, ślinotok, zgaga, bolesność gruczołów sutkowych, drażliwość, zmęczenie i omdlenia (Zasada, 2013).

1.3. Lęk związany z porodem

Badania wskazują, że 13% kobiet niebędących w ciąży może doświadczać lęku związanego z myślą o urodzeniu dziecka, który skutkuje odraczeniem lub unikaniem przez nie zajścia w ciążę (Hofberg, Brockington, 2001; Guskowska, 2005). Lęk przed porodem może poprzedzać ciążę i być na tyle silny, że w konsekwencji prowadzi do odwlekania decyzji rodzicielskiej, a nawet do całkowitej rezygnacji z macierzyństwa. Mówi się wtedy o lęku fobicznym (Guskowska, 2005). Jednym z najczęstszych powodów prowadzących do decyzji kobiety o cesarskim cięciu jest fobia porodu siłami natury, zwana tokofobią (Holka-Pokorska i in., 2016; Nieminen, Stephansso, Ryding, 2009). Tokofobia może prowadzić również do poddania się sterylizacji (Dembińska, Wichary, 2005).

Tokofobia (grec. *tokos* - poród) jest specyficzną fobią dotyczącą lęku przed porodem i jako patologiczny strach jest fenomenem psychopatologicznym (Holka-Pokorska i in., 2016;

Saisto, Halmesmaki, 2003). Lęk przedporodowy występuje u większości kobiet, a za patologiczny uznawany jest wtedy, gdy przekracza poziom obserwowany u kobiet w tym okresie oraz gdy skutkuje odstąpieniem od naturalnego porodu i wiąże się z poszukiwaniem możliwości wykonania cięcia cesarskiego (National Institute of Health and Care Excellence, 2003).

Tokofobia w pierwotnej postaci rozwija się już od okresu adolescencji, wtórnie - w następstwie pierwszego traumatycznego porodu. Może łączyć się z objawami poporodowego zespołu stresu pourazowego lub poporodowej przewlekłej reakcji depresyjnej, które nie zostały zdiagnozowane ani leczone. Tokofobia współistniejąca z depresją okresu ciąży to jeden z symptomów zaburzeń depresyjnych. U ciężarnych mogą pojawić się myśli związane z przekonaniem o niemożności urodzenia dziecka oraz z przekonaniem, że umrą w trakcie porodu (Holka-Pokorska i in., 2016; Saisto, Halmesmaki, 2003).

W klasyfikacjach ICD-10 (WHO, 2008) oraz DSM-5 (APA, 2013) nie podano specyficznej kategorii diagnostycznej dotyczącej lęku przed porodem. Jednak zgodnie z klasyfikacją ICD-10 objawy tokofobii mogą być kodowane za pomocą dwóch kategorii - specyficznych (izolowanych) postaci fobii (F40.2) lub zaburzeń psychicznych i chorób układu nerwowego wikłających ciążę, poród, połóg (099.3). Z wielu prac epidemiologicznych wynika, że odsetek cięć cesarskich, wykonywanych zarówno w Polsce jak i na świecie, sukcesywnie rośnie. W Polsce w 1999 r. odsetek porodów operacyjnych wynosił 18,1 proc., w 2012 r. osiągnął już 37 proc., a w 2017 aż 43,9 proc. (Santorek i in. 2019). Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia urodzenia przez cięcia cesarskie powinny stanowić maksymalnie 15 proc. porodów (Betran i in., 2015).

W badaniu rejestrowym, które dotyczyło populacji szwedzkich kobiet rodzących w latach 2002-2004, wykazano, że wśród kobiet wybierających „cięcie cesarskie na życzenie”, częściej obserwowano obciążenie zaburzeniami psychicznymi w wywiadzie, w porównaniu z pozostałą grupą rodzących kobiet (Sydsjo i in., 2014). U badanych występowały zaburzenia lękowe, zaburzenia związane ze stresem, zaburzenia somatoformiczne (dające objawy fizycznej choroby) oraz zaburzenia nastroju.

W skandynawskim badaniu wykazano, że kobiety poszukujące pomocy z powodu lęku przed porodem oraz bólem porodowym, różnią się od kobiet z grupy kontrolnej obecnością wyższego poziomu psychastenii (rodzaju nerwicy) oraz niższym poziomem zapotrzebowania na kontakty społeczne (Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren, Edman, 2007). Autorzy tego badania podkreślili ważną rolę interwencji psychoedukacyjnych w postępowaniu przygotowawczym do porodu. Wykazano pozytywny wpływ interwencji psychoedukacyjnych, takich jak szkoła rodzenia, na zmniejszenie nasilenia tokofobii. Zwrócono również uwagę na fakt, że interwencje te wpływają na zmniejszenie ilości porodów operacyjnych oraz przyczyniają się do wyższej satysfakcji badanych kobiet

w porównaniu z tymi, wobec których nie zastosowano takich interwencji (Rouhei in., 2011; Szymański, S., Brączyk, W., Konstany-Kurkiewicz, V., 2017).

1.4. Niepokoje kobiet wybierających bezdzietność

W Łodzi przeprowadzono w 2007 roku badania fokusowe w grupie kobiet bezdzietnych z wyboru. Obok argumentów tłumaczących wybór bezdzietności pojawiły się również obawy związane z ewentualnymi zmianami w ciele: przed utratą własnej atrakcyjności fizycznej, zmianą jakości i częstości kontaktów seksualnych w wyniku pojawienia się potomstwa (Garncarek, 2010). W innym badaniu analizowano wypowiedzi kobiet na forach internetowych, które nie miały w planach urodzenia dziecka. Kobiety wskazywały na własne dysfunkcje zdrowotne, a także powoływały się na strach przed porodem oraz położeniem. „Forumowiczki” przyznały również, że obawiają się bólu oraz zmian w ciele w wyniku ciąży – przybrania na wadze, rozstępów, blizn. Kobiety opisywały fizyczne zmiany zaobserwowane wśród swoich koleżanek, które już urodziły: rozstępy, kłopoty z zębami, tycie, oraz ogólne zaniedbanie w wyniku natłoku obowiązków (Smalej, 2016).

1.5. Znaczenie przywiązania do matki

Więź z własną matką jest ważnym aspektem pośredniczącym w kształtowaniu się wizji macierzyństwa kobiety. Dziewczynki już od najmłodszych lat obserwują matkę, jej zachowania i próbują je naśladować. Przygotowują się do rodzicielstwa już w dzieciństwie – proces ten zaczyna się w dziecięcych zabawach i fantazjach (Gracka-Tomaszewska, 2014). Gracka-Tomaszewska (2014) uważa, że przywiązanie do matki jest bardzo ważnym czynnikiem biorącym udział w kształtowaniu się tożsamości macierzyńskiej. Tożsamość ta tworzy się z obrazu siebie jako kobiety oraz obrazu swojej matki jako matki. Duże znaczenie dla tego procesu ma narracja – to, co kobieta mówi o swojej matce oraz o otrzymywanej od niej opiece (Zdolska-Wawrzekiewicz, Bidzan, Chrzan-Dętkoś, 2018).

Według badaczy istotnym czynnikiem jest zarówno aktualna relacja z matką, np. otrzymywana od niej pomoc (Greszta, E., Ryś, M., Trębicka, P., 2020), jak również dziecięce wspomnienia dotyczące doznawanej opieki ze strony rodziców. Negatywny obraz własnej matki może powodować trudności, gdyż obraz ten staje się częścią tego, co kobieta myśli o sobie. Kiedy kobieta nie może czerpać wsparcia ze swojego wewnętrznego obrazu matki, swoich wspomnień i doświadczeń, bycie matką i „matkowanie” może sprawiać jej trudność (Zdolska-Wawrzekiewicz i in., 2018).

Kobiety, które otrzymały od swoich matek należyłą opiekę i mają z nimi obecnie dobre relacje, mają dzieci o bezpiecznym stylu przywiązania (Greszta, E., Ryś, M., Trębicka,

P. , 2020; Ryś, 2018). Te zaś, których matki nie były wspierające, mają dzieci bardziej lękowe. Kobiety, które pamiętają swoje matki jako odrzucające, mogą ukazywać swoim dzieciom unikający wzorzec przywiązania (Zdolska-Wawrzekiewicz i in., 2018).

2. Badania własne

2.1. Cel badań i pytania badawcze

Celem badań przedstawionych w niniejszym artykule było określenie obaw związanych z ciążą oraz ich uwarunkowań u kobiet nieposiadających dzieci. W związku z eksploracyjnym charakterem badania, nie postawiono hipotez kierunkowych, sformułowano jednak następujące pytania badawcze:

- 1) Czy istnieje związek pomiędzy wiekiem badanych a nasileniem obaw związanych z ciążą?
- 2) Czy stan cywilny (posiadanie/nie posiadanie partnera) różnicuje stopień nasilenia obaw u kobiet?
- 3) Czy istnieją różnice w zakresie nasilenia obaw pomiędzy trzema wymiarami: wizją zmian w dotychczasowym stylu życia i wyglądzie, sytuacjami związanymi z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka oraz zmianami w wyglądzie i w sferze życia seksualnego?
- 4) Czy istnieje zależność między nasileniem (w zakresie wymienionych wyżej aspektów) obaw a wymiarami: uczucie (troska) i kontrola (nadopiekuńczość) w relacji z matką?
- 5) Czy istnieje zależność między nasileniem obaw u kobiet, a sumą wsparcia, którego spodziewają się one uzyskać od różnych osób w okresie ciąży i po urodzenia się dziecka?

2.2. Sposób przeprowadzenia badań

Badanie trwało od 12 lutego do maja 2019 roku. Zostało przeprowadzone drogą internetową i objęto nim 122 kobiety wieku 18-48 lat. Kryterium doboru do próby była płeć żeńska, ukończone 18 lat w momencie przystąpienia do badania, nieposiadanie dziecka, oraz brak wcześniejszych ciąż i strat prokreacyjnych w wywiadzie. W badaniu wzięły udział kobiety, które odpowiedziały na ogłoszenie zamieszczone na portalach społecznościowych lub pozyskane za pomocą kontaktów społecznych, w tym metodą tzw. „kuli śnieżnej”. Udział w badaniu był dobrowolny, uczestniczki wyraziły świadomą zgodę i zostały poinformowane o przeznaczeniu wyników badań wyłącznie do celów naukowych. Założenia i procedura badawcza były zgodne z wymogami etycznymi Helsińskiej Deklaracji

Praw Człowieka, a pozyskiwanie świadomej zgody w wymogami Brytyjskiego Towarzystwa Psychologicznego dla badań prowadzonych drogą internetową (British Psychological Society, 2017).

2.3. Narzędzia

W celu uzyskania odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze zastosowano następujące narzędzia:

2.3.1. Ankieta socjodemograficzna

Ankieta została opracowana na potrzeby badania i zawierała pytania dotyczące danych społeczno-demograficznych (m.in. wiek, płeć, stan cywilny), a także pytania dotyczące wsparcia i stopnia zadowolenia z relacji z partnerem oraz relacji z poszczególnymi członkami rodziny.

2.3.2. Kwestionariusz Obaw Związanych z Doświadczeniami Prokreacyjnymi

Kwestionariusz autorski, skonstruowany na potrzeby badania, służący do oceny obaw związanych z wybranymi doświadczeniami prokreacyjnymi. Narzędzie składa się z 16 pozycji. Pytania odnoszą się do stopnia natężenia obaw u kobiet, które macierzyństwo mają jeszcze przed sobą. Badane ustosunkowują się do każdego twierdzenia na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, a 5 „zdecydowanie zgadzam się”. Analiza czynnikowa wykazała 3-czynnikową strukturę narzędzia. Utworzone wymiary to:

- wizja zmian w dotychczasowym stylu życia i wyglądzie – wymiar ten składa się z twierdzeń odnoszących się do zmian w trybie życia i w wyglądzie ciała, które są wpisane w ciążę, poród i połóg (przykładowe twierdzenie: *„Myśl o zmianie dotychczasowego życia i przyzwyczajzeń wywołuje we mnie niepokój”*). Wymiarowi nadano nazwę skróconą „Wizja zmian”;

- sytuacje związane z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka – wymiar ten obejmuje twierdzenia dotyczące sytuacji porodu i kwestię związaną z urodzeniem nie w pełni zdrowego dziecka (przykładowe twierdzenie: *„Martwi mnie, że w trakcie porodu mogłyby się pojawić nieprzewidziane komplikacje”*). Wymiarowi nadano nazwę skróconą „Poród i zdrowie dziecka”;

- zmiany w wyglądzie i zmiany w sferze życia seksualnego – wymiar ten składa się z twierdzeń obejmujących tematykę życia intymnego, zmiany w ciele oraz ewentualne trudności w powrocie do dawnego wyglądu. Przykładowe twierdzenie: *„Martwi mnie, że po urodzeniu dziecka trudno byłoby mi powrócić do aktywności seksualnej”*. Wymiarowi nadano nazwę skróconą „Wygląd i sfera seksualna”.

Im wyższy wynik uzyskany dla danego wymiaru, tym wyższe nasilenie obaw, które ten wymiar mierzy. Kwestionariusz charakteryzuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi, współczynniki rzetelności Alfa Cronbacha dla każdego wymiaru wyniosły kolejno: 0,752; 0,662; 0,758.

2.3.3. Kwestionariusz Wsparcia społecznego (Social Support Questionnaire, SSQ) (Nieland, 1992; w adaptacji: E. Bielawskiej-Batorowicz, 1995)

Narzędzie to zostało opracowane do badania poziomu trzech aspektów wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym. Zawiera listę 14. różnych źródeł wsparcia, od szeroko rozumianych służb medycznych, przez członków najbliższej rodziny, przyjaciół i znajomych, do różnorodnych organizacji i instytucji. Badana ocenia wsparcie na 4. punktowej skali od „wcale” (1 pkt) do „wyjątkowo dużo” (4 pkt), zwracając uwagę na jego trzy aspekty: ilość wsparcia, jaką chciałyby uzyskać, ilość wsparcia otrzymanego w rzeczywistości oraz stopień satysfakcji z uzyskanego wsparcia. Suma otrzymanych punktów stanowi globalny wskaźnik wsparcia oczekiwanego, uzyskanego i zadowolenia z otrzymanego wsparcia. Rzetelność skali oszacowano obliczając współczynniki Alfa Cronbacha. Dla polskiej wersji językowej współczynniki te wyniosły 0,85 (dla wsparcia oczekiwanego), 0,69 (dla wsparcia otrzymanego) oraz 0,88 dla oceny otrzymanego wsparcia (Bielawska-Batorowicz, 1995). W prezentowanej pracy narzędzie zostało zmodyfikowane na potrzeby badania, tj. zadaniem badanych kobiet było rozważenie, jak dużo wsparcia mogłyby uzyskać od poszczególnych osób w okresie trwania ciąży i po urodzeniu się dziecka.

2.3.4. Kwestionariusz do pomiaru więzi z własnymi rodzicami (Parental Bonding Instrument, PBI) (Parker, Tupling i Brown, 1979; w adaptacji Popiel i Pragłowskiej, 2006).

Kwestionariusz służy do retrospektywnej oceny zachowania rodziców i określenia stylu przywiązania. Składa się z 25 twierdzeń (osobno dla matki i ojca), a badane ustosunkowują się do nich na 4-stopniowej skali: od „bardzo się zgadza” do „zupełnie się nie zgadza”.

Z twierdzeń PBI wyodrębnione zostały dwa wymiary: opieki i kontroli. Wymiar opieki tworzy continuum: opiekuńczy-odrzucający, a wymiar kontroli: kontrolujący-dający poczucie autonomii. Uzyskane wyniki pozwalają opisać relację z rodzicem w ramach jednego z czterech stylów przywiązania: styl optymalny (charakteryzujący się wysoką opieką i niską kontrolą ze strony matki lub ojca); styl nadopiekuńczo-wymuszający (z wysoką opieką i wysoką kontrolą); styl kontrolujący (z niską opieką i wysoką kontrolą) oraz styl zaniedbujący (z niską opieką i niską kontrolą ze strony rodzica). Według autorów najbardziej prawidłową dla rozwoju człowieka i jego funkcjonowania jest styl optymalny, w którym rodzic prezentuje duży stopień emocjonalnej opieki i niski stopień psychologicznej

kontroli. Wysokie wyniki w wymiarze opieki odzwierciedlają uczuciowość, ciepło w relacji z dzieckiem, a niskie sugerują odrzucenie, chłód i obojętność. Wysokie wyniki w wymiarze kontroli sugerują nadmierne ingerowanie w sprawy dziecka, nadmierne nim sterowanie, aktywne zachęcanie do psychologicznej zależności, natomiast niskie wyniki wskazują na promowanie niezależności i autonomii.

2.4. Analiza statystyczna

Analiza statystyczna zebranego materiału została przeprowadzona w programie IBM SPSS 25 Statistic wersja 25. Oprócz statystyk opisowych, przeprowadzono test Kołmogorowa-Smirnova do oceny normalności rozkładu wyników. Ze względu na rozkład wyników odbiegający od rozkładu normalnego oraz brak grup porównywalnej wielkości dla wybranych analiz, zastosowano testy nieparametryczne. Współczynnik korelacji *rho* Spearmana zastosowano do określenia zależności pomiędzy zmiennymi oraz ich kierunku i nasilenia (dla zmiennych: wsparcie społeczne, wymiar uczucie-troska i kontrola-nadopiekuńczość w kwestionariuszu do pomiaru więzi z własnymi rodzicami, wymiary kwestionariusza obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi). Test Manna-Whitneya wykorzystano do porównania nasilenia obaw w zależności od stanu cywilnego badanych. Test Kruskalla-Wallisa zastosowano do określenia różnic w wynikach w kwestionariuszu obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi ze względu na wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania. Ponadto, do oceny różnic w nasileniu pomiędzy poszczególnymi grupami obaw (wizja zmian/poród i zdrowie/wygląd i sfera seksualna) przeprowadzono jednozmienną analizę wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym (wraz z testem *post hoc* Bonferoniego). Przyjęty został poziom istotności $\alpha = 0,05$.

2.5. Charakterystyka badanej grupy

Średni wiek badanych wyniósł 23,6 (SD = 4,9). Najwięcej kobiet było w trakcie uzyskiwania wyższego wykształcenia (36,9%). Najwięcej badanych pochodziło z miast poniżej 100 tys. mieszkańców (36,9%), a najmniej ze wsi (27%). Spośród przebadanych kobiet posiadanie partnera zadeklarowały 83 kobiety (68%). 56 kobiet (45,9%) określiło swoją relację z partnerem jako bardzo dobrą, a 24 (19,7%) jako dobrą. Na udzielenie wsparcia w okresie ciąży od więcej niż czterech osób mogą liczyć 73 kobiety (59,8%). Dwie spośród badanych (1,6%) uważają, że nie ma wokół nich osób, na których wsparcie mogłyby liczyć. Szczegółową charakterystykę przedstawia tabela 1.

Tabela nr 1. Charakterystyka badanej grupy (N=122)

Dane	n	%
Wykształcenie		
Średnie	38	31,1
Wyższe w trakcie	45	36,9
Wyższe	39	32
Miejsce zamieszkania		
Wieś	33	27
Miasto <100 tys.	45	36,9
Miasto >100 tys.	44	36,1
Stan cywilny		
W związku (małżeńskim/partnerskim)	83	68
Samotna	39	32
Ocena relacji z partnerem (n=83) ¹		
Bardzo dobre	56	45,9
Dobre	24	19,7
Trudno powiedzieć	3	2,5
Złe	0	0
Ocena relacji z członkami rodziny		
Bardzo dobre	50	41
Dobre	59	48,4
Trudno powiedzieć	11	9
Złe	2	1,6
Liczba osób, które udzieliłyby wsparcia w okresie ciąży		
Brak	2	1,6
Do 2 osób	11	9
Do 4 osób	36	29,5
Powyżej 4 osób	73	59,8

¹Analiza dla zmiennej (relacje z partnerem) obejmowała wyłącznie kobiety, które aktualnie są w związku

2.6. Wyniki

2.6.1. Statystyki opisowe

W pierwszym kroku podjętym przed przystąpieniem do analiz przedstawiono statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych (tabela 2).

Tabela nr 2. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych (N=122)

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	Sk.	Kurt.	Min.	Maks	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Źródło oczekiwanego wsparcia									
Partner	2,94	3	1,255	-0,732	-1,173	1	4	0,284	0,000
Rodzina partnera	2,57	3	1,157	-0,292	-1,391	1	4	0,277	0,000
Matka	3,60	4	0,735	-2,000	3,688	1	4	0,421	0,000
Rodzeństwo	2,61	3	1,103	-0,256	-1,254	1	4	0,238	0,000
Ojciec	3,00	3	1,037	-0,860	-0,382	1	4	0,279	0,000
Dziadkowie	2,40	3	1,169	0,021	-1,496	1	4	0,221	0,000
Przyjaciele	2,89	3	0,861	-0,504	-0,280	1	4	0,271	0,000
Wynik ogólny	20,0082	20	4,10904	-0,153	-0,294	10	28	0,075	0,087
Retrospektywna ocena relacji z matką – wymiar Uczucie (Troska)	29,2049	29	2,16256	0,005	-0,006	24	35	0,120	0,000
Retrospektywna ocena relacji z matką – wymiar Kontrola (Nadopiekuńczość)	32,2623	33	4,17352	-0,327	0,220	21	43	0,119	0,000
Obawy związane z doświadczeniami prokreacyjnymi - Wizja zmian	17,3279	17	5,42483	0,098	-0,435	6	30	0,082	0,044
Obawy związane z doświadczeniami prokreacyjnymi -Poród i zdrowie dziecka	18,3033	18	3,63384	-0,486	0,323	6	25	0,098	0,006
Obawy związane z doświadczeniami prokreacyjnymi - Wygląd i sfera seksualna	14,2623	14	4,57048	0,232	-0,211	5	25	0,098	0,006

M – średnia; *Me*- mediana; *SD*- odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtoza; Min. i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność

Analizując dane zawarte w tabeli 2 warto zwrócić uwagę, że rozkład zbliżony do normalnego uzyskano wyłącznie dla wyniku ogólnego w zakresie wsparcia, w związku z tym do przeprowadzenia analiz wykorzystano testy nieparametryczne.

2.6.2. Rozkład wyników dla wybranych twierdzeń Kwestionariusza do Pomiaru Obaw Związanych z Doświadczeniami Prokreacyjnymi

W kolejnym kroku określono statystyki opisowe dla w twierdzeń wchodzących w skład kwestionariusza do pomiaru obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi.

Ze względu na ograniczenia niniejszego opracowania szczegółowe dane dla każdego twierdzenia są dostępne u autorów na życzenie Czytelników. Jednak analiza poszczególnych itemów wchodzących w skład każdego wymiaru wykazała, że najczęściej obaw występujących u kobiet dotyczy zagadnień obejmujących wymiar drugi (*Poród i zdrowie dziecka*). W tym wymiarze, w jednym z pytań kobiety uzyskały najwyższą średnią spośród wszystkich twierdzeń ($M = 4,30$; $SD = 0,9$). Brzmi ono: „*Jestem zaniepokojona myślą, że mogłabym urodzić nie w pełni zdrowe dziecko*”. Niewiele niższą średnią badane uzyskały w pytaniach o występowanie lęku przed nieprzewidzianymi komplikacjami w czasie jego trwania - uzyskały średnią $4,18$ ($SD = 0,90$), a w pytaniu o lęk przed długim i nieprzyjemnym porodem - średnią $4,05$ ($SD = 1,03$).

2.6.3. Obawy związane z ciążą a wiek badanych

W celu określenia, czy istnieje związek pomiędzy nasileniem obaw związanych z ciążą w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) przeprowadzono analizę korelacji Spearmana. Jej wyniki wskazują na ujemne zależności dla wieku i każdego z wymiarów. Im młodszy wiek badanych tym silniejsza wizja zmian wynikających z ciąży ($\rho = -0,241$, $p < 0,01$), silniejsze obawy związane z przebiegiem porodu i kwestiami zdrowotnymi ($\rho = -0,181$, $p < 0,05$), oraz obawy dotyczące wyglądu i sfery seksualnej po urodzeniu dziecka ($\rho = -0,243$, $p < 0,01$). Należy jednak podkreślić, że zachodzące korelacje są słabe lub bardzo słabe.

2.6.4. Obawy związane z ciążą a stan cywilny

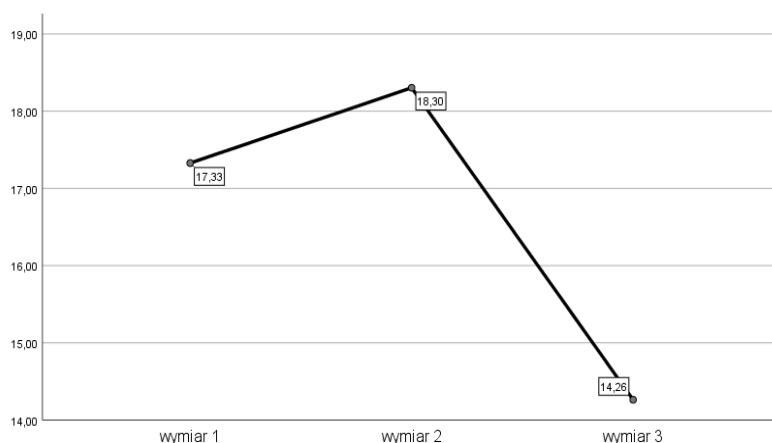
W celu określenia, czy istnieją różnice w nasileniu obaw związanych z ciążą w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) a stanem cywilnym badanych zastosowano test U Manna-Whitneya, do porównania kobiet samotnych i pozostających w związkach. Uzyskane wyniki pokazują, że stan cywilny nie różnicuje badanych kobiet pod względem nasilenia obaw. Wyniki przedstawione zostały w tabeli 3.

Tabela nr 3. Porównanie w zakresie nasilenia obaw związanych z ciążą w grupie kobiet pozostających w związku i kobiet samotnych (N=122).

Zmienna	Porównywane grupy	n	M	SD	Średnia ranga	U	p
Wymiar 1 - wizja zmian	W związku	83	17,64	5,19	63,36	1464,500	0,397
	Samotne	39	16,67	5,92	57,55		
Wymiar 2 - poród i zdrowie	W związku	83	18,25	3,58	60,73	1555,000	0,726
	Samotne	39	18,41	3,80	63,13		
Wymiar 3 - wygląd i sfera seksualna	W związku	83	13,95	4,48	59,09	1418,500	0,270
	Samotne	39	14,92	4,75	66,93		

2.6.5. Różnice w nasileniu obaw w zakresie analizowanych wymiarów

W celu sprawdzenia, czy istnieją różnice w nasileniu pomiędzy poszczególnymi grupami obaw (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) zastosowano jednozmienną analizę wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym (wraz z testem *post hoc* Bonferoniego). Dane spełniały założenie o sferyczności (test sferyczności Mauchly'ego okazał się nieistotny; $p=0,843$). Uzyskano wynik: $F(2, 224) = 62,029$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,339$, co oznacza, że wyniki w poszczególnych pomiarach różniły się od siebie (wykres 1).



Wymiar 1 – obawy związane z wizją zmian; *wymiar 2* – obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka; *wymiar 3* – obawy związane wyglądem i sferą seksualną

Wykres nr 1. Porównanie wyników dla trzech wymiarów obaw związanych z ciążą w grupie badanych kobiet (N = 122)

Testy *post hoc* Bonferoniego wykazały, że w badanej grupie kobiet obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka (wymiar 2) są istotnie wyższe ($M=18,30$; $SD=3,63$) niż obawy dotyczące wyglądu i sfery seksualnej (wymiar 3) ($M=14,26$; $SD=4,57$) oraz niż obawy związane z wizją zmian (wymiar 1) ($M=17,33$; $SD=5,42$), a także, że obawy związane z wizją zmian (wymiar 1) są istotnie wyższe niż obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3). Najsilniejsze obawy to te związane z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka, najmniej silne okazały się te, które dotyczą zmian w wyglądzie i w sferze seksualnej. Wyniki uzyskane w teście Bonferoniego przedstawia tabela 4.

Tabela nr 4. Wyniki testów *post hoc* porównania nasilenia obaw w trzech wymiarach w badanej grupie kobiet ($N=122$)

Obawy (I)	Obawy (J)	Różnica średnich (I-J)	P
Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	3,066**	0,000
Obawy związane z porodem (wymiar 2)	Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	4,041**	0,000
Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	-3,066**	0,000
	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-4,041**	0,000

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

2.6.6. Nasilenie obaw związanych z ciążą a uczucie i kontrola w relacji z matką

W celu określenia związku między nasileniem obaw w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna a uczuciem (troska) i kontrolą (nadopiekuńczość) w relacji z matką zastosowano analizę korelacji Spearmana. Otrzymane wyniki wskazują na zależność między nasileniem obaw we wszystkich trzech wymiarach a zmienną kontrola (nadopiekuńczość) w relacji z matką. Wszystkie uzyskane korelacje są dodatnie. Oznacza to, że im wyższa kontrola/nadopiekuńczość ze strony matki, tym wyższe obawy w każdym z analizowanych wymiarów, tj. wizja zmian, poród i zdrowie dziecka, wygląd i sfera seksualna. Jednak, mimo iż uzyskane korelacje są istotne statystycznie, to wartość współczynnika korelacji wskazuje na korelację słabą. Nie odnotowano natomiast żadnej istotnej statystycznie korelacji dla zmiennej uczucie (troska). Wartości współczynników korelacji przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Wyniki testów post hoc porównania nasilenia obaw w trzech wymiarach w badanej grupie kobiet (N=122)

Obawy (I)	Obawy (J)	Różnica średnich (I-J)	P
Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	3,066**	0,000
Obawy związane z porodem (wymiar 2)	Obawy związane z wizją zmian(wymiar 1)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	4,041**	0,000
Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	-3,066**	0,000
	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-4,041**	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

2.6.7. Nasilenie obaw związanych z ciążą a poziom oczekiwanego wsparcia społecznego

W celu określenia związku między nasileniem obaw w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) a poziomem wsparcia społecznego, jakiego oczekiwałyby badane kobiety będąc w ciąży ponownie przeprowadzono analizę korelacji Spearmana. Uzyskane wyniki wskazują na brak zależności pomiędzy poziomem oczekiwanego wsparcia a nasileniem obaw zarówno w zakresie obaw dotyczących zmian związanych z ciążą ($\rho = -0,055$; $p = 0,550$), dotyczących porodu i zdrowia dziecka ($\rho = -0,077$; $p = 0,402$), jak też obaw związanych z wyglądem i sferą seksualną ($\rho = -0,132$; $p = 0,149$).

3. Dyskusja

Celem przeprowadzonych badań była próba oceny nasilenia obaw związanych z wybranymi doświadczeniami prokreacyjnymi u kobiet nieposiadających dzieci. Twierdzenia obejmujące tematykę ciąży zostały umieszczone w kwestionariuszu własnego autorstwa. W niniejszej pracy analizowano ocenę wsparcia, którego spodziewają się uzyskać badane od różnych osób w okresie przyszłej ciąży. W tym celu wykorzystano kwestionariusz do pomiaru wsparcia społecznego. Zbadano również więź badanych z własną matką na podstawie retrospektywnej oceny zachowania matki wobec nich.

Analiza danych wykazała, że w badanej grupie kobiet obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka są istotnie wyższe niż obawy dotyczące zmian w wyglądzie i zmian

w sferze życia seksualnego oraz niż obawy związane z wizją zmian w dotychczasowym stylu życia a także, że obawy związane z wizją zmian są istotnie wyższe niż obawy dotyczące zmian w wyglądzie i zmian w sferze życia seksualnego. Można zatem wnioskować, że badane kobiety bardziej obawiają się samego przebiegu porodu i jego konsekwencji, a nie zmian w wyglądzie ciała towarzyszących ciąży (jak np. zwiększenie masy ciała czy rozstępy).

Analiza wyników poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład trzech wymiarów, które pochodzą z kwestionariusza obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi wykazała, że najwięcej obaw występujących u kobiet dotyczy zagadnień związanych z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka. Pytanie dotyczące urodzenia nie w pełni zdrowego dziecka osiągnęło najwyższą średnią spośród wszystkich twierdzeń. Niewiele mniejszą średnią uzyskały twierdzenia dotyczące pojawienia się nieprzewidzianych komplikacji w trakcie porodu oraz tego, że poród mógłby okazać się długi i nieprzyjemny. Może to wynikać z młodego wieku badanych kobiet, które nie miały możliwości zetknąć się z wieloma kobietami, które już rodziły, i mogłyby podzielić się swoimi doświadczeniami.

Barbro Areskog była jedną z pierwszych osób prowadzących badania 30 lat temu nad strachem związanym z urodzeniem dziecka. Autorka stwierdziła, że umiarkowany poziom niepokoju występuje u 17% ciężarnych, a poważny u 6%. Częstość występowania lęku w różnych grupach kobiet waha się od 23% do 64% (Areskog, 1981; Guskowska, 2012.) Autorka badała wprawdzie kobiety ciężarne, jednak nowsze badania (Stoll i in., 2016) są spójne z prezentowanymi w niniejszym artykule i pokazują, że lęk związany z urodzeniem dziecka występuje również u tych kobiet, które ciążę mają jeszcze przed sobą. Główny powód niepokoju dotyczącego porodu stanowi najczęściej strach przed bólem (Areskog, 1981; Melender, 2002). Ponad połowa (56%) kobiet w badaniach Stoll i in. (2009) na pytanie o powody, dla których preferowałyby cesarskie cięcie zamiast porodu waginalnego wymieniła ból porodowy i/lub strach przed jego doświadczeniem. Wiedza na temat skali i charakteru obaw związanych z porodem wydaje się dość istotna, albowiem wśród konsekwencji lęku porodowego wymienia się rosnącą liczbę cesarskich cięć bez wyraźnych wskazań medycznych (Michałowska i in., 2012). W Polsce wynosi on ponad 42% i jest na jednym z najwyższych miejsc w Europie (Euro-Peristat, 2018; Macfarlane i in., 2016).

Przygotowanie do porodu oraz wsparcie społeczne mają duże znaczenie w profilaktyce lęku przed porodem. Programy edukacyjne mogą powodować zwiększenie wiedzy i zredukować lęk związany z porodem, zwłaszcza u pierwiastek (Augustyniuk i in., 2013). Wyniki z badań przeprowadzonych w Polsce i Indiach wskazują na dodatni związek między zwiększeniem wiedzy i spadkiem poziomu lęku przed porodem właśnie w tej grupie kobiet (Augustyniuk i in., 2013; Gayathri, Raddi, Metgud, 2010).

Z kolei z badań przeprowadzonych w Szwecji wynika, że dzięki poradnictwu i psychoterapii krótkoterminowej, połowa z kobiet, które domagały się urodzenia przez cesarskie cięcie, zrezygnowała z niego i urodziła dziecko siłami natury (Ryding, 1993). Część kobiet z silnym lękiem przed porodem, dzięki oddziaływaniom wspierającym i terapeutycznym, zrezygnowała z cesarskiego cięcia i zdecydowała się na poród naturalny (Sjorgen, 1998). Można stwierdzić, że zjawisko lęku związanego z porodem towarzyszy wielu kobietom i dla tych, które odczuwają silny lęk związany z porodem istotne wydaje się wprowadzenie oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych. Stoll i in. (2016) zwracają jednak uwagę, że wspieranie kobiet w radzeniu sobie z lękiem przed porodem dopiero w czasie ciąży (np. w ramach szkół rodzenia) może być zbyt późne i konieczna jest wcześniejsza interwencja. Autorzy ci (Stoll i in., 2016) proponują opracowanie i wdrożenie specjalnych modułów edukacyjnych już dla uczniów szkół średnich. Programy te miałyby odnosić się do powszechnych obaw i błędnych przekonań na temat ciąży i porodu i być zgodne z wytycznymi dotyczącymi najlepszych praktyk w zakresie opieki przedporodowej nad kobietami.

Chociaż zależności pomiędzy wsparciem oczekiwanym z różnych źródeł a nasileniem obaw w każdym z trzech analizowanych wymiarów okazały się nieistotne statystycznie, wyniki opisowe pokazują, że oczekiwanie wsparcia jest najsilniejsze ze strony własnej matki. Jednocześnie, analiza zależności między wymiarami kwestionariusza obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi, a wymiarem uczucie (troska) i kontrola (nadopiekuńczość) w kwestionariuszu do pomiaru więzi z własną matką wykazała, iż istnieje związek między obawami tworzącymi poszczególne wymiary, a wymiarem kontrola-nadopiekuńczość. Można zatem przyjąć, iż kontrola i nadmierny wpływ ze strony matki mają negatywne znaczenie, ponieważ wiążą się z większym natężeniem obaw u kobiet.

Nie odnotowano natomiast zależności między nasileniem obaw a wymiarem uczucie (troska) w relacji z matką. Zatem o ile wysoki poziom troski ze strony matki może nie mieć charakteru protekcyjnego dla rozwijania się obaw związanych z ciążą i/lub porodem, wysoki poziom kontroli z jej strony może sprzyjać ich występowaniu. Brak jakiegokolwiek związku pomiędzy nasileniem obaw związanych z porodem a poziomem opieki wydaje się ciekawym wynikiem w świetle wyników badań amerykańskich (Enns, Cox, Clara, 2002). Wykazały one, że w grupie blisko 6 tys. pacjentów o bogatej psychopatologii, jak zaburzenia depresyjne, zespół stresu pourazowego, zaburzenia lękowe czy osobowości to właśnie niski poziom opieki mierzony za pomocą PBI był najsilniejszym predykatorem tych zaburzeń. Byli to jednak pacjenci obojga płci i być może to właśnie płeć stanowi dodatkowy czynnik ryzyka, podczas gdy w opisywanym w niniejszym artykule badaniu brały udział jedynie kobiety.

Ujemny związek wieku z nasileniem obaw w każdym z analizowanych wymiarów wskazuje, że młodszy wiek może odgrywać istotną rolę w pełnym obaw postrzeganiu ciąży, porodu i porożu, oraz wynikających z nich zmian. Tym samym największe wyzwanie okres ciąży stanowić może właśnie dla najmłodszych kobiet, rozpoczynających dopiero etap w życiu, który wiąże się z określaniem swoich potrzeb i planów życiowych. Dla wielu z nich priorytetem jest ukończenie szkoły, zdobycie zawodu i ustabilizowanie swojej pozycji zawodowej, a przyszłe macierzyństwo traktują jako coś odległego. Współcześnie promowane jest zdobycie wykształcenia w pierwszej kolejności, pracy zawodowej oraz uzyskanie niezależności finansowej, a dopiero później kwestie związane z założeniem rodziny. Kobiety młodsze będące w ciąży mogą być negatywnie oceniane przez otoczenie, a brak akceptacji ciąży może być dla nich źródłem stresu (Bień i in., 2015; Frankowicz-Gasiul i in., 2008).

Korelacja obaw o wygląd, szczupłą sylwetkę i seksualność z młodym wiekiem również wskazuje, że są to kwestie szczególnie dla młodych kobiet istotne. Medialny przekaz dotyczący kanonów piękna i pożądanых cech u kobiet powodują, że młode kobiety odczuwają ciągłą presję i konieczność nieustannej pracy nad sobą, swoim ciałem. W dominującej współcześnie kulturze konsumpcji, ciało jest obiektem kultu. Szczupłe ciało, młodość, gładka cera, długie nogi, duże oczy, spory biust wpisują się w kanon kobiecego piękna. Wyniki badań dowodzą, że prasa kobieca w 80-90 % obejmuje tematykę związaną z urodą (Smalej, 2016; Żak-Bucholc, 2006). Badania pokazują, że dużą rolę w kontaktach społecznych odgrywa atrakcyjność fizyczna, a ciało uważane jest za jeden z elementów naszej tożsamości (Giddens, 2001; Smalej, 2016).

W wyniku przeprowadzonej analizy nie stwierdzono istotnych zależności między nasileniem obaw, a faktem posiadania/nieposiadania partnera przez kobiety. Kobiety, będące w związku jak i samotne, mają podobny poziom obaw przed ciążą. Można przypuszczać, że obawa przed zmianami w swoim życiu wynikająca z pojawieniem się dziecka na świecie oraz poprzedzający ją stan ciąży, jest bardziej związana z tym, co kobieta wie o ciąży i porodzie, ze świadomością tego, co ją czeka i jak może sobie poradzić niż stan cywilny.

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy wsparciem społecznym oczekiwany przez kobiety a obawami dotyczącymi zmian związanych z ciążą, ani też związanych z porodem, zdrowiem dziecka i wyglądem oraz sferą seksualną. Możliwe, że badane kobiety, będące jeszcze w trakcie nauki, nie potrafią sobie jeszcze wyobrazić potrzeb kobiety w ciąży, i bardziej zajmują się, łatwiejszym do wyobrażenia, zmieniającym się fizycznym stanem ciała niż trudnościami psychicznymi z nim związanymi .

4. Ograniczenia i implikacje do dalszych badań

Prezentowane badania nie są wolne od ograniczeń, których eliminacja pozwoliłaby na pełniejszą analizę problemu. Szczególnie wartościowe wydaje się przeprowadzenie badań z udziałem diady matka-córka, z uwzględnieniem czynników związanych z perspektywą matki. Cenna, na przykład, mogłaby okazać się analiza przekonań związanych z przeżywaniem ciąży, porodu i pogoju oraz ich wpływem na życie kobiety w różnych sferach, przekazywanym badanym kobietom przez ich matki, niezależnie od poziomu troski i kontroli mierzonych za pomocą PBI. Ciekawe uzupełnienie mogłaby również stanowić analiza postaw wobec płodności, macierzyństwa czy ciąży. Wyniki jednego z ostatnich badań z udziałem polskich nastoletnich matek pokazują, że pozytywnemu nastawieniu do ciąży towarzyszy bardziej pozytywna postawa wobec porodu (Bałanga-Bałdyga i in., 2020).

Bibliografia:

- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12 (5), 262-266.
<https://doi.org/10.1159/000299611>.
- American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Augustyniuk, K., Rudnicki, J., Grochans, E., Jurczak, A., Wieder- Huszla, S., Szkup-Jabłońska, M. (2013). Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19 (2), 138-141.
- Bałanda-Bałdyga, A., Pilewska-Kozak, A.B., Łepecka-Klusek, C., Stadnicka, G., Dobrowolska, B. (2020). Attitudes of Teenage Mothers towards Pregnancy and Childbirth, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (4), 1411. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041411>.
- Betran, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J.J., Gülmezoglu, A.M. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 667-670, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.
- Bień, A., Iwanowicz-Palus, G., Włoszczak-Szubzda, A., Witkowska, M. (2015). Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(2), 125-131.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- British Psychological Society. (2017). *Ethics Guidelines for Internet mediated Research*. NF206/04.2017. Leicester, p. 9.

- <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy/Policy%20%20Files/Ethics%20Guidelines%20for%20Internet-mediated%20Research%20%282017%29.pdf>
[dostęp: 08.06.2020].
- Brockert, S. (2003). *Pokonać stres*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dembińska, A., Wichary, E. (2016). Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego – znaczenie dla praktyki położniczej, *Sztuka Leczenia*, 1, 43-54.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US national comorbidity survey, *Psychological Medicine*, 32, 997-1008.
- Euro-Peristat Project. (2018). *European Perinatal Health Report*. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. www.europeristat.com
[dostęp: 08.06.2020].
- Garncarek, E. (2010). Kobięce ciało jako przedmiot kontroli społecznej, *Przegląd Socjologiczny*, 59 (3), 55-69.
- Gracka-Tomaszewska, M. (2014). *Drogi do macierzyństwa. Reprezentacja siebie i reprezentacja dziecka w umyśle kobiety jako podstawa macierzyństwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Greszta, E., Ryś, M., Trębicka, P. (2020). Typy par rodzicielskich – współzależność postaw rodzicielskich w diadzie, *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 41 (1), 186-205. <https://doi.org/10.34766/fetr.v41i1.225>.
- GUS. (2016). *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce*. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- GUS. (2018). *Urodzenia i dzietność*. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- Guszkowska, M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 5 (3), 154-161.
- Hofberg, K., Brockington, I. F. (2000). Tokophobia: an unreasoning fear of childbirth, *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Holka-Pokorska, J., Jarema M., Stefanowicz A., Piróg-Balcerzak A., Wichniak, A. (2016). Elektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych - analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne, *Psychiatria Polska*, 50 (2), 357-373.
- Jaguś, I. (2005). Od wielodzietności do bezdzietności? Przemiany w poglądach na posiadanie dzieci i ich uwarunkowania. Dylematy współczesnych rodzin, *Roczniki Socjologii Rodziny*, XVI, 127-139.
- Kocik, L. (2002). *Wzory małżeństwa i rodziny. Od tradycyjnej jednorodności do współczesnych skrajności*, Kraków: Krakowska Szkoła Wyższa im. A. Frycza Modrzewskiego.
- Kornas-Biela, D. (1992). Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju, (w): A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

- Kornas-Biela, D. (2002). *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kossakowska, K. (2018). Polki wobec płodności i posiadania dzieci – doniesienie wstępne, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 21, 19-29.
<https://doi.org/10.18778/1427-969X.21.02>.
- Kościelska, M. (1988). *Trudne Macierzyństwo*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Macfarlane, A.J., Blondel, B., Mohangoo, A.D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Zejtlin, J., the Euro-Peristat Scientific Committee, (2016). Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123 (4), 559–568, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13284>.
- Melender, R. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women, *Birth*, 29, 101-111, <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170>.
- Michałowska, S., Zalewski, M., Heimrath, J., Zalewski, J. (2012). Analiza sposobów ukończenia ciąży na podstawie preferencji ciężarnych oraz danych statystycznych z lat 2006-2010, *Nowa Medycyna*, 4, 67-75.
- Milska-Wrzosińska Z. (2005). *Para z dzieckiem czyli niezupetnie poprawne politycznie uwagi o rodzicielstwie*, Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- National Institute of Health and Care Excellence. NICE Quality Standard [QS 32]. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs32/chapter/introduction-and-overview> [dostęp: 08.06.2020].
- Nieland, M.N.S. (1992). *Social Support Questionnaire*, Niepublikowany manuskrypt, Wielka Brytania: Uniwersytet w York.
- Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (7), 807–81.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L. (1979). Parental bonding instrument, *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10, <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487>.
- Podolska, M., Majewska, A. (2007). Lęk jako stan i jako cecha, w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 43 (4), 60-63.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2006). Terapia poznawczo-behawioralna schizofrenii, (w): J. Meder (red.), *Oddziaływania psychologiczne w schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler M., Halmesmaki, E., Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 (9), 1104–1111.

- Ryding, E.L., Wirfelt, E., Wangborg, I.B., Sjogren, B., Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (7), 814–820.
- Ryś, M., Trzęsowska-Greszta, E. (2018). Kształtowanie się i rozwój odporności psychicznej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2 (34), 164–196.
- Saisto, T., Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201–208.
- Santorek, N., Biłas, K., Tokarska, A., Zarzycka, K., Kasprzak, P., Kwiatkowski, S., Torbe, A. (2019). Cięcie cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach, *Varia Medica*, 3 (4), 279–288.
- Smalej, O. (2016). Kult ciała - niepodejmowanie roli rodzicielskiej z przyczyn fizyczno-estetycznych, (w): M. Gorzel (red.), *Psychospołeczne aspekty postrzegania zdrowia i urody*, 39-50, Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP.
- Stoll, K., Fairbrother, N., Carty, E., Jordan, N., Miceli, C., Vostrcil, Y., Willihnganz, L. (2009). It's all the rage these days: university students' attitudes toward vaginal and caesarean birth. *Birth*. 36(2), 133–40. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00310>.
- Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Edmonds, J., Gross, M. M., Malott, A., McNiven, P., Swift, E., Thomson, G., Hall, W.A. (2016). Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy, *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 8, 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.004>.
- Sydsjo, G., Möller, L., Lilliecreutz, C., Bladh, M., Andolf, E., Josefsson, A. (2014). Psychiatric illness in women requesting caesarean section, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122 (3), 351–357.
- Szymański, S., Brączyk, W., Konstancy-Kurkiewicz, V. (2017). Wpływ zajęć w szkole rodzenia na zmniejszenie lęku porodowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (64), 232–235. <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2017.29>.
- Światowa organizacja zdrowia, (2008). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (rewizja X, T. 1).
- Tataj-Puzyna, U., Bączek, G., Baranowska, B., Doroszevska, A. (2017). Doświadczenie macierzyństwa – badania sondażowe matek w Warszawie, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2 (30), 124–144.
- Titkow, A. (1982). *Miejsce dziecka w świecie wartości*, Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW.
- Topór-Pamuła, M., Schier, K. (2017). Związek między obrazem ciała u kobiet w pierwszej ciąży a reprezentacją relacji z rodzicem, partnerem i dzieckiem, *Psychologia Rozwojowa*, 22 (1), 59-75.

- Włodarczyk, E. (2012). O „rodzeniu się” macierzyństwa, (w): J. Deręgowska, M. Majorczyk (red.), *Konteksty współczesnego macierzyństwa. Perspektywa młodych naukowców*, 101-127. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Zasada, J. (2013). Ciąża, poród i połów, *Ateneum Przegląd Familiologiczny*, 1 (1), 13-37.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Bidzan, M., Chrzan-Dętkoś, M. (2018). Więż z własną matką a stawanie się matką – zagadnienia teoretyczne, *Polskie Forum Psychologiczne*, XXIII, 3.

Dr Katarzyna Mariańczyk, <https://orcid.org/0000-0001-5807-5978>

Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Pracy, Organizacji i Rehabilitacji Psychospołecznej, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

Dr Aneta Libera, <https://orcid.org/0000-0002-6323-4432>

Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Dr Paulina Rosińska, <https://orcid.org/0000-0002-3410-7805>

Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Wspomagania Rozwoju, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Psychologiczne i społeczne czynniki ryzyka porodu przedwczesnego

Psychological and social risk factors for preterm birth

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.329>

Abstrakt: Problematyka porodu przedwczesnego jest istotna z uwagi na fakt, że wciąż wzrasta ilość porodów zakończonych przed terminem, niosąc ryzyko zaburzeń rozwojowych i niepełnosprawności dla dziecka oraz doświadczenie traumy dla dziecka i matki. O ile medyczne czynniki ryzyka występowania porodu przedwczesnego są dość dobrze opisane w literaturze przedmiotu, to determinanty psychospołeczne są wciąż niedostatecznie zbadane. Celem pracy jest próba ogólnego, wstępnego omówienia czynników psychospołecznych. Stanowi to wstęp do podjęcia badań, które będą poświęcone różnym zmiennym psychospołecznym związanym z porodem przedwczesnym. Kompleksowa analiza tych zmiennych przysłuży się planowaniu precyzyjnych działań promujących zdrowie prokreacyjne oraz zwiększeniu poziomu profilaktyki pierwotnej porodów przedwczesnych.

Słowa kluczowe: macierzyństwo, poród przedwczesny, wcześniactwo

Abstract: The issue of preterm birth is important because the number of preterm births is still increasing, with the risk of developmental and disability disorders for the child and the experience of trauma for the child and mother. While medical risk factors for preterm delivery are quite well described in the literature, psychosocial determinants are still insufficiently researched. The aim of this study is to attempt a general, preliminary description of psychosocial factors. This is a prelude to research work that will address the various psychosocial variables associated with preterm birth. A comprehensive analysis of these variables will help to plan precise actions to promote reproductive health and increase the level of primary prevention of preterm births.

Key words: motherhood, preterm birth, prematurity

1. Poród jako kluczowe wydarzenie macierzyństwa

Macierzyństwo według Słownika Języka Polskiego to „bycie matką i związane z tym uczucia, doznania, powinności” (Słownik Języka Polskiego, PWN). Z pewnością perspektywa psychologiczna daje możliwość na szersze spojrzenie na to zagadnienie. Macierzyństwo, w ujęciu np. psychologii rozwojowej, stanowi jeden z elementów procesu

rozwoju kobiety, wymaga dostosowania się do zmian i otworzenia się na nową życiową rolę (Brzezińska i in. 2015). Podjęcie i pełnienie roli matki jest procesem długofalowym, na który składają się jakościowo różne etapy, a każdy z nich stawia przed kobietą nowe zadania rozwojowe. Poszczególne etapy pełnienia roli matki są wyznaczone przez rozwój dziecka, przynosząc kolejne zadania rozwojowe dla matki (Mądry, 2012). Jak podaje Key-Roberts (2009) dla większości kobiet rodzicielstwo jest zarówno trudne, jak i satysfakcjonujące. Ciąża i poród są zdarzeniami, które wyznaczają początek doświadczania bycia matką. Stan ciąży, określany w języku staropolskim jako "bycie przy nadziei", to czas oczekiwania na dziecko i związane z jego narodzeniem zmiany. Owa nadzieja to oczekiwanie narodzin zdrowego dziecka, we właściwym czasie, bez komplikacji. Niestety nie zawsze taki scenariusz się realizuje, ponieważ dziecko może urodzić się z obciążeniem chorobą, ciąża może być powikłana różnymi problemami medycznymi lub może zakończyć się przedwcześnie. Jak pokazują statystyki porody przedwczesne stanowią ważny problem zdrowia publicznego, gdyż mają wpływ, często z negatywnymi konsekwencjami, na zdrowie matki i dziecka. Dla matek jest to zwiększone ryzyko doświadczania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji (Mariańczyk, Libera 2014), dla dziecka obarczenie zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń rozwojowych i niepełnosprawności (Mariańczyk, Libera 2016).

2. Poród przedwczesny jako problem jednostki oraz wyzwanie zdrowia publicznego

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) określa przeciętny czas trwania ciąży na 38–42 tygodnie. Poród zakończony przed tym terminem, a dokładnie między 22. a 37. tygodniem czasu trwania ciąży, kiedy płód nie osiągnął jeszcze optymalnej zdolności do życia poza środowiskiem wewnątrzmacicznym, uznawany jest za poród przedwczesny (PTB, preterm birth) (Berkovitz, Papiernik, 1993; Czajka, 2010; WHO 2018).

Ze zjawiskiem porodu przedwczesnego łączy się zagadnienie wcześniactwa. To zdarzenie niesie liczne konsekwencje zarówno dla dziecka jak i matki oraz ich wzajemnej relacji. W odniesieniu do dziecka, konsekwencje przedwczesnego porodu rozpatruje się w perspektywie krótkoterminowej (do końca 2 r. ż.) oraz długoterminowej, obejmującej dalsze lata życia (Mariańczyk, Libera 2016). Zastosowanie wieloletniej perspektywy w projektach badawczych np. PREMATURITAS (Rutkowska i in. 2010) pozwala określać możliwe konsekwencje przedwczesnych narodzin dla funkcjonowania człowieka w dorosłym życiu. Należy podkreślić, że konsekwencje porodu przedwczesnego dotyczą nie tylko noworodka. Zdarzenie to opisywane jest w literaturze również w kontekście matki i całego systemu rodzinnego (Bieleninik i in. 2013); z perspektywy praktyki pomocowej

i terapeutycznej rozpatrywane jest jako rodzinna trauma psychiczna (Kmita, 2003; Libera i in. 2007).

Ujmując zagadnienie wcześniactwa z perspektywy epidemiologicznej należy podkreślić, że jest ono główną przyczyną śmiertelności okołoporodowej (WHO 2018). Tym samym poród przedwczesny stanowi duże wyzwanie dla współczesnej perinatologii, gdyż właśnie wcześniactwo i mała masa urodzeniowa noworodka warunkują około 70% przypadków śmiertelności okołoporodowej (Blencowe i in. 2013). Jak podaje Gotsch (2009) ryzyko śmierci okołoporodowej wcześniaków jest 120 razy większe w porównaniu do noworodków urodzonych o czasie. Odnosi się to głównie do wszystkich skrajnie niedojrzałych wcześniaków z ekstremalnie niską masą ciała (Extremely Low Birth Weight) pomiędzy 500 a 750 g (w tej grupie umiera 50% dzieci). W przypadku dzieci z wagą urodzeniową powyżej 1000 g wskaźnik ten znacznie maleje i wynosi około 10% (Walas, 2008).

Noworodek urodzony przedwcześnie to dziecko, które przychodzi na świat po 22., a przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży. Uszczegóławiając tę podstawową definicję, uwzględnia się także kryterium masy urodzeniowej noworodków i stopień ich dojrzałości. Przykładem takiej klasyfikacji może być ta zaproponowana przez Hamudę i Kowalczykiewicz-Kutę (2006), które wyodrębniły grupy dzieci przedwcześnie urodzonych w oparciu o stopień dojrzałości i rozwoju wewnątrzmacicznego oraz masę urodzeniową. Podział wcześniactwa w zależności od wieku płodowego:

- a. poród skrajnie przedwczesny tj. przed 28.t.c.
- b. poród bardzo przedwczesny tj. między 28. a 31.t.c.
- c. poród umiarkowanie przedwczesny tj. między 32. a 33. t.c.
- d. poród miernie przedwczesny tj. między 34. a 36. t.c.

Podział wcześniactwa dokonany ze względu na masę urodzeniową ciała prezentuje się następująco:

- a. noworodki o małej urodzeniowej masie ciała <2500 g (LBW, low birth weight);
- b. noworodki o bardzo małej urodzeniowej masie ciała <1500 g (VLBW, very low birth weight);
- c. noworodki o skrajnie małej urodzeniowej masie ciała <1000 g (ELBW, extremely low birth weight);
- d. noworodki o niewiarygodnie małej urodzeniowej masie ciała <750 g (ILBW, incredibly low birth weight).

3. Zróźnicowanie czynników ryzyka porodu przedwczesnego

Z uwagi na skalę i konsekwencje porodu przedwczesnego dla dzieci i ich matek warto analizować czynniki ryzyka tego zjawiska. Wiedza ta może być bowiem

wykorzystywana w praktycznych działaniach mających na celu profilaktykę porodu przedwczesnego. W medycynie jest on bowiem nadal zjawiskiem niewystarczająco wyjaśnionym, wymagającym indywidualnego rozpatrywania oceny zagrożenia jego wystąpienia (Czerwińska, 2018). Podejmując próby opisu czynników ryzyka porodu przedwczesnego warto zwrócić uwagę, że na przebieg ciąży i jej zbyt wczesne zakończenie mają wpływ nie tylko czynniki medyczne, ale także pozamedyczne. Chamberlain (1984) wskazuje na cztery główne grupy czynników ryzyka porodu przedwczesnego: medyczne, środowiskowe, społeczne i psychogenne. Wśród czynników społecznych i środowiskowych wymieniane są: niski status ekonomiczny, złe nawyki żywieniowe, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, niewystarczająca opieka podczas ciąży lub jej brak, wiek kobiety (poniżej 17 lat i powyżej 35 lat), stan cywilny. W grupie czynników psychogennych wskazuje się na: zaburzenia psychiczne występujące u kobiety w ciąży, sytuacje stresowe, nadmierne obciążenie pracą zawodową, konflikty w rodzinie, uzależnienia od alkoholu, nikotyny, narkotyków i leków, stres związany z nadmiarem obowiązków, lęk o ciążę i o stan zdrowia dziecka (Chamberlain 1984; Frey i in. 2016; Hańczyc, Pakuła 2014; Odent, 2003; Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009; Sulima i in. 2013).

Jak podaje Słowniczek Terminów Epidemiologicznych, przygotowany przez redakcję czasopisma *Przegląd Epidemiologiczny*, czynnik ryzyka to cecha zachowania lub stylu życia danej osoby, narażenie środowiskowe lub cecha wrodzona związana ze wzrostem prawdopodobieństwa wystąpienia niekorzystnego efektu zdrowotnego. W kontekście porodu przedwczesnego w literaturze przedmiotu znaleźć można liczne publikacje na temat wagi oceny czynników ryzyka. Nacisk wśród nich kładziony jest przede wszystkim na ocenę czynników ryzyka o charakterze medycznym, ale coraz większa grupa autorów podkreśla znaczenie zjawiska zarządzania czynnikami ryzyka (*risk assessment and management*), którego celem jest przeciwdziałanie porodom przedwczesnym poprzez uwzględnianie aspektów pozamedycznych (społecznych, osobowych, ekonomicznych) (Koullali i in. 2016). Kierunek ten wydaje się być słusznym, ponieważ uwzględnia sytuację ciężarnych całościowo, daje szansę na realizację bardziej kompleksowych działań zapobiegających przedwczesnym narodzinom i wynikającym z nich trudnym doświadczeniom dla matki, dziecka i systemu rodzinnego. Rozważając kwestie czynników ryzyka należy także wspomnieć o czynnikach chroniących. Takim terminem określa się pewne własności indywidualne, relacje z ludźmi czy zasoby środowiska, które mogą neutralizować działanie czynników ryzyka (Ostaszewski i in. 2009). Innymi słowy, czynniki chroniące stanowią przestrzeń do realizacji profilaktyki pierwotnej porodów przedwczesnych. Świadomość istnienia pozamedycznych czynników ryzyka oraz możliwości - przynajmniej w jakimś stopniu - wpływu na nie poprzez wzmacnianie czynników ochronnych pokazuje obszar działań dla psychologów i psychoterapeutów, a także pracowników socjalnych i pracowników służby zdrowia.

Ciekawymi, w kontekście poszukiwania i analizowania czynników ryzyka porodu przedwczesnego, jawią się amerykańskie badania z 1959 roku (Kaplan, Mason 1960) przeprowadzone w grupie 60. matek po porodach przedwczesnych, a dotyczące matczynych przeżyć emocjonalnych związanych z przedwczesnymi narodzinami dziecka. Artykuł Kaplan i Mason (1960) wywołał dyskusję (Wortis 1960), w której zaznaczono, że oto otwiera się w medycynie nowy rozdział poświęcający uwagę nie tylko przedwczesnie narodzonemu dziecku, ale także jego matce. Helen Wortis (1960) z Wydziału Pediatrii Uniwersytetu w Nowym Jorku podkreśliła, że wiele matek wcześniaków może być poddana stresowi jeszcze przed urodzeniem dziecka, a sam przedwczesny poród może być właśnie wynikiem doświadczania stresu. Powołując się na przeprowadzone w 1950 roku badanie białych matek z Baltimore podkreśliła wyraźny związek niskiego statusu ekonomicznego i przedwczesnego porodu. Przytoczyła także dane, że w 1955 w Nowym Jorku odsetek porodów przedwczesnych wśród białej, lepiej sytuowanej populacji wynosił ok. 7%, zaś 13,1% wśród matek czarnoskórych, mieszkających w gorszych warunkach, w niższym standardzie społeczno-ekonomicznym. Wortis (1960) wspomniała również wyniki badań Douglasa (1950), które pokazały, że zaangażowanie w ciężką i obciążającą czasowo pracę może przyczynić się do wystąpienia porodu przedwczesnego.

Także inne rodzaje stresu, zdaniem Wortis (1960), mogą mieć związek z przedwczesnym porodem. Autorka, powołując się na różne badania, przywołała m.in. ciążę pozamałżeńską, palenie jako czynność związaną z neurotyzmem i sposobem reagowania na stres, jakością żywienia w ciąży. Podkreślała także, że część kobiet bezpośrednio wiązało doświadczenie porodu przedwczesnego z konkretną sytuacją stresową np. konfliktem małżeńskim, upadkiem, przepracowaniem, próbą samobójczą lub próbą aborcji. Inne, które nie potrafiły określić jednego powodu wpływającego na poród przedwczesny opisywały ogólne uczucie nerwowości i lęku w czasie ciąży.

Pomimo rozwoju medycyny liczba porodów przedwczesnych wciąż wzrasta. Do listy czynników ryzyka, na które wskazywała już Wortis (1960) i które nadal są aktualne, wciąż dopisywane są nowe - wynikające ze zmian społeczno-kulturowych i cywilizacyjnych. Współcześnie wiele badań potwierdza, że obok czynników medycznych ważna jest zrównoważona dieta, bogata w białka. Taki styl odżywiania wpływa na zmniejszenie ryzyka porodu przedwczesnego, zaś dieta bogata w żywność przetworzoną oraz typu fast food jest dla ciężarnych niekorzystna. Ważnymi składnikami pokarmowymi są cynk oraz PUFA v-3, które w niewielkim stopniu zmniejszają ryzyko przedwczesnego urodzenia. Zauważono również, że na poród przedwczesny może mieć wpływ niedożywienie, które aktywuje kortyzol i oksytocynę, jak również zwiększa stan zapalny. Niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza jest związana ze znacznie niższym pobraniem energii i spożyciem żelaza we wczesnej fazie ciąży. Zwiększa to ryzyko porodu przedwczesnego oraz niskiej masy urodzeniowej dziecka. Podobnie ryzyko porodu przedwczesnego zwiększa się przy

spożywaniu żywności zanieczyszczonej ksenoestrogenami, które poprzez zdolność interakcji z układem hormonalnym mogą zakłócać pracę układu endokrynnego (Gregoraszczuk i in. 2004). Jak podaje Czerwińska (2018), przeprowadzone zostały metaanalizy, w których brano pod uwagę niedowagę w ciąży - analizowano wyniki 857 280 kobiet, w tym 59 845 (6,98%) u których wystąpił poród przedwczesny. Badania były prowadzone głównie w Europie (w tym dwa w Polsce), w Stanach Zjednoczonych, pojedyncze badania odbywały się w Kanadzie, Hong-Kongu oraz Argentynie. Zanotowano związek między niską masą ciała kobiet a porodem przedwczesnym. Metaanaliza wykazała statystycznie istotną zależność pomiędzy BMI przed ciążą, a prawdopodobieństwem wystąpienia porodu przed 37. tygodniem ciąży. Niedobór żelaza może powodować przewlekłe niedotlenienie, zwiększać stężenie noradrenaliny oraz powodować stres matczyny i płodowy. Warto podkreślić, że istnienie takich powiązań staje się ważne również w świetle coraz częstszych zaburzeń odżywiania się (takich jak anoreksja czy ortoreksja). Można się w tym miejscu odwołać do stosunkowo nowego terminu, jakim jest anoreksja ciążowa - *pregoreksja* (*pregnancy* czyli ciąża + *anorexia* czyli anoreksja). Termin *pregoreksja* został po raz pierwszy użyty w 2008 roku w programie telewizyjnym „The Early Show” w stacji Fox News, na potrzeby zdefiniowania zaburzeń żywienia występujących u kobiet ciężarnych, które nadmiernie zmniejszały liczbę kalorii w diecie i wykonywały intensywne ćwiczenia fizyczne. *Pregoreksja* to swoisty jadłowstręt psychiczny, który po raz pierwszy wystąpił podczas ciąży, jednak należy zaznaczyć, że ciąża może stanowić niejako czynnik inicjujący powstanie tego zaburzenia (Harasim-Piszczałowska, Krajewska-Kułak 2017). W literaturze wiele badań wskazuje, że matki otyłe raz z wysokim przyrostem masy ciała są najbardziej zagrożone powikłaniami w ciąży (np. nadciśnienie ciążowe, cukrzyca ciążowa), ale podkreśla się także, że ryzyko porodu przedwczesnego wzrasta wraz z coraz niższym BMI i niskim przybieraniem na masie matki w ciąży (Santos i in. 2019).

Kolejnym, z coraz szerzej opisywanych czynników ryzyka, które mogą wpływać na poród przedwczesny, jest stres zawodowy. Na podstawie internetowej bazy *Medline*, Biernacka i Hanke (2016) przeanalizowali 23 prace opublikowane po 1990 roku, które dotyczyły oceny wpływu stresu zawodowego na przebieg i wynik ciąży. Niektórzy badacze, tacy jak Nordentoft, Orr czy Hobel (za Biernacka, Hanke, 2006), są zdania, że przebieg i wynik ciąży są w znacznej mierze zdeterminowane poprzez szeroko rozumiany stres psychospołeczny, związany z pracą zawodową. Inne badania koncentrowały się wokół specyfiki danego zawodu jako źródła stresu (Biernacka, Hanke 2006). Praca Escriba-Aguir i wsp. (2001) analizowała zależności między rozmiarem wymagań a ryzykiem przedwczesnego porodu. Badanie porównawcze przeprowadzono równolegle w 17 krajach Unii Europejskiej. W kwestionariuszu pytano między innymi o fizyczne uciążliwości pracy, jej tempo, monotonię, liczbę godzin w tygodniu, czas dojazdu do niej. Badacze podkreślali, że nie tylko wysokie, ale i nawet średnie obciążenie pracą fizyczną w sposób istotny

statystycznie podwyższało zagrożenie porodem przedwczesnym. Potwierdzają to wyniki badań Saurel-Cubizolles i wsp. (2004), w których wykazano, że to ryzyko istotnie zwiększa pozostawanie w pozycji stojącej przez ponad 6 godzin, ponad 42-godzinny tygodniowy czas pracy oraz brak satysfakcji i zadowolenia z pracy. Mutambudzi i wsp. (2011) na podstawie przeglądu literatury stwierdzili, że obciążenie pracą w powiązaniu z innymi czynnikami ryzyka porodu przedwczesnego istotnie zwiększają prawdopodobieństwo jego wystąpienia.

Potwierdzeniem tego wniosku są przeprowadzone w latach 1980–1982 w New Haven (USA) badania w grupie 1206 matek po porodzie przedwczesnym, które w okresie ciąży były aktywne zawodowo. Odsetek urodzeń przedwczesnych był wyższy wśród kobiet wykonujących prace wymagające długotrwałego stania w porównaniu do kobiet mających tzw. siedzący tryb pracy (Teitelman i in. 1990).

Podsumowując wyniki różnych badań okazuje się, że szczególnie niebezpieczne dla ciężarnych są: praca w niebezpiecznych warunkach, zbyt duża ilość zadań do wykonania (zwłaszcza pod presją czasu), a także liczba przepracowanych godzin i brak możliwości częstych przerw w pracy. Z perspektywy psychologicznej ważne są również bezkonfliktowe lub małokonfliktowe relacje z przełożonymi i współpracownikami. Jak pokazują analizowane badania, dla kobiet ciężarnych szczególnie niekorzystna jest praca charakteryzująca się wysokimi wymaganiami i niską kontrolą. Dlatego też, o ile tylko jest to możliwe, wskazana byłaby w takich przypadkach czasowa zmiana stanowiska pracy. Rolą lekarza jest ocenienie stopnia zagrożenia czynnikami stresogennymi jak i poradzenie pacjentce, jak można zredukować stres. Optymalne byłoby spotkanie z psychologiem zdrowia, który mógłby przeprowadzić psychoedukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia, w tym radzenia sobie ze stresem, np. poprzez nauczenie ciężarnej technik oddechowych czy treningów relaksacyjnych (Biernacka, Hanke, 2006). Szacuje się, że stres może zwiększać ryzyko porodu przedwczesnego nawet dwukrotnie (Cardwell, 2013; Cooper i in. 1996; Kramer i in. 2011). Można wyróżnić dwa mechanizmy wpływu stresu na wystąpienie porodu przedwczesnego tj. mechanizm bezpośredni i mechanizm pośredni. Ten pierwszy, określanym mianem fizjologicznego, opiera się na aktywacji układu nerwowego, odpornościowego i hormonalnego. Drugi z nich, zwany także behawioralnym, polega na angażowaniu się w różne zachowania niekonstruktywne związane ze zdrowiem np. używki czy nieprawidłowe nawyki żywieniowe (Sulima i in. 2013).

Warto także wspomnieć o roli obciążenia stresującymi wydarzeniami życiowymi w przedwcześnie zakończonej ciąży. Przykładem takich badań jest praca Whitehead i współpracowników (2003). Wybrali oni ze stanowego rejestru urodzeń losową próbę kobiet, które urodziły żywe dzieci (70 840 pojedynczych urodzeń w 11 stanach USA). Badacze dokonali oceny zależności pomiędzy ilością stresujących wydarzeń losowych a porodem przedwczesnym, wykorzystując dane z lat 1990–1995 (pochodzące z Systemu Kontroli Oceny Zagrożenia Ciąży PRAMS – Pregnancy Risk Assessment Monitoring

System). Odwoływano się do modeli progowych, które zakładają, że poród przedwczesny może wywołać tylko pewien określony poziom doświadczanego stresu. Dodatkowo, jeśli przekroczony zostanie pewien próg stresu to kolejny czynnik niekorzystny sprawia, że ryzyko wzrasta. Nagłe i silnie stresujące wydarzenia życiowe naruszają mechanizmy adaptacyjne i homeostazę organizmu. Niekiedy, przedłużający się stres powoduje, że organizm stopniowo się do niego przyzwyczaja. Dla niektórych kobiet sama ciąża może wiązać się z doświadczaniem silnego stresu. Do podobnych wniosków doszedł Moutquin (2003), który opisywał zależności pomiędzy stresującymi wydarzeniami życiowymi a ryzykiem wystąpienia powikłań ciąży. Interesującą konkluzją było to, iż obok narażenia zawodowego, stresujących zdarzeń życiowych, niezwiązanych z pracą, istotnym okazał się brak wsparcia społecznego. W opisywanym badaniu największy negatywny wpływ na wzrost ryzyka porodu przedwczesnego miały: komplikacje w ciąży, śmierć bliskiej osoby i problemy z dziećmi. Wsparcie społeczne redukuje niekorzystne dla ciężarnych skutki stresu w pracy zawodowej i w życiu prywatnym. Dodatkowymi niekorzystnymi czynnikami dla rozwoju płodu jest palenie tytoniu przez kobiety ciężarne, niski poziom wykształcenia oraz bardzo młody wiek matek (Biernacka, Hanke 2006), a także samotne macierzyństwo (Chazan, 2003; Borkowski, Mielniczuk 2007). Warto zwrócić uwagę na doniosłą rolę wsparcia społecznego ciężarnej ze strony najbliższych (współmałżonka, partnera), zwłaszcza w dobie pandemii COVID-19, kiedy przez dłuższy czas nie było możliwości porodów rodzinnych i/lub odwiedzin pacjentek hospitalizowanych w oddziale patologii ciąży. Sam pobyt w oddziale patologii ciąży jest dla wielu kobiet bardzo trudnym doświadczeniem: fizycznym (łączy się często z bólem, ograniczeniem ruchowym), a w szczególności psychicznym (przebywanie w miejscu obcym, z ograniczoną możliwością kontaktu z rodziną, w sytuacji zależności od personelu medycznego). Już sama nazwa "patologia" oznacza dla kobiety komplikacje, co łączy się ze zwiększonym poczuciem zagrożenia utratą ciąży lub przedwczesnym porodem, a tym samym zagrożenia zdrowia/życia dziecka. W takiej sytuacji ujawnia się szczególnie silna potrzeba kontaktu z bliskimi osobami, która wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Brak możliwości realizacji potrzeby kontaktu z najbliższymi osobami oznacza znacznie wyższy poziom stresu, a tym samym może przyczyniać się do podwyższenia ryzyka porodu przedwczesnego. Tezę tę potwierdzają badania wykazujące, że lęk i stres (występujące w sytuacji antycypowanego krótszego czasu trwania ciąży) korelują z podwyższonym poziomem kortykoliberyny (CRH) oraz cytokin, co wiąże się z porodem przedwczesnym (Bruckner i in. 2010; Romero i in. 2006; Wadhwa i in. 2011).

Obok lęku, jednym z ważniejszych czynników psychogennych podwyższonego ryzyka porodu przedwczesnego jest depresja, która dotyka około 12% kobiet w ciąży (Chrzan-Dętkoś, 2015) i podobnie jak lęk dwukrotnie zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego (Dayan i in. 1995; Dayan i in. 2006; Grote i in. 2010). Badacze wyjaśniają

negatywny wpływ depresji na przebieg ciąży poprzez zmiany neurochemiczne prowadzące do zakłócenia adaptacji układów: endokrynologicznego, odpornościowego i nerwowego w przebiegu ciąży (Chrzan-Dętkoś, 2015).

Ważnym zjawiskiem nierzadko współwystępującym z początkami macierzyństwa jest depresja poporodowa. Jak pokazują badania, poród przedwczesny - którego czynników ryzyka dotyczy to opracowanie, można uznać za jeden z czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej (de Paula Eduardo i in. 2019). Zatem podejmowanie działań profilaktycznych wobec porodów przedwczesnych można uznać jako pośrednie działanie prewencyjne wobec depresji poporodowej. Vigod i wsp. (2010), podają że w okresie połogu matki wcześniaków są bardziej narażone na depresję poporodową niż matki dzieci urodzonych o czasie. Bener (2013), opierając się na badaniach 1659 matek dzieci urodzonych o czasie oraz przedwcześnie, stwierdza, że matki wcześniaków istotnie częściej doświadczały depresji poporodowej oraz wysokiego lęku, niż matki dzieci urodzonych o czasie. Także w badaniach greckich (Bouras i in. 2015) u matek wcześniaków stwierdzono wyższy, niż u matek które urodziły o czasie, poziom depresji poporodowej oraz lęku (podwyższone wyniki zarówno w zakresie lęku-stanu jak i lęku-cechy). Ponadto, zwiększone ryzyko wystąpienia depresji w okresie roku od narodzin dziecka jest większe u matek wcześniaków z bardzo niską wagą urodzeniową (LBW). Warzecha z zespołem (2016) zwracają uwagę, że czynniki ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych po porodzie są inne w grupie kobiet badanych bezpośrednio po porodzie (2-5 dzień) oraz wśród kobiet badanych po 6. tygodniach od porodu. W związku z tym podkreślają, że badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej nie należy przeprowadzać tylko raz w jednej wybranej grupie ryzyka.

Podsumowanie

Badacze zjawiska porodu przedwczesnego zgodnie stwierdzają, że konieczne jest kontynuowanie badań nad wnikliwą identyfikacją przyczyn porodu przedwczesnego i metod ich zapobiegania (Czerwińska, 2018). Znajomość i świadomość czynników ryzyka porodu przedwczesnego umożliwia wyodrębnienie grupy kobiet ciężarnych, które są bardziej narażone na wystąpienie porodu przedwczesnego, co w dalszym etapie pozwala na podjęcie działań profilaktycznych. Wiedza ta nie powinna być zarezerwowana tylko dla personelu medycznego, psychologów czy pracowników socjalnych. Wydaje się, że istnieje pilna potrzeba, by wiedzę tą bardziej upowszechniać, a w sposób szczególny zadbać o psychoedukację kobiet ciężarnych. Hańczyc i Pakuła (2014) wskazują, że kobiety w ciąży posiadają wiedzę o porodach przedwczesnych, ale nie jest ona w pełni zadowalająca. Zwiększony poziom wiedzy i świadomości o czynnikach ryzyka porodu przedwczesnego może pełnić funkcje chroniące poprzez podejmowane działania profilaktyczne

tj. modyfikacja stylu życia ciężarnych i otoczenie opieką ginekologa-położnika adekwatną do potrzeb poszczególnych matek, ale także psychologa, położnej, dietetyka, pracownika socjalnego (Mathieu, 2009). Wyrazem profilaktyki pierwotnej porodów przedwczesnych będzie zatem szeroko rozumiana społeczna dbałość o kobiety ciężarne oraz świadomość, że od jakości ich życia w ciąży, szeroko rozumianego poczucia *well-being*, możliwości zachowania równowagi między aktywnością zawodową a życiem prywatnym tzw. *work-life balance* zależy nie tylko zdrowie matek, ale także ich dzieci, dla których terminowy poród to większa szansa na zdrowe życie.

Bibliografia:

- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: A neglected public health problem, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 231-236.
- Berkovitz, G.S., Papiernik, E. (1993). Epidemiology of preterm birth, *Epidemiologic Reviews*, 15(2), 414-443.
- Bieleninik, Ł., Bidzan, I., Bidzan, M. (2013). Wczesniactwo a trudne rodzicielstwo w okresie preperinatalnym, *Roczniki Pedagogiczne*, 5 (41),3, 39-7.
- Biernacka, J., Hanke, W. (2006). Wpływ stresu psychospołecznego w pracy zawodowej i pozazawodowej na przebieg i wynik ciąży, *Medycyna Pracy*, 57 (3), 281- 290.
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Sa, L., Moller, A. B., Kinney, M., Lawn, J., Born Too Soon Preterm Birth Action Group (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births, *Reproductive Health*, 10 Suppl 1(Suppl 1), S2.
- Borkowski, W., Mielniczuk, H. (2001). Poród przedwczesny a przyrost masy ciała w ciąży w połączeniu z masą ciała przed ciążą, *Przegląd Epidemiologiczny*, 61, 577-584.
- Bouras, G., Theofanopoulou, N., Mexi-Bourna, P., Poulios, A., Michopoulos, I., Tassiopoulou, I., Daskalaki, A., Christodoulou, C. (2015). Preterm birth and maternal psychological health, *Journal of Health Psychology*, 20 (11), 1388-1396.
- Bruckner, T., Catalano, R., Ahern, J. (2010). Male fetal loss in the U.S. following the terrorist attacks of September 11, *BMC Public Health*, 10 (1), 273.
- Brzezińska, I.A., Ziółkowska, B., Appelt, K. (2015). *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: GWP Profesjonalne.
- Cardwell, M.S. (2013). Stress: pregnancy considerations, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 68 (2), 119-129.
- Chamberlain, G. (1984). Epidemiology and aetiology of the preterm baby, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 11, 297-314.
- Chazan, B. (2003). Mała masa urodzeniowa - czy poradzimy sobie z tym problemem? *Medycyna wieku rozwojowego*, 1, 11-24.

- Chrzan-Dętkoś M. (2015). Depresja i lęk w okresie ciąży jako czynnik ryzyka wcześniactwa oraz niskiej masy urodzeniowej – przegląd badań, *Gynecology and Obstetrics medical project*, 3 (37), 110-113.
- Copper, R.L., Goldenberg, R.L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., Ramsey, R., Cotroneo, P., Collins, B. A., Johnson, F., Jones, P., Meier, A. M. (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175 (5), 1286–1292.
- Czajka, R. (2010). Poród przedwczesny. (w:) G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka*, Wyd. 3, 121–135. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Czerwińska, E. (2018). Czynniki wpływające na poród przedwczesny, *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3 (2), 52–57.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M.N. i in. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care, *Psychosomatic Medicine*, 68 (6), 938-946.
- Dayan, J., Orr, S.T., Miller, C.A. (1995). Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings, *Epidemiologic Reviews*, 17, 165–171.
- de Paula Eduardo, J.A.F., de Rezende, M.G., Menezes, P.R., Del-Ben, C.M. (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, 259 (1), 392-403.
- Douglas, J.W.B. (1950). Factors Associated with Prematurity: Results of a National Survey, *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, 57, 143-170.
- Escriba-Aguir, V., Perez-Hoyos, S., Saurel-Cubizolles, M. (2001). Psychosocial load and psychological demand at work during pregnancy and preterm birth, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74, 583–588.
- Frey, H.A., Klebanoff, M.A. (2016). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21(2), 68-73.
- Gotsch, F., Romero, R., Erez, O., Vaisbuch, E., Kusanovic, J. P., Mazaki-Tovi, S., Kim, S.K., Hassan, S., Yeo, L. (2009). The preterm parturition syndrome and its implications for understanding the biology, risk assessment, diagnosis, treatment and prevention of preterm birth. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 22 Suppl 2, 5–23.
- Gregoraszczyk, E, Augustowska, K, Ptak, A. (2004). Ksenoestrogeny środowiskowe jako jedna z przyczyn endokrynych będących powodem poronień i przedwczesnych porodów, *Endokrynologia Polska*, 6 (55), 819-824.

- Grote, N.K., Bridge J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W.J. (2010). A Meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction, *Archives of General Psychiatry*, 67 (10), 1012-1024.
- Hamuda, M., Kowalczykiewicz-Kuta, A. (2006). Przeżywalność noworodków urodzonych przedwcześnie z masą ciała poniżej 1500 g w województwie opolskim w latach 1998–2003, *Nowa Pediatria*, 10 (1), 27–31.
- Hańczyc, P., Pakuła, M. (2014). Wiedza ciężarnych na temat przedwczesnych porodów, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4 (4), 371-375.
- Harasim-Piszczatowska, E., Krajewska-Kułał, E. (2017). Pregoreksja-anoreksja kobiet ciężarnych, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 13 (3), 363–367.
- Kaplan, D.M., Mason, E.A. (1960). Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder, *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 539-547.
- Key-Roberts, M.J. (2009). Motherhood. (w:) S.J. Lopez (red), *The Encyclopedia of Positive Psychology*, 632-636. Chichester: Blackwell Publishing.
- Kmita, G. (2003). Trauma przedwczesnych narodzin: procesy radzenia sobie rodziców a rozwój dziecka. (w:) J. Jakubowski, J. Wątroba (red.), *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych II*, 255–262, Kraków: StatSoft.
- Koullali, B., Oudijk, M.A., Nijman, T., Pajkrt, E., Mol, B.W. (2016). Risk assessment and management to prevent preterm birth, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21 (2), 80-88.
- Kramer, M.R., Hogue, C.J., Dunlop, A.L., Menon, R. (2011). Perceptual stress and racial disparities in preterm birth: an overview, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90, 1307-1316.
- Libera, A., Darmochwał-Kolarz, D., Oleszczuk, J. (2007). Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery, *Medical Science Monitor*, 13 (3), 125–130.
- Mądry, M. (2012). Macierzyństwo jako płaszczyzna permanentnego rozwoju kobiety w biegu życia, *Psychologia rozwojowa*, 17 (3), 9–21.
- Mariańczyk, K., Libera, A. (2014). Stres doświadczany przez matki w sytuacji przedwczesnych narodzin dziecka jako przestrzeń działań dla psychologa, (w:) W. Otrębski, G. Wiącek (red.), *Przepis na rehabilitację. Metodologie oraz metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*, s. 379-387, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Mariańczyk, K., Libera, A. (2016). Przedwczesne narodziny jako czynnik ryzyka zaburzeń rozwoju oraz niepełnosprawności - perspektywa psychologii rehabilitacji, (w:) W. Otrębski, K. Mariańczyk (red.), *Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami*, 95-111, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

- Mathieu, J. (2009). What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 976–979.
- Moutquin, J.M. (2003). Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110 (20), 56–60.
- Mutambudzi, M., Meyer, J.D., Warren, N., Reisine, S. (2011). Effects of psychosocial characteristics of work on pregnancy outcomes: a critical review, *Women Health*, 51 (3), 279-297.
- Odent, M. (2003). Risk factors for preterm delivery, *Lancet*, 361 (9355), 436–437.
- Oleszczuk, J., Sawulicka-Oleszczuk, H. (2009). Wcześnieactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny, (w:) A.B. Pilewska-Kozak (red.), *Opieka nad wcześniakiem*, 17–25, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL .
- Ostaszewski, K., Rustecka-Krawczyk, A., Wójcik, M. (2009). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: kl. I-II*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Romero, R., Espinoza, J., Kusanovic, J.P., Gotsch, F., Hassan, S., Erez, O., Mazor, M. (2006). The preterm parturition syndrome, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 17–42.
- Rutkowska, M., Polak, K., Seroczyńska, M., Szamotulska, K., Grupa PREMATURITAS (2010). Długofalowa ocena rozwoju noworodków przedwcześnie urodzonych: doświadczenia własne (badanie PREMATURITAS) na tle wybranych badań europejskich, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3 (3), 175–180.
- Santos, S., Voerman, E., Amiano, P., Barros, H., Beilin, L.J., Bergström, A., Charles, M.A., Chatzi, L., Chevrier, C., Chrousos, G.P., Corpeleijn, E., Costa, O., Costet, N., Crozier, S., Devereux, G., Doyon, M., Eggesbø, M., Fantini, M. P., Farchi, S., Forastiere, F., Jaddoe, V. (2019). Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on pregnancy complications: an individual participant data meta-analysis of European, North American and Australian cohorts, *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126 (8), 984–995.
- Saurel-Cubizolles, M.J., Zeitlin, J., Lelong, N. (2004). Employment, working conditions, and preterm birth; results from the Europop case-control survey, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (5), 395-401.
- Słowniczek Terminów Epidemiologicznych; źródło internetowe, dostęp 01.06.2020, <http://www.przglepidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych>
<https://sjp.pwn.pl/sjp/>.
- Słownik Języka Polskiego PWN; źródło internetowe; dostęp 2.06.2020.

- Sulima, M., Lewicka, H., Wiktor, K., Wiktor, H. (2013). Analysis of preterm delivery risk factors - a literature review, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 4, 9-15.
- Teitelman, A.M., Welch, L.S., Hellenbrand, K.G., Bracken, M.B. (1990). Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight, *American Journal of Epidemiology*, 131 (1), 104-113.
- Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C-L., Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low- birth- weight infants: a systematic review, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117 (5), 540-550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>.
- Wadhwa, P.D., Entringer, S., Buss, C., Lu, M.C. (2011). The contribution of maternal stress to preterm birth: Issues and considerations, *Clinics in Perinatology*, 38, 351-384.
- Walas, W. (2008). Bardzo trudne początki, czyli wcześniak w oddziale intensywnej terapii, (w:) I.Pirogowicz, A. Steciwko (red.), *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje*, 7-21. Wrocław: Continuo.
- Warzecha, D., Gajda, S., Kosińska-Kaczyńska, K., Szymusik, I., Wielgos, M. (2016). Risk factors for depressive symptoms in early postpartum period and after puerperium – are they the same? *Neuroendocrinology Letters*, 37 (6), 452-460.
- Whitehead, N., Brogan, D., Blackmore-Prince, C., Hill, H. (2003). Correlates of experiencing life events just before of during pregnancy, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24 (2), 77-86.
- World Health Organization: Preterm birth. 2018; źródło internetowe, dostęp 01.06.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Wortis H. (1960). Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder - Discussion, *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 547-552.

Mgr Anna Studniczek, <https://orcid.org/0000-0003-3618-1918>

Instytut Psychologii

Wydział Filozofii Chrześcijańskiej

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie

Dr Karolina Kossakowska, <https://orcid.org/0000-0003-3618-1918>, mgr Kinga Bobrowska,

<https://orcid.org/0000-0003-0743-7056>

Instytut Psychologii

Wydział Nauk o Wychowaniu

Uniwersytet Łódzki

Ciąża i poród w czasach pandemii COVID-19: wybrane aspekty psychologiczne

Pregnancy and childbirth during COVID-19 pandemic: selected psychological aspects

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.417>

Abstrakt: Kobiety w ciąży doświadczają podwyższonego poziomu stresu, lęku, martwią się o zdrowie i życie swojego dziecka, przebieg porodu i możliwe komplikacje. Ponadto, jeśli kobieta ma już za sobą historię powikłań lub jest w ciąży zagrożonej albo doświadcza kłopotów w związku lub trudności finansowych, jej lęki są istotnie wyższe. Dla przykładu, z irlandzkich badań wynika, że ponad połowa kobiet martwi się o swoje zdrowie przez cały czas choć przed pandemią 83% z nich nie martwiło się o nie. Niepokoju nie obniża także fakt, że ciężarne kobiety chore na COVID-19 nie wymagały dodatkowej intensywnej opieki szpitalnej i urodziły zdrowe dzieci, a w ich mleku także nie wykryto obecności wirusa SARS-CoV-2. Jednocześnie, zakaz porodów rodzinnych spowodował wzrost lęku, stresu i większe nasilenie bólu w trakcie porodu, a także częstsze jego zakończenie cesarskim cięciem. W wielu miejscach na świecie rozdziela się matkę z dzieckiem tuż po porodzie, a także zakazuje się karmienia piersią, co ma wiele negatywnych skutków zdrowotnych, także ze względu na kształtującą się więź. Ponadto, wszystkie te trudności kobiety znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia depresji poporodowej lub innych zaburzeń psychicznych

Słowa kluczowe: ciąża, COVID-19, depresja poporodowa, lęk, poród, stres

Abstract: Pregnant women experience increased levels of stress, anxiety, worry about the health and life of their baby, the course of labor and possible complications. In addition, if a woman has a history of complications, her pregnancy has a high-risk status, or if she experiences relationship problems or financial difficulties, the severity of anxiety is significantly higher. For example, Irish research shows that more than a half of women worry about their health all the time currently, although before the pandemic 83% of them were not worried about it. The anxiety is also not reduced by the fact that pregnant women suffering from COVID-19 did not require additional intensive hospital care and gave birth to healthy babies, and the presence of the SARS-CoV-2 virus was not detected in their milk. At the same time, the suspension of family births caused an increase in anxiety, stress and greater pain intensity during labor, as well as more frequent ending with caesarean section. In many places all worldwide, mother and child are separated immediately after birth, and breastfeeding is also forbidden, which has many negative health effects, also due to the formation of the mother-child bond. Furthermore, all these difficulties a woman greatly increases the risk of postpartum depression or other psychiatric disorders.

Key words: anxiety, COVID-19, delivery, pregnancy, postpartum depression, stress

Wprowadzenie

Oczekiwanie na dziecko przez kobietę to czas wielkiej radości ale też często wielu obaw. Na skali stresu zajmuje ono wysoką pozycję (Holmes, Rahe, 1967), i taką też potwierdzają liczne badania. Ciąża to także proces transformacji kobiety w matkę. Zmieniają się jej relacje z małżonkiem, własnymi rodzicami i otoczeniem; to czas wypracowania nowych wzorców reagowania, i jako taki traktowany jest jako kryzys (Bielawska-Batorowicz, 2005). Jest to okres ogromnych zmian w życiu kobiety i jej rodziny, a jeśli towarzyszą temu inne ważne zmiany życiowe lub sytuacje krytyczne, zasoby kobiety mogą się okazać niewystarczające do utrzymania dobrostanu i przerodzić się w depresję (Ilska, 2020). Kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, hospitalizowane i często unieruchomione są szczególnie narażone na podwyższony poziom stresu (Chanduszko-Salska, Kossakowska, 2018; Koss i in., 2014), wyższy poziom lęku o zdrowie dziecka i swoje, co utrudnia adaptację do nowej roli i przeżywania tego czasu jako radosnego (Chanduszko-Salska, Kossakowska, 2018).

1. Stres, lęk i zmartwienia w ciąży

Okres ciąży jest czasem podwyższonego stresu i lęku, nawet jeśli wszystkie okoliczności układają się pomyślnie dla kobiety i dlatego określany jest jako kryzys. Poznawczym aspektem lęku jest zmartwienie (ang. *worry*), wyobrażenie przyszłych wydarzeń i przewidywanie negatywnych ich skutków (Green i in., 2003). Polskie badanie kobiet w ciąży Lachowskiej i Szteligi (2019) wykazało, że najsilniejsze zmartwienia dotyczą poronienia, porodu, pójścia do szpitala a także zdrowia i życia dziecka. U kobiet w ciąży zagrożonej oraz z historią powikłań w poprzednich ciążach zmartwienia dotyczące zdrowia były istotnie silniejsze. Trudna sytuacja ekonomiczna (kłopoty finansowe, warunki mieszkaniowe, trudności z pracą) potęgowała zmartwienia o zdrowie a także o relację z mężem lub partnerem (Bielawska-Batorowicz, Kossakowska-Petrycka, 2006; Lachowska, Szteliga, 2019).

2. Poród i emocjonalne konsekwencje jego przebiegu

Poród, jako zwińczenie ciąży to szczególnie obciążające psychicznie wydarzenie dla wielu kobiet. Wiele badań wskazuje na przykład na związek depresji poporodowej ze stresującym porodem (Beck i in., 2013; Garthus-Niegel i in., 2018) i negatywnymi doświadczeniami porodowymi, w tym negatywną oceną zachowania personelu medycznego asystującego podczas narodzin dziecka oraz nieobecnością bliskiej osoby podczas porodu (Brown, Lumley, 1994). Nie bez znaczenia dla dobrostanu psychicznego

rodzącej ma pozostawać sposób porodu. Z badań wynika, że cesarskie cięcie jest istotnym czynnikiem ryzyka depresji poporodowej (Hiltunen i in., 2004; Ilska i in., 2020), zespołu stresu pourazowego (Lopez i in., 2017; Orovou i in., 2020) i trudności w budowaniu więzi matka-dziecko (Hergruner i in., 2014; Lobel, Deluca, 2007). Duke, Hyde i Clark (2000) porównali symptomy depresji poporodowej w trzech grupach kobiet: rodzące siłami i drogami natury, rodzące poprzez planowane cesarskie cięcie oraz te, u których w wyniku nieprzewidzianych komplikacji zastosowano cesarskie cięcie. Zgodnie z przewidywaniami kobiety, u których zaistniała nieplanowana wcześniej konieczność cesarskiego cięcia, oceniły swoje doświadczenia porodowe najbardziej negatywnie. Już ponad dwie dekady temu, Fisher, Ashbury i Smith (1997) zwrócili uwagę na fakt, że kobietom rodzącym poprzez cesarskie cięcie rzadziej partnerują ich mężowie, a także, że nie mogą one zobaczyć swojego dziecka w ciągu pierwszych minut po narodzeniu, ani opiekować się nim przez pierwsze osiem godzin po porodzie, co może zwiększać stres i niepokój, odgrywając tym samym rolę w powstawaniu symptomów depresyjnych.

Jeśli przebieg porodu ma charakter urazowy niesie ze sobą ryzyko traumy porodowej i w efekcie wystąpienie zespołu stresu pourazowego (Ayers, Ford, 2012). W literaturze podkreśla się w szczególności rolę bólu porodowego, a także utratę poczucia kontroli oraz brak wsparcia ze strony partnera i personelu medycznego (Ayers, Pickering, 2001; Bailham, Joseph, 2003), które to czynniki zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu stresu pourazowego nawet o ok. 5%.

3. Zaburzenia nastroju w ciąży i po porodzie

Metaanaliza Beck (2001) potwierdziła, że depresja poporodowa to poważne zaburzenie, które odbiera kobietom na całym świecie radość z opieki nad nowonarodzonym dzieckiem. Badania uwzględnione w metaanalizie wskazały, że najsilniejszym czynnikiem tego zaburzenia jest depresja w ciąży, następnie stres związany z opieką nad dzieckiem, stresujące wydarzenia życiowe, brak wsparcia społecznego, lęk przeżywany w czasie ciąży, smutek poporodowy („*baby blues*”) i satysfakcja z małżeństwa (Beck, 2001). Depresja poporodowa ujęta w Modelu Trzęsienia Ziemi Sichel i Discroll (2000), wyjaśniona została z perspektywy równowagi pomiędzy hormonami, chemią mózgu a stresującymi wydarzeniami życiowymi. Jeśli kobieta narażona jest przez długi czas na kolejne stresujące wydarzenia, aż do krytycznego wydarzenia w jej życiu, jakim jest urodzenie dziecka, jej mózg nie potrafi już utrzymać równowagi, co skutkuje depresją. Sichel i Discroll (2000) podkreślają, że okres poporodowy znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka dla występowania zaburzeń nastroju. W modelu tym zawierają się takie czynniki ryzyka jak wcześniejsze epizody depresji, historia zaburzeń psychicznych w rodzinie, stres związany z urodzeniem dziecka oraz smutek poporodowy (Sichel, Discroll, 2000).

Poza depresją poporodową, powszechnie kobiety doświadczają także lęku w czasie porodu. Ostatnia metaanaliza wykazała, że jest to nawet 9,9% kobiet (Dennis i in., 2017). Szkodliwe oddziaływanie depresji poporodowej i lęku utrudnia rozwój rodzicielskich umiejętności, nawiązywania emocjonalnego kontaktu z noworodkiem, co skutkuje trudnościami poznawczymi w późniejszym życiu dziecka oraz zaburzonym rozwojem emocjonalnym, a także powoduje trudności w rozpoczęciu karmienia piersią dziecka (Fallon i in., 2016; Kossakowska, 2018; Śliwerski i in., 2020). Szczególnie zagrożone są jednak kobiety, u których lęk i depresja współwystępują ze sobą. Wykryto u nich znacznie wyższy poziom zaburzenia funkcjonowania oraz innych objawów typowych dla tych zaburzeń (Farr i in., 2014). Czynniki ryzyka, które najczęściej występują w tej grupie kobiet to trudna sytuacja ekonomiczna, stres w związku, przeżywany dystres i traumatyczne wydarzenia, których doświadczyły w czasie ciąży. Wszystkie te wskaźniki były znacznie niższe u kobiet cierpiących tylko na depresję poporodową lub tylko na poporodowy lęk (Farr i in., 2014). Powyższe doniesienia wskazują dość klarownie, że czas pandemii wpisuje się w zagrożenie powodujące stan zagrożenia, podwyższenie lęku i stresu u kobiet w ciąży i po porodzie.

4. COVID-19 i ciąża

Podobnie trudną sytuacją dla kobiet jest czas izolacji w okresie pandemii COVID-19. Kiedy media na całym świecie podawały rosnącą liczbę nowych zachorowań i śmierci z powodu COVID-19, miało to znaczący efekt psychologiczny na ludzi na całym świecie. Reprezentatywne badanie populacji Polaków pokazało, że nasilenie objawów depresyjnych w czasie pandemii COVID-19 wzrosło z 16,2% do 36,6% w grupie osób między 18 a 34 rokiem życia (Gambin i in., 2020). Badacze wykazali także, że niższy poziom lęku i depresji występował u osób, które były w związku małżeńskim w porównaniu z osobami samotnymi i w związkach partnerskich. W Niemczech aż 30% badanych obawiało się pandemii, przeważali młodzi ludzie i kobiety (Gerhold, 2020). Kobiety w ciąży są właśnie w tej grupie, a z powodu swojej sytuacji stanowią szczególną grupą ryzyka, i w tej grupie obawy o zdrowie własne a tym samym dziecka, której się w nich rozwija, mogą być znacznie większe.

W wielu krajach toczą się badania nad konsekwencjami lęku i depresji u kobiet w ciąży w czasie pandemii (Kajdy i in., 2020). Irlandzkie badanie z kwietnia 2020 wykazało, że po miesiącu przymusowej izolacji i wynikającej z niej braku kontaktu z bliskimi 44% kobiet w ciąży miało obniżony nastrój a 14% z pogorszenia sytuacji finansowej z powodu braku pracy, u 4% pogorszyły się relacje z partnerem a 11% zgłosiło napięcia z członkami rodziny przebywającymi w tym samym gospodarstwie domowym. Natomiast 34% kobiet zgłosiło zbliżenie się z partnerem poprzez wspólne ćwiczenia fizyczne i obowiązki domowe; tyle samo odczuło poprawę relacji z rodziną i przyjaciółmi, a także możliwość odpoczynku

i zwolnienia tempa życia (Milne i in., 2020). Amerykańskie badanie wykazało, że w badanej próbie, 21% kobiet w ciąży wykazywało umiarkowany i tyle samo - wysoki poziom lęku. Czynnikiem ochronnym był wyższy wiek kobiet i zachowania prozdrowotne w ciąży (Preis i in., 2020). Inne Irlandzkie badanie wykazało, że przed pandemią COVID-19 83% badanych kobiety w ciąży nie martwiło się zdrowiem, a od czasu pandemii aż 50,7% z nich martwi się nim przez cały czas; 35% z nich izoluje się ze strachu przed zarażeniem wirusem, i z tego samego powodu 32% z nich pracowało odtąd z domu, 46,5% zakwestionowało bezpieczeństwo używanego dotąd środka transportu i 66,2% zaczęło kupować jedzenie przez Internet (Corbett i in., 2020).

Wyniki przywołanych badań są o tyle interesujące, że w rzeczywistości badania nad wpływem koronawirusa na przebieg ciąży prowadzone od początku pandemii COVID-19 wykazują brak poważnego zagrożenia dla kobiet w ciąży. Kobiety, u których wykryto obecność wirusa SARS-CoV-2 nie miały trudności z oddychaniem i nie wymagały intensywnej opieki szpitalnej. Nie zaobserwowano też komplikacji u urodzonych dzieci. Testy na obecność wirusa u noworodków były negatywne. Nie wykryto również obecności wirusa Sars-CoV-2 w mleku matek kobiet karmiących (Caparros-Gonzalez, 2020).

5. Poród w pandemii

Wkrótce po ogłoszeniu pandemii COVID-19 w wielu krajach, w tym w Polsce, wstrzymane zostały porody rodzinne, czyli takie gdzie obecny jest ojciec dziecka lub inna osoba towarzysząca kobiecie w porodzie. Wprowadzenie obostrzeń i ograniczeń w przebiegu porodu i opieki okołoporodowej wiąże się licznymi konsekwencjami psychologicznymi dla rodzącej. Dotychczasowe badania pokazują bowiem, że samotny poród wiąże się z wysokim poziomem stresu i lęku u kobiet, wyższym bólem i częstszym zakończeniem porodu cesarskim cięciem, co skutkuje negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia fizycznego i psychicznego matki i dziecka oraz całej rodziny (Fathi Najafi i in., 2017).

Jednocześnie doświadczenia z innych krajów, w których nawet chorującym na COVID-19 umożliwiono szybki kontakt z bliskimi. Przykładowo, w austriackim szpitalu dopuszczono poród waginalny u matki chorej na COVID-19, a tuż po porodzie mogła przebywać wraz z ojcem dziecka i dzieckiem, w osobnym pokoju i karmić dziecko piersią. Testy robione noworodkowi 24 godziny po porodzie nie wykazały u niego obecności wirusa (Lowe, Bopp, 2020).

Doniesienia z Włoch z 42 porodów kobiet zarażonych COVID-19 wykazały, że poród waginalny był możliwy aż u 57% kobiet, u 18 kobiet (43%) wykonano cesarskie cięcie jednakże u 8 z nich powody były niezwiązane z COVID-19. U 19 kobiet zdiagnozowano zapalenie płuc i z tego powodu 4 kobiety zostały przewiezione na oddział intensywnej terapii. Badacze podsumowują zebrane dane, że objawy COVID-19 we wskazanej grupie

kobiet były łagodne lub umiarkowane (Ferrazzi i in., 2020). Także doniesienia z Chin wykazały, że poród waginalny jest bezpieczny i w żadnym z 13 przypadków noworodek nie był zarażony przez matkę wirusem SARS-CoV-2 (Wu i in., 2020).

Konsekwencje psychologiczne samotnego porodu są poważne, tam gdzie pozwalają na to warunki powinno się umożliwić rodzącej poród z partnerem lub wybraną osobą. Już sama możliwość rodzenia z partnerem zmniejsza poziom lęku u kobiety ciężarnej (Świątkowska-Freund, Kawiak, Preis, 2007). Stowarzyszenie Neonatologów Włoskich po analizie badań i rekomendacji wielu organizacji zdrowia wydało zalecenia, że jeśli matka i dziecko są w dobrej kondycji, powinno się umożliwić im przebywanie razem ze względu na kształtującą się więź matki z dzieckiem oraz możliwość karmienia piersią. A jeśli konieczne jest rozdzielenie matki i dziecka, unikać podawania substytutów mleka ale pomóc matce odciągać mleko i karmić dziecko świeżo odciągniętym, nie pasteryzowanym mlekiem (Davanzo i in., 2020). Mleko matki chroni dziecko również przed ostrym stanem wirusów dróg oddechowych (Downham i in., 1976).

Podsumowanie

Rezultaty badań prowadzonych na bieżąco od początku pandemii, jak i obserwacja życia społecznego nie pozostawiają wątpliwości, że jest to czas trudny dla wszystkich ludzi, a ciąża i poród w okresie pandemii stanowią dodatkowe obciążenie i wyzwanie tak dla kobiety, jak i całej rodziny. Przyszłe matki i te, które dopiero urodziły dziecko, doświadczają silniejszego stresu, odczuwają większy lęk i bardziej nasilone objawy depresji, są więc w grupie ryzyka dla wystąpienia depresji poporodowej oraz innych psychicznych zaburzeń okołoporodowych. Jeśli ponadto ograniczy się przyszłym matkom możliwość porodu rodzinnego, poziom stresu wzrasta i te kobiety częściej rodzą przez cięcie cesarskie, potęgując to wystąpienie depresji poporodowej i utrudnia nawiązanie więzi matki z dzieckiem, co z kolei prowadzi do depresji w całej rodzinie (Bielawska-Batorowicz, Kossakowska-Petrycka, 2006; Hammen, 1991). Jeśli kobieta nie znajduje wsparcia psychicznego w najbliższych, ryzyko pojawienia się trudności wzrasta a prawdopodobieństwo skutecznego zmagania się z nimi, zwłaszcza samodzielnie, maleje. Należy zatem mieć na uwadze, że kobiety w ciąży i te, które urodziły dziecko w okresie pandemii wymagają bardziej uważnego monitoringu pod względem czynników ryzyka i objawów, oraz niewątpliwie jeszcze więcej empatii dla przeżywanych przez nie emocji.

Bibliografia:

- Ayers, S., Ford, E. (2012). PTSD following childbirth, (w:) C.R. Martin (red.), *Perinatal mental health: a clinical guide*, Cumbria: M&K Publishing.
- Ayers, S., Pickering, A. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence, *Birth*, 28(2), 111-118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x>
- Bailham, D., Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a view of the emerging literature and directions for research and practice, *Psychology, Health & Medicine*, 8, 159-168.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update, *Nursing Research*, 50(5), 275–285.
- Beck, C.T., Driscoll, J.W., Watson, S. (2013). *Traumatic Childbirth*, Nowy Jork: Routledge.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005). *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Bielawska-Batorowicz, E., Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 21–29. <https://doi.org/10.1080/02646830500475179>
- Caparros-Gonzalez, R.A. (2020). Maternal and neonatal consequences of coronavirus COVID-19 infection during pregnancy: A scoping review, *Revista Espanola De Salud Publica*, 94.
- Chanduszko-Salska, J., Kossakowska, K. (2018). Stres a objawy depresji i sposoby radzenia sobie u kobiet z niepłodnością i kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 22, 73–96. <https://doi.org/10.18778/1427-969X.22.05>
- Corbett, G.A., Milne, S.J., Hehir, M.P., Lindow, S.W., O'connell, M.P. (2020). Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic, *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 249, 96–97. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.022>
- Davanzo, R., Moro, G., Sandri, F., Agosti, M., Moretti, C., Mosca, F. (2020). Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies, *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e13010. <https://doi.org/10.1111/mcn.13010>
- Dennis, C.L., Falah-Hassani, K., Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis, *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Downham, M.,A., Scott, R., Sims D.G., Webb J.K., Gardner P.S. (1976). Breast-Feeding Protects Against Respiratory Syncytial Virus Infections, *The British Medical Journal*, 2(6030), 274. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6030.274>

- Durik, A. M., Hyde, J. S., Clark, R. (2000). Sequelae of Cesarean and vaginal deliveries: Psychosocial outcomes for mothers and infants, *Developmental Psychology*, 36(2), 251-260.
- Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C.G., Bennett, K.M., Harrold, J.A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes: A Systematic Review, *Journal of Human Lactation*, 32(4), 740-758. <https://doi.org/10.1177/0890334416662241>.
- Farr, S. L., Dietz, P.M., O'Hara, M.W., Burley, K., Ko, J.Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women, *Journal of Women's Health*, 23(2), 120-128. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438>.
- Fathi Najafi, T., Latifnejad Roudsari, R., Ebrahimipour, H. (2017). The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support, *PLoS ONE*, 12(7), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179702>
- Ferrazzi, E., Frigerio, L., Savasi, V., Vergani, P., Prefumo, F., Barresi, S., Bianchi, S., Ciriello, E., Facchinetti, F., Gervasi, M. T., Iurlaro, E., Kusterman, A., Mangili, G., Mosca, F., Patanè, L., Spazzini, D., Spinillo, A., Trojano, G., Vignali, M., ... Cetin, I. (2020). *Mode of Delivery and Clinical Findings in COVID-19 Infected Pregnant Women in Northern Italy* (SSRN Scholarly Paper ID 3562464). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3562464>.
- Fisher, J., Ashbury, J., Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 728-738.
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Cudo, A., Hansen, K., Gorgol, J., Huflejt-Łukasik, M., Kmita, G., Kubicka, K., Łyś, A. E., Maison, D., Oleksy, T., Wnuk, A. (2020). *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – Raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Uniwersytet Warszawski. <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/27/raport-z-i-fali-badania-podluznego-uwarunkowania-objawow-depresji-i-leku-uogolnionego-u-doroslych-polakow-w-trakcie-epidemii-covid-19/>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., Eberhard-Gran, M. (2018). The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study, *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>.
- Gerhold, L. (2020). *COVID-19: Risk perception and Coping strategies*. [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
- Green, J.M., Kafetsios, K., Statham, H.E., Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population, *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753-764. <https://doi.org/10.1177/13591053030086008>.

- Hammen, C. (1991). *Depression Runs in Families: The Social Context of Risk and Resilience in Children of Depressed Mothers*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-6410-8>.
- Herguner, S., Cicek, E., Annagur, A., Herguner, A., Ors, R. (2012). Association of delivery type with postpartum depression and maternal attachment, *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 27(1), 15-20. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2014270102>.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., Moilanen, I. (2004). Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 257-261.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4).
- Ilska, M. (2020). *Ciąża prawidłowa i wysokiego ryzyka. Dobrostan psychiczny i jego wyznaczniki*, Katowice: Wydawnictwo Difin.
- Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., Cnota, W. (2020). Vaginal delivery or caesarean section - Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium, *Midwifery*, 87, 102731. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102731>.
- Kajdy, A., Feduniw, S., Ajdacka, U., Modzelewski, J., Baranowska, B., Sys, D., Pokropek, A., Pawlicka, P., Kazmierczak, M., Rabijewski, M., Jasiak, H., Lewandowska, R., Borowski, D., Kwiatkowski, S., Poon, L. C. (2020). Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey, *Medicine*, 99(30), e21279. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021279>.
- Koss, J., Rudnik, A., Bidzan, M. (2014). Experiencing stress and the obtained social support among women with high-risk pregnancies. Preliminary report, *Family Forum*, 4, 183-201.
- Kossakowska, K. (2018). Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią, *Pediatrics polska*, 93(2), 107-116. <https://doi.org/10.5114/polp.2018.76246>
- Lachowska, B., Szteliga, A. (2019). Zmartwienia kobiet w ciąży, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3 (39), 20-29. <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.117>.
- Lobel, M., Deluca, R.S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications, *Social Science & Medicine*, 64. 2272-2284. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.028>.
- Lopez, U., Meyer, M., Loures, V., Iselin-Chaves, I., Epiney, M., Kern, C., Haller, G. (2017). Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study, *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0692-y>.

- Lowe, B., Bopp, B. (2020). COVID-19 vaginal delivery – A case report, *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 60 (3), 465-466.
<https://doi.org/10.1111/ajo.13173>.
- Milne S.J., Corbett G.A., Hehir M.P., Lindow S.W., Mohan S., Reagu S., Farrell T, O'Connell M.P. (2020). Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic, *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.009.
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., Lobel, M. (2020). Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic, *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*.
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100155>.
- Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., Antoniou, E. (2020). Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 1592. doi:10.3390/ijerph17051592.
- Sichel, D., Discroll, J. W. (2000). Women's Moods: What every woman must know about hormones, the brain, and emotional health. *Network Magazine of the Canadian Women's Health Network*, 3 (4), 13-14.
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (8), 2675.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>.
- Świątkowska-Freund M., Kawiak D., Preis K. (2007). Pozytywne aspekty obecności ojca przy porodzie, *Ginekologia Polska*, 78, 476-478.
- Wu, Y., Liu, C., Dong, L., Zhang, C., Chen, Y., Liu, J., Zhang, C., Duan, C., Zhang, H., Mol, B. W., Dennis, C.-L., Yin, T., Yang, J., Huang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: Case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127 (9), 1109-1115.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16276>.

Źródła internetowe

- De Jong Gierveld, J. , van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999*, za:
https://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html
 (pobrano 25.05.2020).
- Długosz, P., (2020). *Raport z badań: „Krakowscy studenci w sytuacji zagrożenia pandemią koronawirusa”*, za: Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; Kraków za:
<http://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/7036/Krakowscy%20stud>

enci%20w%20sytuacji%20zagro%20enia%20pandemi%20%20koronawirusa-
Piotr%20D%20ugosz.pdf?sequence=1.

Gulla, B. (2020). *Reakcje psychologiczne na sytuację epidemiologiczną COVID-19*, za:
https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/153803/gulla_reakcje_psychologiczne_na_sytuacje_epidemiologiczna_covid-19_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y (pobrano 11.05.2020).

Lek. med. Ewa Ślizień-Kuczapska, <https://orcid.org/0000-0002-2227-3849>
Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska, <https://orcid.org/0000-0002-2147-9503>
Centrum Medycyny Spersonalizowanej CODE, Łódź

Dr hab. n. med. prof. CMKP, Michał Rabijewski, <https://orcid.org/0000-0002-2049-7427>
*Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*

Wybrane zagadnienia zaburzeń kształtowania się zdrowia prokreacyjnego u dziewcząt. Czy warto włączyć obserwację cyklu do praktyki lekarskiej?

Część I. Naturalny przebieg procesu dojrzewania u dziewcząt
- granice fizjologii i patologii

Selected issues of reproductive health formation disorders in girls.

Is it worth to include cycle observation in medical practice?

Part I. Natural course of puberty in girls – borders of physiology
and pathology

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.319>

Abstract: Podstawą troski o zdrowie (ang. health literacy) jest – obok zdrowego stylu życia i szeroko pojętej profilaktyki – obserwacja sygnałów płynących z własnego ciała. Wiele chorób i stanów zaburzonej homeostazy organizmu powoduje nieprawidłowości w przebiegu cyklu miesięczkowego, a u dziewcząt zaburza przebieg dojrzewania. W samoobserwacji cyklu miesięczkowego szczególnie przydatne są metody rozpoznawania płodności (MRP) w oparciu o śledzenie wybranych biomarkerów, które powinny stać się narzędziem w codziennej pracy lekarza, jak również elementem profilaktyki zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. W pracy omówiono podstawy fizjologii dojrzewania płciowego u dziewcząt oraz kształtowania się cykli miesięczkowych w pierwszych latach po *menarche*, z uwzględnieniem odrębności w stosunku do prawidłowych cykli u kobiet dorosłych oraz indywidualnej zmienności osobniczej dojrzewania osi podwzgórze – przysadka – jajnik u dziewcząt. Przedstawiono także przykładowe karty obserwacji cyklu nastolatek. Opracowane wstępne rekomendacje co do prawidłowości przebiegu cyklu miesięczkowego w oparciu o MRP dają szansę na współpracę lekarza z pacjentką i wykwalifikowanym instruktorem wybranej metody.

Słowa kluczowe: zdrowie prokreacyjne, dojrzewanie płciowe, cykl miesięczkowy, metody rozpoznawania płodności

Abstract: The basis for health literacy is – next to a healthy lifestyle and broadly defined prevention – observation signals flowing from one's own body. Many diseases and conditions of disturbed homeostasis of the body cause irregularities of menstrual cycle and disorders of puberty in girls. Fertility awareness methods (FAM), based on tracking selected biomarkers, are particularly useful for self-observation of the menstrual cycle and should become a tool in the daily work of physician, as

well as an element of prevention of reproductive health disorders. The paper discusses the basics of the physiology of puberty in girls and the development of menstrual cycles in first years after *menarche*, taking into account the differences from normal cycles in adult women and individual variability of maturation of the hypothalamus - pituitary - ovary axis in girls. Examples of cycle charting (observation cards) of adolescent girls are also presented. Preliminary recommendations regarding the correctness of the course of the menstrual cycle based on FAM give an opportunity for the physician to cooperate with the patient and the qualified practitioner of the selected method.

Key words: procreative health, puberty, menstrual cycle, fertility awareness methods

Wprowadzenie

Podstawą troski o zdrowie jest – obok zdrowego stylu życia z uwzględnieniem prawidłowo zbilansowanej diety i odpowiedniej aktywności fizycznej oraz wykonywania zalecanych badań profilaktycznych – obserwacja sygnałów płynących z własnego ciała. Wiele chorób i stanów zaburzonej homeostazy organizmu powoduje obok typowych objawów także szereg nieswoistych symptomów, takich jak przewlekłe zmęczenie, zaburzenia dobowego rytmu snu i czuwania, wahania masy ciała, czy nieprawidłowości w przebiegu cyklu miesięczkowego, a u dziewcząt w okresie dojrzewania może prowadzić do nieharmonijnego przebiegu tego procesu. W samoobserwacji cyklu miesięczkowego szczególnie przydatne są metody rozpoznawania płodności (MRP), określane również mianem metod naturalnego planowania rodziny (NPR), które mogą stać się na nowo wartościowym narzędziem w codziennej pracy lekarza, jak również elementem profilaktyki zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w rękach ich użytkowników (Hilgers, 2010; Vigil, 2016).

Współcześnie kobiety (pacjentki) częściej odczuwają potrzebę świadomego dbania o własne zdrowie, na co może mieć wpływ wychowanie w domu, środowisko rówieśnicze, edukacja szkolna, ogólna dostępność popularnonaukowych źródeł wiedzy w książkach czy Internecie, dostrzegalne na ulicach lub w mediach kampanie prozdrowotne ale także wzrost przeciętnego poziomu wykształcenia społeczeństwa (Fijałkowski, 2011).

Pojęcie świadomość zdrowotna (ang. health literacy) znane od lat 70-tych XX wieku, staje się niezmiernie ważne w odniesieniu do zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej. Jak wskazują badania, postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego niż czynniki środowiskowe, a wśród nich zwłaszcza styl życia. Zatem to sam człowiek odpowiada za własne zdrowie (Kosycarz i Walendowicz, 2018; Ostrowska, 1999).

W polskiej literaturze pojęcie „health literacy” jest niekiedy tłumaczone jako „kompetencje zdrowotne”, „funkcjonalna wiedza zdrowotna”, „alfabetyzacja zdrowotna” czy „odczytywanie zdrowia” (Bik i Przewoźniak, 2005; Cianciara, 2006;; Iwanowicz, 2009; Karski, 2003 Woynarowska, 200;).

Stosowanie MRP oznacza przyjęcie stylu życia w zgodzie z naturalną płodnością oraz umiejętność odczytywania języka ciała, co wpisuje do katalogu zachowań sprzyjających zdrowiu (Szymaniak i Ślizień-Kuczapska, 2016). Według badań amerykańskich nawet 60%

kobiet jest zainteresowanych wiedzą o płodności i jej rozpoznawaniu przekazaną przez lekarza podczas wizyty (Duane i in., 2015). Z kolei lekarze z reguły nie doceniają wartości obserwacji cyklu miesięczkowego i ich zastosowania w praktyce (Choi i in., 2010; Stanford i in., 1999).

W kontekście profilaktyki zaburzeń zdrowia prokreacyjnego rekomendacje Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów (ang. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) (ACOG, 2006, 2015), potwierdzone w brzmieniu sprzed 5 lat w 2020 r., przyjęte także przez Amerykańską Akademię Pediatrii (ang. American Academy of Pediatrics, AAP) (AAP, 2006, 2016) zalecają edukację dziewcząt począwszy od okresu dojrzewania w zakresie prowadzenia obserwacji cyklu. Włączenie do wywiadu lekarskiego pytań dotyczących wystąpienia i przebiegu cyklu miesięczkowego uznano za istotny, witalny wyznacznik oceny ryzyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego i wstępną ewaluację przyszłej płodności. Edukacja dziewczynki oraz jej opiekunów, a zwłaszcza matki przy okazji wizyty lekarskiej w zakresie wartości obserwacji cyklu w okresie dojrzewania może sprzyjać stopniowemu oswojeniu się i poznawaniu sygnałów płynących ze zmieniającego się w tym czasie ciała, zmniejszeniu lęku przed nieznanym jeszcze procesem dojrzewania, poprawić własną samoocenę oraz budować relacje rodzinne¹

Notowanie wystąpienia pierwszego dnia miesiączki, umiejętność wyliczenia długości cyklu, zaznaczenia dni krwawienia, obfitości miesiączki oraz ewentualnych dolegliwości w cyklu sprzyja zrozumieniu jego przebiegu, a w razie wątpliwości zachęca młodą kobietę do rozmowy na ten temat z mamą lub inną bliską osobą. Ponadto ułatwia konsultację lekarską w razie potrzeby. Obecność zaburzeń w cykliczności potwierdzona prowadzonymi starannie notatkami pomaga lekarzowi w podjęciu ewentualnej diagnostyki w kierunku wybranych endokrynopatii, np. chorób tarczycy, cukrzycy młodzieńczej, zespołów androgennych szczególnie zespołu policystycznych jajników (ang. polycystic ovary syndrome, PCOS), hiperprolaktynemii, późno ujawniającego się wrodzonego przerostu nadnerczy, guzów nadnerczy, przysadki, zaburzeń metaboliczno-psychicznych, anoreksji lub bulimii, nadmiernego wysiłku fizycznego, czy zaburzeń genetycznych i wielu innych przyczyn. Również znaczna obfitość krwawień może sprzyjać rozpoznaniu rzadkiej choroby von Willebranda występującej w ok 1% ogólnej populacji. Nasiloną bolesność miesiączkowania (łac. *dysmenorrhoea*), cykle nieregularne chociaż utrzymujące się w normie 21-35 dni, przedłużające się do 7 i dłużej dni krwawienia oraz powtarzające się plamienia kończące miesiączkę, mogą zwrócić uwagę lekarza na możliwość zdiagnozowania endometriozy. Badania wskazują również na związek nasilenia bolesnego miesiączkowania z czasem pojawienia się pierwszej miesiączki przed 12 rokiem życia (Gałczyński i in., 2019; Vilšinskaitė i in., 2019).

¹ <https://iner.pl/aktywne-mamy-swiadome-swojej-plodnosci-nastolatki/>

1. Obserwacja przebiegu dojrzewania płciowego

Podkreślając celowość prowadzenia obserwacji cyklu u dziewczynek już od wystąpienia pierwszej miesiączki należy jednocześnie zwrócić uwagę na to, że odpowiedzialni rodzice powinni znać podstawowe prawidłowości dotyczące przebiegu dojrzewania płciowego i dzieci, a troskliwa mama powinna w tym zakresie dyskretnie, ale systematycznie obserwować córkę. Dojrzewanie płciowe jest okresem, w którym rozwijają się wtórne cechy płciowe, a gonady (jajniki i jądra) uzyskują zdolność wytwarzania dojrzałych komórek rozrodczych (komórek jajowych i plemników). Obok przemian somatycznych i hormonalnych (dojrzewanie biologiczne) istotne znaczenie ma także dojrzewanie psychiczne i społeczne, przy czym wszystkie te procesy powinny przebiegać jednocześnie. W warunkach prawidłowych dojrzewanie u dziewczynki powinno rozpocząć się w 8-13 roku życia, a u chłopca w 9-14 roku życia. Być może u dziewcząt należałoby przesunąć granicę początku dojrzewania jeszcze wcześniej, z uwagi na zjawisko akceleracji (czyli przyspieszenia) wzrastania i dojrzewania w kolejnych pokoleniach; wcześniejsze dojrzewanie jest też obserwowane w krajach o cieplejszym klimacie i u dziewczynek rasy czarnej (Bordini i Rosenfield, 2011). Pierwsza miesiączka powinna się pojawić przed ukończeniem 16 lat. Istotne jest też, że cały proces dojrzewania powinien przebiegać progresywnie i zakończyć się w przedziale czasowym 4-5 lat.

Przedwczesne dojrzewanie (łac. *pubertas praecox*) definiowane jest jako rozwój drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych przed ukończeniem 8 roku życia u dziewcząt a 9 roku życia u chłopców, natomiast opóźnione dojrzewanie (łac. *pubertas latens*) definiuje się jako „brak rozwoju gruczołów piersiowych po 13. roku życia u dziewcząt oraz zwiększenia objętości jąder (powyżej 4 ml) po 14. roku życia u chłopców lub brak pełnej dojrzałości płciowej (*menarche* u dziewcząt, nocne polucje u chłopców po 4-4,5 roku od początku dojrzewania)” (Wendrychowicz, 2018). Wszystkie takie sytuacje wymagają konsultacji lekarskiej i w razie potrzeby – przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki. O ile rodzice na ogół szybko zauważają u swojego dziecka cechy przedwczesnego dojrzewania, o tyle niestety zdarza się, że opóźnienie dojrzewania lub jego zahamowanie jest przeoczone nawet przez wiele lat, ponieważ dziecko stało się nastolatkiem dbającym o swoją intymność i wstydzącym się przyznać do problemów ze swoją fizycznością, a często po prostu nieświadomym, że dojrzewanie przebiega nie tak jak powinno.

Obecnie wiele uwagi poświęca się dyskusjom na temat edukacji seksualnej dzieci i młodzieży. Wydaje się, że obok słusznych głosów dotyczących bezwzględnego prawa rodziców do decydowania o jej kształcie, należy także podnosić kwestię obowiązków rodziców w zakresie troski o zdrowie prokreacyjne ich dzieci. Ogromna odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa także na lekarzach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

Zazwyczaj pierwszym zauważanym objawem dojrzewania płciowego u dziewczynek jest powiększenie piersi (łac. *thelarche*), które świadczy o uruchomieniu aktywności osi podwzgórze - przysadka - jajnik, czego efektem jest wydzielanie gonadotropin i estradiolu. Rozwój gruczołów piersiowych ocenia się w pięciostopniowej skali Tannera, gdzie I stopień to stadium przedpokwitaniowe, a V stopień to pełny rozwój, osiągniany niekiedy dopiero w okresie ciąży i laktacji. Należy podkreślić, że początkowe powiększenie tylko jednej piersi albo asymetria wielkości piersi nie przekraczająca jednego stadium w skali Tannera są najczęściej zjawiskiem fizjologicznym (Bordini i Rosenfield, 2011; Wendrychowicz, 2018).

Wystąpienie *thelarche* poprzedzone jest nie zawsze zauważanym pojawieniem się śluzowej wydzieliny z pochwy, tzw. śluzu pokwitaniowego (łac. *fluor pubertalis*) będącej również efektem działania estrogenów. Kwaśny odczyn tego śluzu związany jest z obecnością pałeczek kwasu mlekowego. Jest to pierwszy śluz, jaki można zaobserwować u dziewczynki, a właściwie drugi, ponieważ czasem wydzielinę z pochwy można obserwować u noworodków płci żeńskiej, przy czym wówczas jest to efekt działania jeszcze po urodzeniu hormonów przetransferowanych przez łożysko od matki. Stosunkowo częstym problemem jest odróżnienie tego prawidłowo występującego u dziewczynki śluzu od upławów. Pomocna może być informacja, że prawidłowy śluz jest bezbarwny i bezwonny, a upławy mogą mieć zabarwienie (najczęściej żółto-zielone) i nieprzyjemny zapach, a do tego obecne są dodatkowe objawy infekcji, np. zaczerwienienie warg sromowych, świąd i pieczenie w tej okolicy. W razie wątpliwości wskazana jest konsultacja ginekologa (najlepiej dziecięcego lub doświadczonego w pracy z dziećmi) i wykonanie badania mikrobiologicznego.

W okresie dojrzewania powinno nastąpić wyraźne przyspieszenie tempa wzrastania, określane mianem pokwitaniowego skoku wzrostowego. U dziewczynek zjawisko to obserwowane jest równocześnie z pojawieniem się pierwszych cech dojrzewania, a nawet nieco wcześniej, przy czym przyrost wzrostu osiąga szczytową prędkość około rok przed *menarche* (Bordini i Rosenfield, 2011). Stanowi to istotną odrębność w stosunku do chłopców, u których skok wzrostowy następuje na późniejszym etapie dojrzewania. Dlatego u dziewczynki z niedoborem wzrostu i już obecnymi cechami dojrzewania nie należy liczyć na to, że „ma czas na rośnięcie bo jeszcze nie miesiączkuje” (to niestety słowa, jakie często powtarzają rodzice jako usłyszane od lekarzy). W momencie *menarche* dojrzałość kośćca u dziewczynki jest na tyle zaawansowana, że skuteczność ewentualnej terapii promującej wzrastanie będzie ograniczona. Jednocześnie warto wiedzieć, że u chłopców skok wzrostowy występuje później, przy bardziej zaawansowanym dojrzewaniu, a ponadto częściej zdarza się tzw. konstytucjonalne opóźnienie wzrastania i rozwoju płciowego (KOWR).

U dziewcząt równoległe ze skokiem wzrostowym dochodzi do nagromadzenia tkanki tłuszczowej w obrębie piersi, a także bioder i pośladków, co odpowiada za

ukształtowanie się kobiecej sylwetki, a jednocześnie wiąże się z dużym zapotrzebowaniem energetycznym i szybkim przyrostem masy ciała w tym okresie. Pierwsza miesiączka (łac. *menarche*) występuje zwykle w ciągu 2-3 lat od pojawienia się pierwszych cech dojrzewania, zazwyczaj po osiągnięciu IV stopnia *thelarche*. Dla uruchomienia cyklicznej funkcji jajnika skutkującej wystąpieniem krwawień miesięczkowych konieczne jest także uzyskanie odpowiedniej masy ciała, w szczególności dostatecznej zawartości tkanki tłuszczowej. Oceniono, że krytyczna masa ciała dla wystąpienia *menarche* wynosi około 46,5 kg, przy wzroście 157 cm (Rzepka-Górska, 2000). Szczegółowe omówienie mechanizmów hormonalnych odpowiedzialnych za uruchomienie i progresję dojrzewania wykracza poza ramy tego opracowania, ale warto wspomnieć, że obok układu podwzgórze - przysadka - jajniki w proces ten zaangażowane są także nadnercza i hormony tkanki tłuszczowej. Mediana wieku wystąpienia *menarche* w Polsce to 12 lat i 8 miesięcy (Wendrychowicz, 2018). Autorzy amerykańscy (Bordini i Rosenfield, 2011) określają średni wiek *menarche* u dziewcząt rasy białej na 12,6 lat, a u Afroamerykanek na 12,1 lat.

Kolejną składową procesy dojrzewania płciowego jest zwiększenie sekrecji androgenów nadnerczowych, czyli *adrenarche*, które odpowiada za rozwój owłosienia łonowego i pachowego oraz pojawienie się intensywnego zapachu potu. Zwykle uruchomienie czynności hormonalnej jajników i nadnerczy następuje w podobnym czasie, jednak u dziewcząt otyłych i urodzonych z hipotrofią wewnątrzmaciczną faza *adrenarche* może wystąpić wcześniej. Te same czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia PCOS u nastolatków (de Zegher i in., 2017).


Niekiedy zdarza się, że wystąpienie wyłącznie objawów typowych dla *adrenarche* jest uważane za początek dojrzewania płciowego, co opóźnia rozpoznanie zaburzeń czynności jajników. Sytuacja taka ma miejsce np. u dziewcząt z zespołem Turnera, u których dodatkowo stwierdza się szereg charakterystycznych cech fenotypowych (niski wzrost, krótka, szeroka szyja, nisko schodzące owłosienie na karku, szeroko rozstawione brodawki sutkowe, skrócenie IV i V palca kości śródreżca, obrzęki stwierdzane w okresie płodowym). Zespół ten jest uwarunkowany obecnością tylko jednego prawidłowego chromosomu X, a jego najpoważniejszą konsekwencją jest nieprawidłowy rozwój (dysgeneza) jajników, co skutkuje brakiem lub nieprawidłowym przebiegiem spontanicznego dojrzewania, pierwotnym brakiem miesiączki i niepłodnością. Samoistne dojrzewanie i niekiedy pojawienie się krwawień miesięczkowych obserwuje się jedynie u niewielkiego odsetka tych pacjentek, najczęściej z tzw. kariotypem mozaikowym (czyli z obecnością części komórek z dwoma prawidłowymi chromosomami X, a części tylko z jednym prawidłowym chromosomem X lub z dwoma chromosomami X, z których tylko jeden jest prawidłowy). Jednak i w tych przypadkach dochodzi zazwyczaj do przedwczesnego wygasania czynności jajników, a pacjentki wymagają substytucji steroidów płciowych. Pomimo, że większość objawów zespołu Turnera manifestuje się w pierwszych latach życia, jeszcze w okresie

preubertalnym, ostateczne rozpoznanie jest znacznie opóźnione. W badaniu polskich dorosłych pacjentek z zespołem Turnera stwierdzono, że rozpoznanie to było ustalone w wieku ponad 13 lat u chorych z monosomią 45,X, a aż 16 lat u pacjentek z kariotypem innym niż 45,X (Frelich i in., 2019).

2. Obserwacja cyklu od *menarche* jako istotny element monitorowania stanu zdrowia

Wystąpienie pierwszej miesiączki jest na pewno dobrym momentem, aby dziewczynka – najlepiej początkowo z pomocą mamy – rozpoczęła obserwację cyklu. Należy pamiętać, że przez co najmniej pierwsze 2-3 lata od *menarche* cykle mogą być bezowulacyjne, wykazywać większe różnice długości (od 21 do 45 dni) i zmienną obfitość krwawień niż u kobiet dorosłych (Droszol-Cop i Gawlik, 2018; Wendrychowicz, 2018) Ocenia się, że w pierwszym roku po *menarche* nawet 85% cykli może być bezowulacyjnych, a po 3 latach odsetek ten spada do 59%.

Rozpoczęcie obserwacji cyklu od momentu po pierwszej miesiączce pozwala na stopniowe zrozumienie przebiegających fizjologicznych procesów dojrzewania w ciele dziewczynki i oswojenie się z nimi. Zaś stopniowe włączanie do nauczania poszczególnych biomarkerów płodności, zaczynając od śluzu szyjkowego, a w miarę potrzeby i czasu kolejnych tj. podstawowej temperatury ciała i innych, może być pomocne w potwierdzeniu prawidłowego dojrzewania lub wykorzystane do wczesnego zauważenia pojawiających się nieprawidłowości i zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Obserwacja cyklu w tym okresie nastawiona jest na poznanie własnego ciała i identyfikację zachodzących cyklicznie przemian, a nie na wyznaczenie „okna płodności” czy „dni nieplodnych”. Odpowiednio zmodyfikowaną kartę obserwacji cyklu dla dziewcząt przedstawia Rycina 1.

KARTA OBSERWACJI CYKLU 

Data:		
Temperatura	37,40°C	
	37,35°C	
	37,30°C	
	37,25°C	
	37,20°C	
	37,15°C	
	37,10°C	
	37,05°C	
	37,00°C	
	36,95°C	
	36,90°C	
	36,85°C	
	36,80°C	
	36,75°C	
	36,70°C	
	36,65°C	
	36,60°C	
	36,55°C	
	36,50°C	
36,45°C		
36,40°C		
36,35°C		
36,30°C		
36,25°C		
36,20°C		
36,15°C		
36,10°C		
36,05°C		
36,00°C		
Dni cyklu:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40	
Krwawienie/Plama		
Śluz	odczucie	
	wygląd	
Bił owulacyjny		
Napięcie w piersiach		
Zakwaszenie		
Naszyjki		
metoda objawowo-termiczna podwójnego sprawdzenia		

Cykl nr:

Numer kolejnej karty cyklu:

Ostatni dzień miesiączki:

Najkrótszy cykl minus 2120:

Dzień wystąpienia pierwszego śluzu:

Dzień wystąpienia śluzu wysoce płodnego:

Dzień szczytu objawu śluzu:

Dzień szczytu objawu śluzu + 3:

Dzień szczytu objawu szyjki:

Dzień szczytu objawu szyjki + 3:

Trości dzień temperatury powyżej (niż) podwyższonej:

Długość fazy lutalnej:

Długość cyklu:

Najwcześniejszy słupek (niezależnie od dnia):

Najdłuższy z ostatnich cykli:

Najkrótszy z ostatnich cykli:

Godzina pomiaru temperatury:

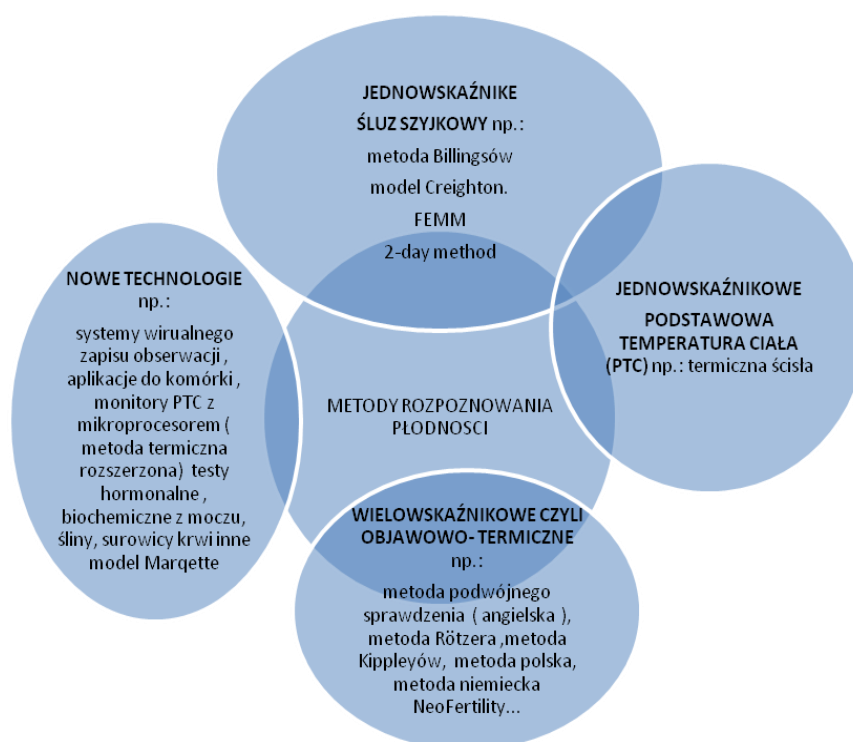
Miejsce pomiaru temperatury:
 sata odbył pochwa

Wzrost temperatury w poprzednim cyklu:
 tak nie

Rycina nr 1. Przykładowa pusta karta obserwacji cyklu wg metody wielowskaźnikowej podwójnego sprawdzenia dla dziewcząt

Dziewczynka, która pozna i zrozumie przebieg fizjologicznych zjawisk dotyczących jej cyklu miesięczkowego jako dorosła kobieta może śmiało to wykorzystać w okresie przedkonepcyjnym, kiedy wartość obserwacji cyklu staje się szczególnie istotna w kontekście planowanego rodzicielstwa. Szereg badań potwierdziło zastosowanie biomarkerów płodności do potwierdzenia prawidłowego przebiegu cyklu lub podejrzenia zaburzeń (Hilgers, 2004; Ohme-Peters, 2019; Rötzer, 1978; Troszyński, 2009; Vigil i in., 2006; Vigil i in., 2012).

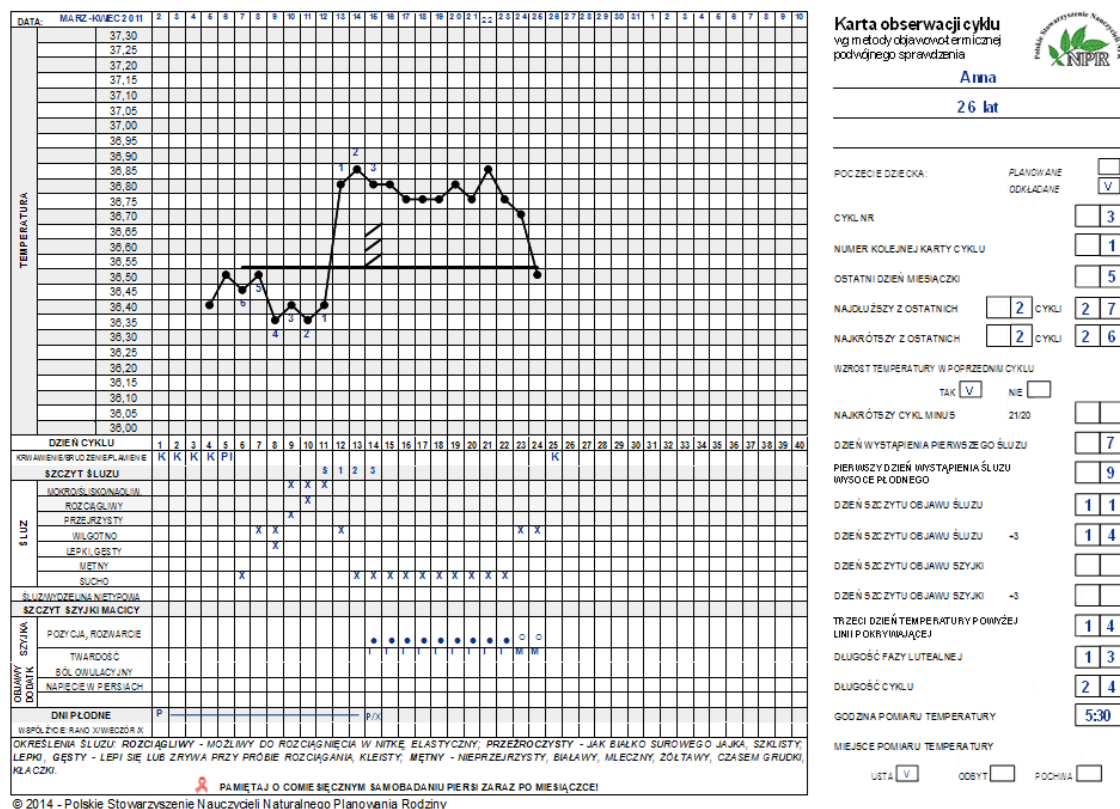
Wśród MRP mających zastosowanie od okresu dojrzewania do menopauzy jako monitoring stanu zdrowia kobiet oraz w praktyce lekarskiej znajdują się metody jedno i wielowskaźnikowe oraz tzw. nowe technologie. Zagadnienia te ilustruje Rycina 2.



Rycina nr 2. Aktualnie dostępne metody rozpoznawania płodności

Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny (PSNNPR) opracowało w oparciu o doniesienia literaturowe oraz 30-letnią działalność edukacyjną przydatne rekomendacje dotyczące prawidłowości przebiegu cyklu w oparciu o prowadzone samoobserwacje wskaźników płodności według wybranej metody rozpoznawania płodności i planowania rodziny. Cykl typowy charakteryzuje: normatywna długość cyklu, prawidłowy obraz krwawienia miesięczkowego, prawidłowy rozwój objawu śluzu szyjkowego, dwufazowy przebieg tzw. podstawowej temperatury ciała (PTC) oraz długość fazy ciała żółtego, prawidłowe i skorelowane z cyklem samobadanie szyjki macicy,

zbieżność czasowa głównych objawów płodności, a w przypadku użycia tzw. nowych technologii zgodność z odczytem wyników badań hormonalnych lub biochemicznych. Ponadto brak nasilonego zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS) oraz bardzo bolesnych miesiączek.



Rycina nr 3. Karta obserwacji kobiety dojrzałej biologicznie spełniająca wszystkie kryteria cyklu typowego

Długość cyklu kobiety powinna mieścić się w granicach 24–38 dni. Długie cykle zwykle obserwowane są u kobiet z zaburzeniami hormonalnymi np. PCOS czy hiperprolaktynemią, ale mogą czasem być nietypową odmianą cyklu prawidłowego. Na długość cyklu może też wpływać szereg czynników zaburzających czasowo pierwszą (folikularną) lub drugą (lutealną) fazę cyklu, np. stres, podróż, leki, mała ilość snu lub wiek kobiety. Prawidłowa druga faza cyklu (faza ciała żółtego) powinna mieścić się w zakresie 14 ± 2 dni na podstawie pomiaru PTC. Powtarzająca się skrócona (trwająca mniej niż 10 dni) faza lutealna cyklu czy tzw. nieadekwatna druga faza cyklu (tj. gdy PTC drugiej fazy cyklu pozwalające na wykreślenie linii pokrywającej spada poniżej tej linii) wymaga konsultacji lekarskiej zwłaszcza w sytuacji planowania poczęcia dziecka. Przedłużona faza lutealna cyklu (trwająca 17 dni i więcej) sugeruje możliwość współistnienia torbieli czynnościowych jajników np. tzw. zespołu niepękającego pęcherzyka jajnikowego (ang. luteinized unruptured follicle, LUF). Różnice w czasie trwania drugiej fazy cyklu, tj. temperatur wyższych w kolejnych cyklach nie powinny przekraczać 3 dni. Stabilność długości fazy

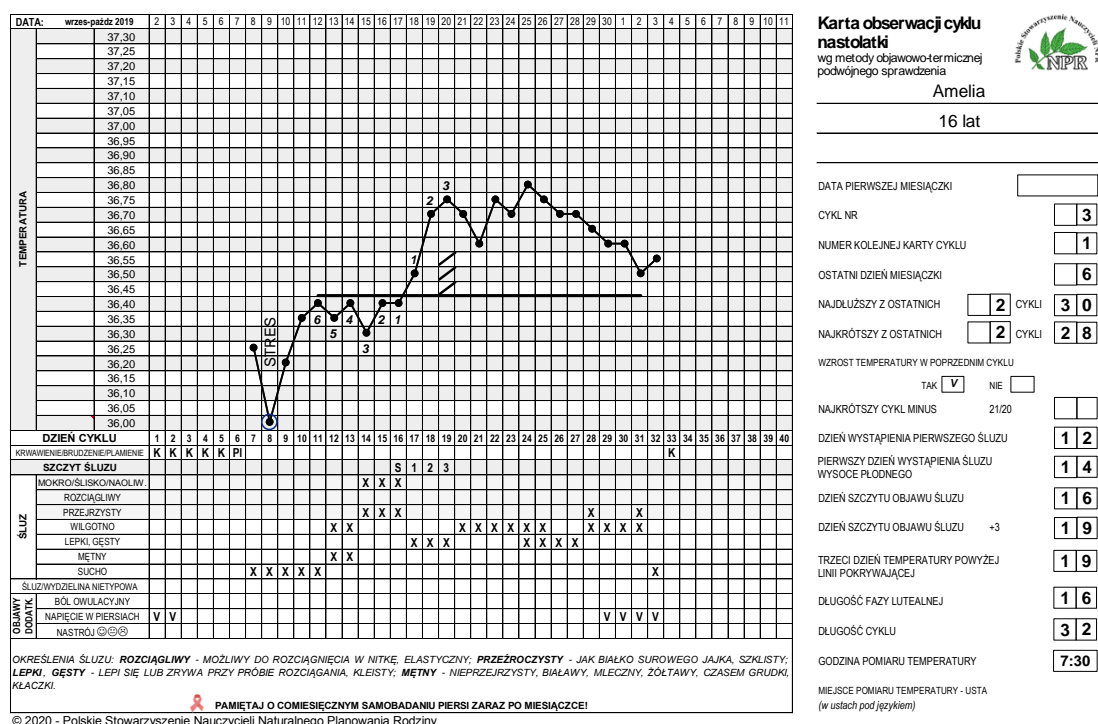
ciałka żółtego chroni przed zaburzeniami o typie np. zespołu napięcia przedmiesiączkowego (ang. premenstrual syndrome, PMS), obfitymi krwawieniami, a nawet zmniejsza ryzyko niektórych nowotworów. Objaw śluzu szyjkowego powinien się rozwijać w czasie około 6 dni od cech mniej płodnego przez cechy wysoce płodnego typu śluzu. Tzw. suche cykle, tj. bez śluzu lub z cyklem ograniczoną ilością śluzu, mogą wskazywać na nieprawidłową czynność jajnika, zbyt niski poziom estrogenów lub nieprawidłową funkcję komórek gruczołowych szyjki macicy. Suche cykle mogą też być następstwem chronicznego stresu, przewlekłego stosowania antykoncepcji hormonalnej tzw. efekt starzenia się szyjki macicy, stanu po konizacji szyjki macicy, mogą korelować z różnymi schorzeniami np. endometriozą. Stale przedłużony objaw śluzu szyjkowego, pojawianie się łąt śluzu w fazie temperatur wyższych może sugerować współistniejący stan zapalny. W zapisie krwawienia miesięczkowego należy zwracać uwagę na intensywność krwawienia, prawidłowa miesiączka nie powinna być poprzedzana i nie powinna kończyć się brązowymi plamieniami (brudzeniami). Miesiączki przedłużone, bardzo bolesne z tendencją do występowania biegunek w tym czasie mogą sugerować współistnienie np. endometriozy. Nasilone powyżej 7 dni objawy somatyczne i/lub psychiczne w fazie temperatur wyższych sugerują PMS czasem też zaburzenia hormonalne.

Wprowadzając obserwację cyklu u nastolatek należy mieć na uwadze odrębności fizjologicznego przebiegu cyklu miesięczkowego w tej grupie wiekowej, a także różny czas osiągnięcia pełnej dojrzałości osi podwzgórze – przysadka – jajnik po *menarche*. Według ACOG (2016), po wystąpieniu pierwszej miesiączki przed 12 rokiem życia, nawet do 50% cykli w pierwszym roku miesiączkowania jest owulacyjnych, natomiast u dziewcząt, u których pierwsza miesiączka wystąpiła późno około 16 roku życia, cykle owulacyjne i kształtowanie się osi dojrzewania podwzgórze – przysadka – jajnik może trwać nawet 8-12 lat. Charakterystyka typowych cykli młodych kobiet według ACOG (2016) to: średni wiek wystąpienia pierwszej miesiączki 12,43 lat, średnia długość odstępów pomiędzy kolejnymi miesiączkami 32,2 dni oraz rozpiętość długości cykli pomiędzy 21–45 dni, długość krwawień równa lub mniejsza od 7 dni oraz zużycie 3-6 maksimum podpasek dziennie.

Niedawno Vigil i in., (2019) przedstawili wyniki badania przeprowadzonego w grupie 125 młodych kobiet w wieku pomiędzy 18 a 25 lat z dysfunkcją jajników, u których w przypadku 36% zdiagnozowano insulinooporność, u 23% hiperandrogenemię, u 21% hiperprolaktynemię, 16% stanowiły kobiety z niedoczynnością tarczycy, 3% kobiet prezentowało zaburzenia o charakterze przedwczesnego wygasania czynności jajników, u około 1% występował brak miesiączkowania pochodzenia podwzgórzowego (dane nie opublikowane). W konkluzji tego badania podkreśla się, że brak umiejętności monitorowania jajczkowania poprzez np. prosty zapis zmieniającego się obrazu śluzu szyjkowego w cyklu może przyczynić się do przeoczenia zagrożenia zdrowia prokreacyjnego kobiety, zaś prawidłowe rozpoznawanie i przebieg jajczkowania w cyklu

jest widomym znakiem zdrowia kobiety. Niestety tylko 5% kobiet potrafi określić w cyklu kiedy występuje jajczkowanie, tymczasem brak tej wiedzy może skutkować niezauważeniem istotnych dla zdrowia zaburzeń (Stanford i in., 2008; Tham i in., 2012).

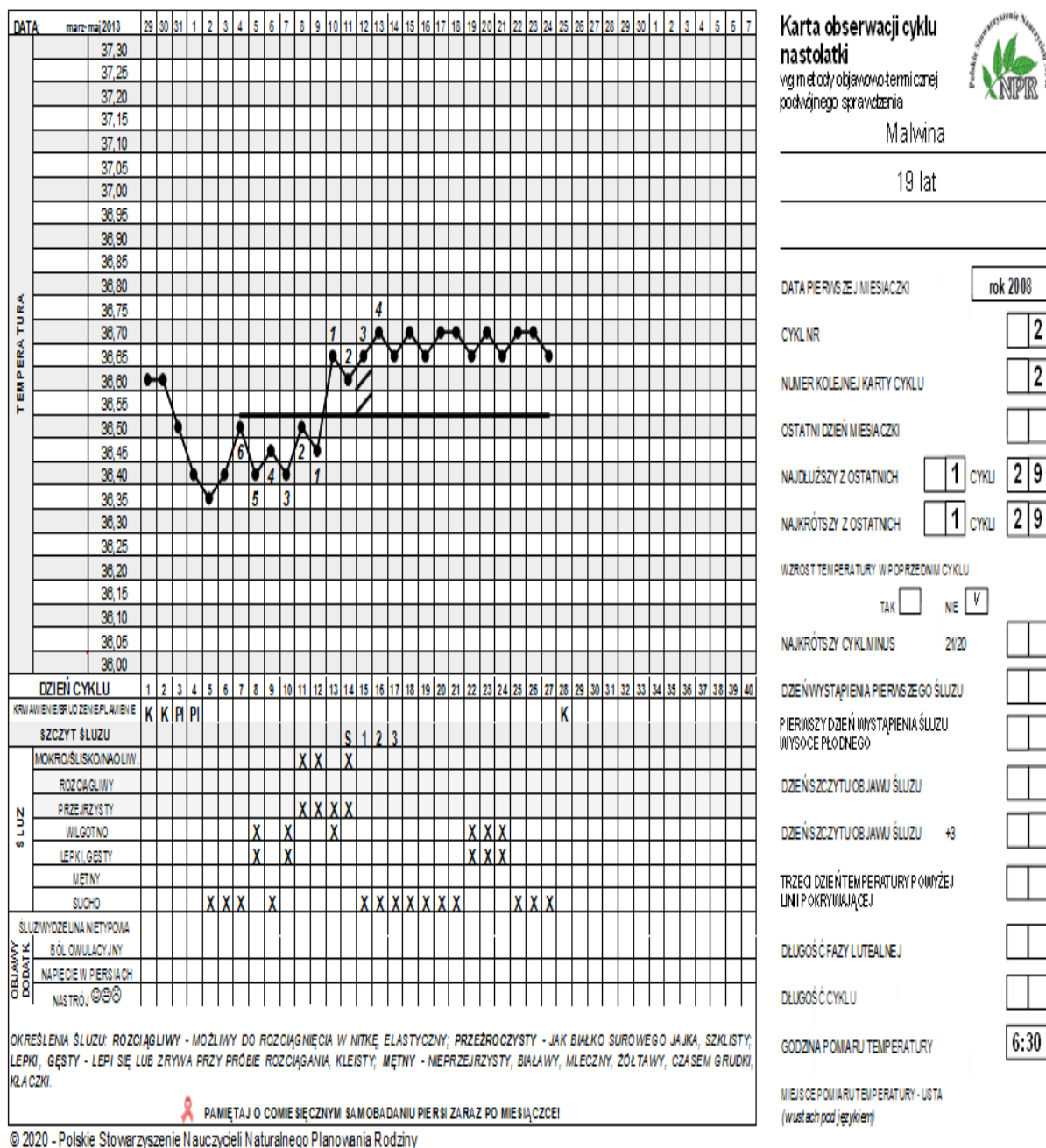
Przykładowe karty obserwacji prawidłowych cykli nastolatek w wieku 16 i 19 lat według metody wielowskaźnikowej podwójnego sprawdzenia przedstawiają Ryciny 4a i 4b. Zmienność rozwoju objawu śluzu oraz normalizację krwawień miesięczkowych u nastolatki ilustrują Ryciny 5a i 5b.



Rycina nr 4a. Karty obserwacji prawidłowych cykli nastolatek według metody wielowskaźnikowej podwójnego sprawdzenia

Ryc. 4a Amelia lat 16, zdrowa 4 lata od *menarche*. Podjęła obserwacje z ciekawości po lekcjach na temat dojrzewania w szkole.

Według obserwacji cykl długości normatywnej (32dni), II fazowy z prawidłowym rozwojem objawu śluzu i zbieżnością biomarkerów płodności oraz miernie nasilonym PMS.



Ryc nr 4b. Malwina lat 19, zdrowa, 6 lat od *menarche*. Podjęła obserwacje cyklu ze względu na przygotowania do ślubu

Z obserwacji wynika normatywna długość cyklu (27 dni), prawidłowe krwawienie miesięczkowe, prawidłowy rozwój objawu śluzu, zbieżność biomarkerów potencjalnej płodności, tj. śluzu szyjkowego oraz podstawowej temperatury ciała (PTC), II fazowy przebieg krzywki PTC i prawidłowa długość II fazy cyklu – lutealnej (15dni), brak PMS.

Ryciny nr 5 przedstawiają karty obserwacji dziewczynki w wieku 15 i 16 lat.

w terapii. Istotnym elementem poradnictwa lekarskiego w okresie przedkoncepcyjnym może być także niezawodność metody w sytuacji odkładania poczęcia lub jej przydatność w okresie planowania poczęcia dziecka (Manhart i in., 2013; Smoley i in., 2012; Urrutia i in., 2018).

Podsumowanie

Poznanie fizjologicznych procesów dotyczących dojrzewania w oparciu o śledzenie wybranych biomarkerów przygotowuje młodą kobietę do podjęcia odpowiedzialnej i świadomej troski o swoje zdrowie (ang. health literacy) i płodność, daje szansę na monitorowanie stanu własnego zdrowia, wczesne rozpoznanie nieprawidłowości oraz konsultację lekarską w razie wątpliwości. Może być także przydatne w okresie przedkoncepcyjnym. Opracowano wstępne rekomendacje co do prawidłowości przebiegu cyklu miesięczkowego w oparciu o MRP, co daje szansę lekarzowi na współpracę z pacjentką i profesjonalnie przygotowanym instruktorem wybranej MRP. Dla szerokiego stosowania MRP konieczna staje się edukacja, którą powinien prowadzić wykwalifikowany instruktor wybranej metody współpracujący z lekarzem.

Bibliografia:

- American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence &, American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Adolescent Health Care (2006). Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as A vital Sign, *Pediatrics*, 118, 5, 2245-2250. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2481>.
- ACOG Committee on Adolescent Health Care (2006). ACOG Committee Opinion No. 349: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstetrics & Gynecology*, 108 (5), 1323-1328. <https://doi.org/10.1097/00006250-200611000-00059>.
- ACOG Committee Opinion No. 651. American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstetrics & Gynecology*, 126 (6), e143-e146. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001215>.
- American Academy of Pediatrics (2016). Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a vital Sign. Statement of Endorsement. *Pediatrics*, peds. 2015-4480, <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4480>.
- Bik, B., Przewoźniak, L. (2005). Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia, (w:) *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski, W. Brodński (red.), Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza.
- Bordini, B., Rosenfield, R.L. (2011). Normal pubertal development: part II: clinical aspects of puberty. *Pediatrics in Review*, 32 (7), 281-292. <https://doi.org/10.1542/pir.32-7-281>

- [tłumaczenie polskie: Prawidłowy rozwój płciowy: Część II: kliniczne aspekty pokwitania. *Pediatrics po Dyplomie*, <https://podyplomie.pl/pediatrics/12226,prawidlowy-rozwoj-plciowy-czesc-ii-kliniczne-aspekty-pokwitania>.
- Choi, J., Chan, S., Wiebe E. (2010). Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32 (7):673-678, [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34571-6](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34571-6). PMID: 20707956.
- Cianciara, D. (2006). *Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego* [rozprawa habilitacyjna], Warszawa: Państwowy Zakład Higieny.
- de Zegher, F., Reinehr, T., Malpique, R., Darendeliler, F., López-Bermejo, A., Ibáñez, L. (2017). Reduced Prenatal Weight Gain and/or Augmented Postnatal Weight Gain Precedes Polycystic Ovary Syndrome in Adolescent Girls, *Obesity (Silver Spring)*, 25 (9):1486-1489, <https://doi:10.1002/oby.21935>.
- Drosdzol-Cop, A., Gawlik, A. (2018). Wybrane zagadnienia ginekologii dziecięcej i dziewczęcej, (w:) B. Pyrzak, M. Walczak (red.), *Endokrynologia Wieków Rozwojowego*, 595-630, Warszawa: PZWL.
- Duane, M., Motley, R., White, A. (2015). Fertility Awareness based methods. A medical update, *FACTS, Natural Womenhood*, <https://www.factsaboutfertility.org/wp-content/uploads/2015/05/Medical-Update-about-FABMs-April-2015-1.pdf>.
- Fijałkowski, W. (2011). *Ekologia rodziny*, Rubikon: Kraków.
- Frelich, J., Irzyniec, T., Lepska, K., Jeż, W. (2019). New insights into clinical features, karyotypes, and age at diagnosis in women with Turner syndrome, *Endokrynologia Polska*, 70 (4): 342-349, <https://doi.org/10.5603/EP.a2019.0016>.
- Gałczyński, K., Józwick, M., Lewkowicz, D., Semczuk-Sikora, A., Semczuk, A. (2019). Ovarian endometrioma – a possible finding in adolescent girls and young women: a mini-review *Journal of Ovarian Research*, 12, 104, <https://doi.org/10.1186/s13048-019-0582-5>.
- Hilgers, T. (2004). *The Medical & Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha, Nebraska, USA.
- Hilgers, T. (2010). *The NaProTECHNOLOGY Revolution. Unleashing the Power in a Women Cycle*, Pope Paul VI Institute, Omaha, Nebraska, USA.
- Instytut Naturalnego Planowania Rodziny wg metody Prof. Josefa Rötzera (INER). Projekt: „Aktywne mamy – świadome swojej płodności nastolatki”, <https://iner.pl/aktywne-mamy-swiadome-swojej-plodnosci-nastolatki/>.
- Iwanowicz, E. (2009). „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, *Medycyna Pracy*, 60 (5), 427–437.

- Karski, J.B. (2003). *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu: Warszawa.
- Kosycarz, E., Walendowicz, K. (2018). Świadomość zdrowotna jako kluczowy determinant stanu zdrowia społeczeństwa, *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, Oficyna Wydawnicza SGH, Zeszyt Naukowy 165, 79-94.
- Ostrowska, A. (1999). Styl życia a zdrowie. *Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN: Warszawa.
- Manhart, M.D., Duane, M., Linda, A., Sinai, I., Golden-Tevald, J. (2013). Fertility awareness-based methods of family planning: A review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT, *Osteopathic Family Physician*, 5 (1), 2-8.
- Ohme-Petres, S., FEDRA workgroup (2019). Natural Family Planning Teachers Training Course, Manual, Theoretical Basis for all NFP Method, European Institute for Family Life Education ISBN 978-3-948326-00-5.
- Rötzer, J. (1978). The symphothermal method: ten years of change, *Linacre Quartely*, 358-374.
- Smoley, B.A.; Robinson, C.M. (2012). Natural family planning, *American Family Physician*, 86 (10), 924-928.
- Stanford, J.B.; Parnell, T.A.; Boyle, P.C. (2008) Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21 (5), 375-384.
- Stanford, J.B., Thurman, P.B., Lemaire, J.C. (1999). Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning, *Obstetrics & Gynecology*, (5 Pt 1):672-678, [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00388-9](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00388-9).
- Szymaniak, M., Ślizień-Kuczapska, E. (2016). Metody rozpoznawania płodności jako istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego, (w:) Ślizień-Kuczapska, E, Wieczorek, W (red.) *Życie i Płodność - Rocznik, Profilaktyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego wczesne niepowodzenia prokreacji - etiologia, prewencja i postępowanie w ujęciu interdyscyplinarnym*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Przymierza Rodzin, 11-28
- Tham, E., Schliep, K., Stanford, J. (2012). Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice, *Canadian Family Physician*, 58 (5), e267-e274
- Troszyński, M. (2009). Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym, Poznań, Bonami
- Urrutia, R., Polis, C., Jensen, E., Greene, M., Kennedy, E., Stanford, J. (2018) Effectiveness of Fertility Awareness-Based Methods for Pregnancy Prevention: A Systematic Review, *Obstetrics & Gynecology*, 132 (3), 591-604, <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002784>.

- Vigil, P. (2016). Ovulation a sign of health, physiology and physiopathology of menstrual cycle. RHRI Reproductive Health Research Institute, Santiago, Chile.
- Vigil, P., Blackwell, L.F., Cortés, M.E. (2012). The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health, a Review, *Linacre Quarterly*, 79 (4), 426–450.
- Vigil, P., Ceric, F., Cortes, M.E., Klaus, H. (2006). Usefulness of monitoring fertility from menarche. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19, 172-179.
- Vigil, P., Río, J.P., Molina, N., Gutiérrezn P., Lyon, K., Bernalm Y., Serrano, F.G. (2019). Ovulation A Sign Of Health™: Understanding Reproductive Health In A New Way, RHRI, <https://femmhealth.org/wp-content/uploads/2019/01/White-Paper-Ovulation-a-sign-of-Health-25.01.19-1.pdf>.
- Vilšinskaitė, D.S., Vaidokaitė, G., Mačys, Ž., Bumbulienė, Ž. (2019) The risk factors of dysmenorrhoea in young women [Czynniki ryzyka bolesnego miesiączkowania u dziewcząt], *Wiadomości Lekarskie*, 72 (6), 1170-1174.
- Wendrychowicz, A. (2018). Zaburzenia dojrzewania płciowego (w): B. Pyrżak, M. Walczak (red.), *Endokrynologia Wieków Rozwojowych*, 535-593, Warszawa: PZWL.
- Wojnarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Lek. med. Ewa Ślizień-Kuczapska, <https://orcid.org/0000-0002-2227-3849>
Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska, <https://orcid.org/0000-0002-2147-9503>
Centrum Medycyny Spersonalizowanej CODE, Łódź

Dr hab. n. med. prof. CMKP Michał Rabijewski, <https://orcid.org/0000-0002-2049-7427>
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Wybrane zagadnienia zaburzeń kształtowania się zdrowia prokreacyjnego u dziewcząt. Czy warto włączyć obserwację cyklu do praktyki lekarskiej?

Część II. Wykorzystanie potencjału obserwacji cyklu miesięczkowego od
menarche do okresu przedkoncepcyjnego
w codziennej praktyce ginekologa i endokrynologa.

Selected issues of reproductive health formation disorders in girls. Is it worth to include cycle observation in medical practice?

Part II. Using the potential of menstrual cycle observation from *menarche*
to the preconceptive period in daily practice of gynecologist and
endocrinologist

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.318>

Abstrakt: Podstawą troski o zdrowie (ang. health literacy) jest – obok zdrowego stylu życia i szeroko pojętej profilaktyki – obserwacja sygnałów płynących z własnego ciała. Wiele chorób i stanów zaburzonej homeostazy organizmu powoduje nieprawidłowości w przebiegu cyklu miesięczkowego, a u dziewcząt zaburza przebieg dojrzewania. W samoobserwacji cyklu miesięczkowego szczególnie przydatne są metody rozpoznawania płodności (MRP) w oparciu o śledzenie wybranych biomarkerów, które powinny stać się narzędziem w codziennej pracy lekarza, jak również elementem profilaktyki zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. W pracy omówiono podstawy fizjologii dojrzewania płciowego u dziewcząt oraz kształtowania się cykli miesięczkowych w pierwszych latach po *menarche*, z uwzględnieniem odrębności w stosunku do prawidłowych cykli u kobiet dorosłych oraz indywidualnej zmienności osobniczej dojrzewania osi podwzgórze – przysadka – jajnik u dziewcząt. Przedstawiono także przykładowe karty obserwacji cyklu nastolatek. Opracowane wstępne rekomendacje co do prawidłowości przebiegu cyklu miesięczkowego w oparciu o MRP dają szansę na współpracę lekarza z pacjentką i wykwalifikowanym instruktorem wybranej metody.

Słowa kluczowe: zdrowie prokreacyjne, dojrzewanie płciowe, cykl miesięczkowy, metody rozpoznawania płodności

Abstract: The basis for health literacy is – next to a healthy lifestyle and broadly defined prevention – observation signals flowing from one's own body. Many diseases and conditions of disturbed homeostasis of the body cause irregularities of menstrual cycle and disorders of puberty in girls. Fertility awareness methods (FAM), based on tracking selected biomarkers, are particularly useful for self-observation of the menstrual cycle and should become a tool in the daily work of physician, as well as an element of prevention of reproductive health disorders. The paper discusses the basics of the physiology of puberty in girls and the development of menstrual cycles in first years after *menarche*, taking into account the differences from normal cycles in adult women and individual variability of maturation of the hypothalamus – pituitary – ovary axis in girls. Examples of cycle charting (observation cards) of adolescent girls are also presented. Preliminary recommendations regarding the correctness of the course of the menstrual cycle based on FAM give an opportunity for the physician to cooperate with the patient and the qualified practitioner of the selected method.

Keywords: procreative health, puberty, menstrual cycle, fertility awareness methods

Wprowadzenie

Stosowanie metod rozpoznawania płodności (MRP) kojarzone jest najczęściej z naturalnym planowaniem rodziny (NPR), czyli umiejętnością wyznaczania okresów – faz płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety, celem planowania lub odkładania poczęcia dziecka przez małżonków. W tym celu powstało i nadal rozwijanych jest wiele nowych metod obserwacji cyklu, wzbogaconych o zastosowanie nowych technologii. Pionierem w wykorzystaniu ich potencjału w kierunku diagnostyki i terapii zaburzeń zdrowia prokreacyjnego stał się dr Thomas Hilgers z zespołem współpracowników z Instytutu Pawła VI, Omaha, Nebraska. Hilgers opracował medycznie zmodyfikowany, precyzyjny system obserwacji i zapisu biomarkerów płodności The Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS) który razem z wnikliwym i szerokospektralnym postępowaniem lekarskim określono mianem NaProTECHNOLOGY® (ang. Natural Procreative Technology) (Hilgers, 2004). Stanowi on część nowej, prężnie rozwijającej się dziedziny naprawczej medycyny prokreacyjnej (ang. Restorative Reproductive Medicine)¹. Obecnie nie ulega wątpliwości, że obserwacja cyklu miesięczkowego może być wykorzystywana nie tylko do rozpoznawania okresów fizjologicznej płodności i niepłodności kobiety, czy diagnostyki i monitorowania przyczynowego leczenia niepłodności, ale także do wczesnego wykrywania zaburzeń ogólnego stanu zdrowia, które mogą manifestować się zakłóceniami w przebiegu cyklu. W tym ostatnim aspekcie obserwacja cyklu może być przydatna także u kobiet i dziewcząt, które w ogóle nie podejmują aktywności seksualnej. Z tego względu wydaje się celowa edukacja dziewczynek w zakresie identyfikacji biomarkerów płodności i prowadzenia kart obserwacji, z uwzględnieniem fizjologicznych odrębności tego okresu życia. Zagadnienia te zostały omówione w części I niniejszego opracowania.

¹ <https://iirm.org/about/>

1. Znaczenie obserwacji cyklu w diagnostyce zaburzeń hormonalnych u dziewcząt

Nieprawidłowości przebiegu cyklu miesięczkowego mogą być związane nie tylko z zaburzeniami czynności jajników, ale także z wystąpieniem szeregu chorób ogólnoustrojowych i innych stanów (jak np. niedożywienie, skrajne przemęczenie, silny stres). Również zaburzenia czynności innych gruczołów dokrewnych – przysadki, tarczycy, nadnerczy – dość często są przyczyną nieprawidłowości cyklu miesięczkowego czy nawet braku miesiączki. Obserwację cyklu u dziewcząt należy interpretować w odniesieniu do wieku ginekologicznego dziewczynki, czyli okresu czasu, jaki upłynął od *menarche*. Aktualnie proponowane kryteria rozpoznania zaburzeń miesięczkowania u nastolatek przedstawiono w Tabeli nr 1 (Pena i in., 2020).

Tabela nr 1. Kryteria rozpoznania zaburzeń miesięczkowania u nastolatek (wg Pena i in., 2020)

Wiek ginekologiczny	Definicja cykli nieregularnych
<1 roku po <i>menarche</i>	Nieregularne cykle są normalnym objawem w okresie dojrzewania
1-3 lata po <i>menarche</i>	Długość cyklu <21 dni lub >45 dni
>3 lat po <i>menarche</i>	Długość cyklu <21 dni lub >45 dni lub <8 cykli w roku
>1 roku po <i>menarche</i>	Każdy pojedynczy cykl >90 dni
	Pierwotny brak miesiączki w wieku 15 lat lub >3 lat od początku rozwoju piersi (łac. <i>thelarche</i>)

Pierwotny brak miesiączki (łac. *amenorrhoea primaria*) definiuje się jako brak występowania miesiączki co może wystąpić w przypadku dysgenezy gonad, w tym zespołu Turnera, zespołu całkowitej niewrażliwości na androgeny, a także w niektórych przypadkach zespołu policystycznych jajników (ang. polycystic ovary syndrome, PCOS), rozpoczynającego się już w okresie dojrzewania (zagadnienie to omówione będzie w dalszej części opracowania). Brak spontanicznego dojrzewania, a tym samym brak samoistnych krwawień miesięczkowych jest jedną ze składowych wielohormonalnej niedoczynności przysadki, występuje również w przypadku izolowanego niedoboru gonadotropin (np. w zespole Kallmanna), jakkolwiek ta ostatnia sytuacja jest stosunkowo rzadka. W przypadku chorób wrodzonych powinny one być rozpoznane już w okresie przedpokwitaniowym na podstawie innych typowych objawów, np. związanych z deficytem hormonów przysadki, jednak u chorych z wtórną niedoczynnością przysadki (np. pourazową czy w przebiegu rozrostu guza okolicy podwzgórzowo-przysadkowej) jednym z pierwszych objawów może być zahamowanie dotychczas prawidłowo przebiegającego wzrastania i dojrzewania (zależy to od wieku i stadium dojrzewania w momencie wystąpienia zaburzeń). Kolejną przyczyną opóźnienia dojrzewania i niekiedy pierwotnego braku miesiączki mogą być niedobory

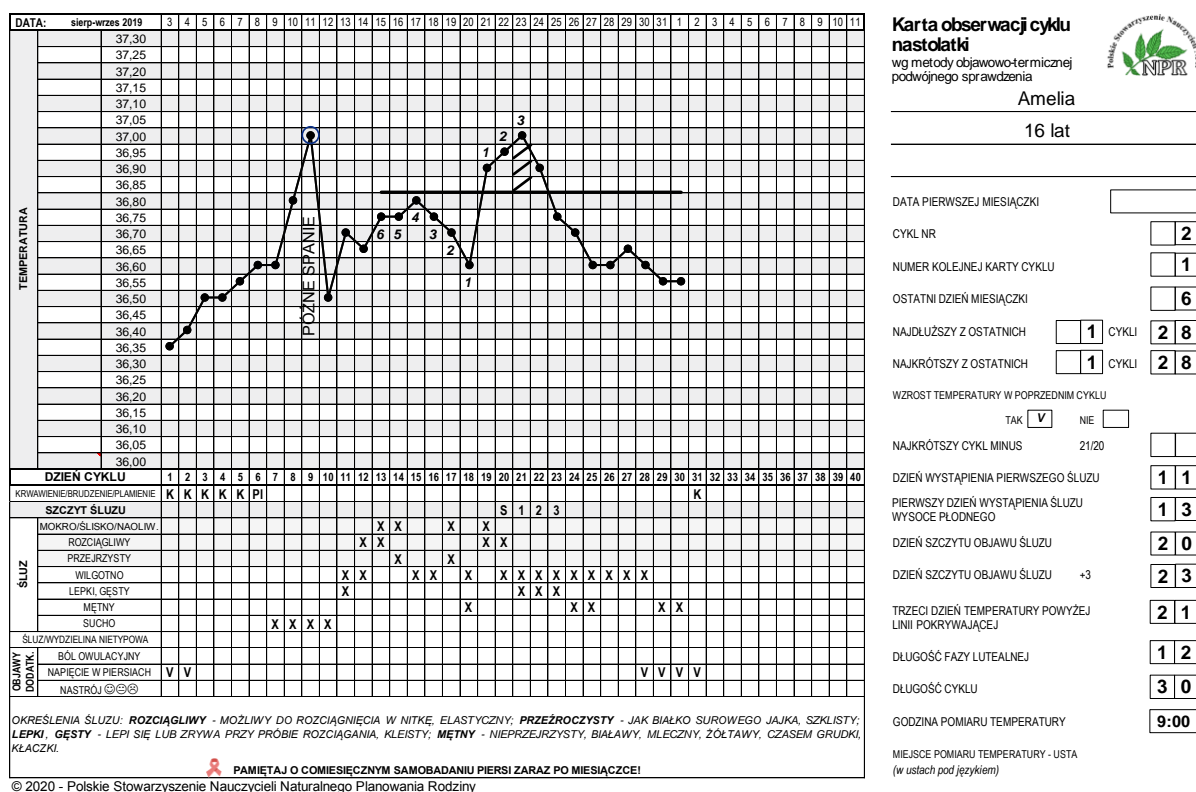
energetyczne związane z niedożywieniem, zaburzeniami wchłaniania lub nadmiernym wydatkowaniem energii np. w przypadku intensywnych treningów sportowych. Wnikliwy wywiad pozwala na odpowiednie ukierunkowanie dalszej diagnostyki. Porównanie przebiegu dojrzewania rodziców (zwłaszcza matki) i córki pomaga w zidentyfikowaniu stosunkowo rzadkich u dziewcząt przypadków konstytucjonalnego opóźnienia wzrastania i rozwoju (KOWR). W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić obecność wad rozwojowych macicy i pochwy oraz zespołów niedrożności narządu rodno takich jak: zespół Mayera - Rokitansky'ego - Küstnera - Hausera, zarosnięta błona dziewicza, przegroda poprzeczna pochwy, atrezja szyjki macicy (Drosdzol-Cop i Gawlik, 2018).

Wtórny brak miesiączki (łac. *amenorrhoea secundaria*), definiowany jako brak krwawienia miesięczkowego w okresie 6 miesięcy u pacjentki, która wcześniej miesiączkowała prawidłowo, może wystąpić w przypadku PCOS, hiperprolaktynemii, niewyrównanej niedoczynności tarczycy, źle kontrolowanej cukrzycy, a także u dziewcząt z niedożywieniem np. w przebiegu jadłowstrętu psychicznego (łac. *anorexia nervosa*) czy wskutek nadmiernej aktywności fizycznej. Biorąc pod uwagę wczesny wiek podejmowania aktywności seksualnej przez dziewczęta i możliwość przemocy w tym zakresie, należy zawsze wykluczyć ciążę.

Cykle wydłużone, czyli rzadkie miesiączki (łac. *oligomenorrhoea*) mogą wystąpić w tych samych sytuacjach co wtórny brak miesiączki (oczywiście za wyjątkiem ciąży), niekiedy poprzedzając całkowite zatrzymanie miesiączki. Należy pamiętać, że prawidłowa długość cyklu jest definiowana inaczej u nastolatek (21-45 dni) niż u kobiet dorosłych. Obserwacja cyklu może pomóc w ustaleniu, czy cykle są owulacyjne, a jeśli tak to jaka jest długość poszczególnych faz cyklu. Jest także przydatna w monitorowaniu leczenia, gdyż powrót prawidłowych cykli jest jednym z markerów wyrównania stanu tyreometabolicznego w niedoczynności tarczycy, normalizacji wydzielania prolaktyny u pacjentek z hiperprolaktynemią, czy też skuteczności terapii zaburzeń metabolicznych w PCOS.

Aktualne badania polskie przeprowadzone w populacji aglomeracji śląskiej (Pałasz i in., 2018) pokazały, że niedobór masy ciała obserwuje się u 5,4% dziewcząt 14-letnich i u 6,2% dziewcząt 18-letnich. Swoją wiedzę o dietach i sposobach redukcji masy ciała nastolatki czerpią z Internetu (40,4%), czasopism dla dziewcząt (35,2%) i od koleżanek (26,6%). Pomimo, że aż 89,2% dziewcząt deklarowało, że mają dobre relacje z rodzicami, nie stanowili oni jak widać źródła i pomocy w uzyskaniu informacji na temat zdrowego żywienia i radzenia sobie z nieprawidłową masą ciała. Jakkolwiek obserwacje te nie dotyczą wprost sposobów zdobywania wiedzy na temat płodności, to jednak rzucają one pewne światło na relacje międzypokoleniowe i większe zaufanie nastolatek do informacji uzyskanych z mediów czy od rówieśników niż do rad i pomocy ze strony rodziców.

Niedobór masy ciała, czy to związany z niedożywieniem w wyniku stosowania różnych diet, czy też z zaburzeniami wchłaniania i innymi chorobami przewodu pokarmowego lub ciężkimi chorobami ogólnoustrojowymi, czy wreszcie z nadmiernym wysiłkiem fizycznym (bądź z połączeniem niedoborowej diety i nadmiernej aktywności fizycznej), może manifestować się opóźnieniem lub zahamowaniem progresji dojrzewania i pierwotnym brakiem miesiączki, a u dziewcząt już miesiączkujących – wydłużeniem cykli i powrotem cykli bezowulacyjnych bądź wtórnym brakiem miesiączki. W badaniu Czajkowskiej i in. (2019) stwierdzono, że u gimnastyczek w porównaniu z grupą kontrolną zdrowych dziewcząt częściej obserwuje się nie tylko wydłużone cykle miesięczkowe, ale także obfite krwawienia i bardziej nasilone dolegliwości bólowe. Wszystkie te zaburzenia mogą być łatwo wychwycone podczas samoobserwacji cyklu. Przykładowe karty obserwacji dziewcząt uprawiających sport i odchudzających się przedstawiają Ryciny nr 1-2.

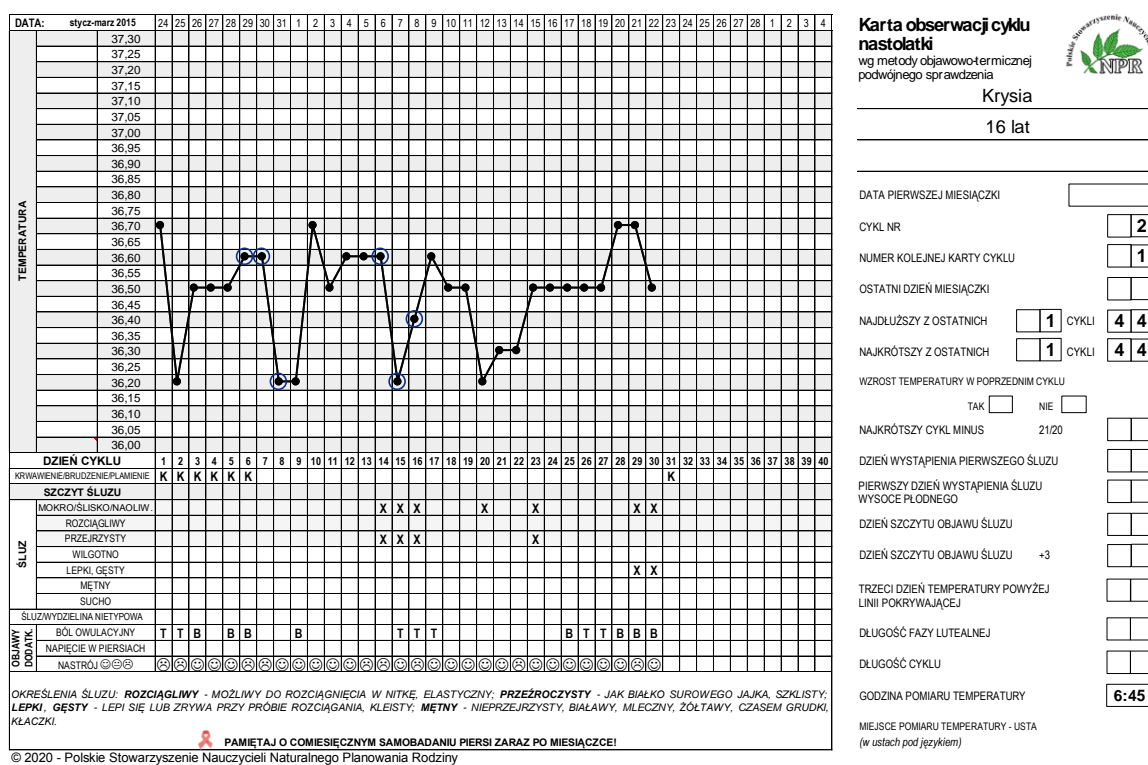


Rycina nr 1. Karta obserwacji dziewczynki intensywnie uprawiającej sport

Dziewczynka w wieku 16 lat, zdrowa, 3 lata po *menarche*. Uprawia pływanie, trening dzienny to 1,5 godziny w wodzie, dodatkowo 0,5 godziny ćwiczenia „na sucho”. Widoczna dłuższa faza folikularna (18 dni) oraz nieadekwatna faza wydzielnicza. Prawdopodobne zaburzenia jajczkowania po części typowe dla okresu dojrzewania, ale mogące też występować w związku z dużym obciążeniem fizycznym.

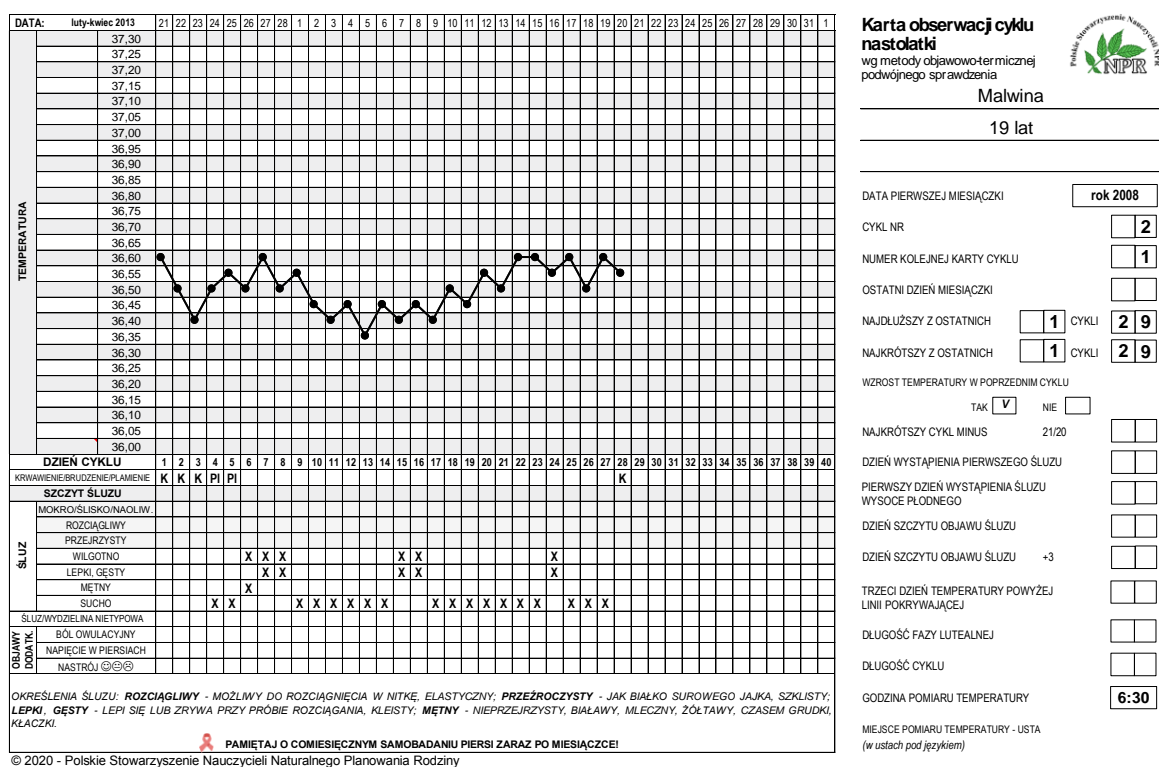
Na rycinach nr 2 a i b przedstawiono karty obserwacji dziewcząt w toku prowadzenia diety odchudzającej.

Rycina 2a przedstawia cykl dziewczynki w wieku 17 lat, która podjęła dietę owocowo-warzywną ze względu na chęć poprawienia sylwetki ciała, schudła ok. 5 kg w ciągu 2 miesięcy i przy wzroście 160 cm ważyła 45 kg. Po lekcji biologii rozpoczęła obserwację cyklu pod okiem nauczyciela MRP nieco zaniepokojona faktem możliwości wystąpienia zaburzeń miesiączkowania, o których dowiedziała się podczas lekcji. Cykl I-fazowy z ograniczonym wydzielaniem śluzu i wzmożonym napięciem i bólem w podbrzuszu przez prawie cały okres od jednej do drugiej miesiączki.



Rycina nr 2a. Cykl dziewczynki, która podjęła dietę owocowo-warzywną

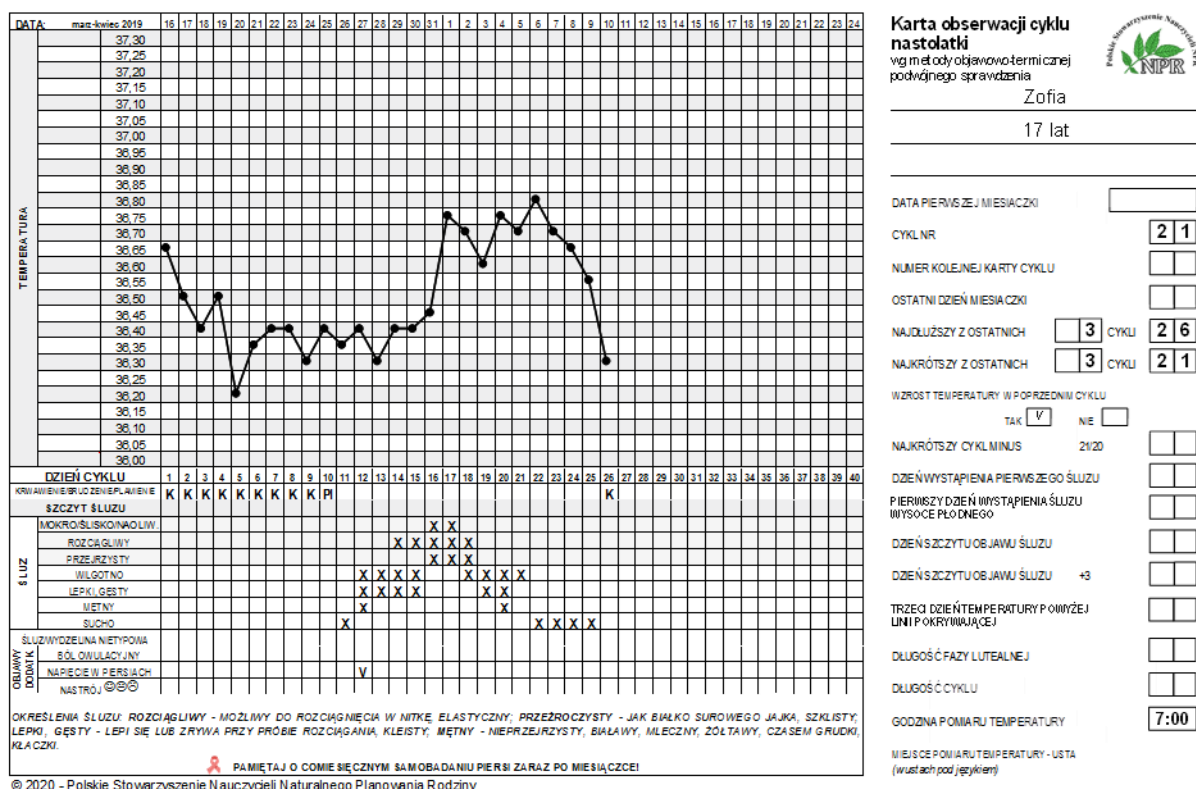
Na rycinie 2b przedstawiono dane Malwiny lat 19, która podjęła dietę w związku z planowanym ślubem. Szybko zorientowała się, że drastyczne wykluczenie z diety produktów wartościowych wpływa na jej cykl. Cykl I-fazowy z ograniczonym wydzielaniem śluzu.



Rycina nr 2b. Cykl kobiety, która podjęła dietę w związku z planowanym ślubem

Krwawienia młodocianych definiowane są jako obfite krwawienia (utrata ponad 80 ml krwi) ze skrzepami, trwające powyżej 10 dni. Są to najczęściej zaburzenia czynnościowe, związane z obecnością cykli bezowulacyjnych lub niedomogą lutealną. Mogą one także poprzedzać wystąpienie *oligomenorrhoea* i wtórnego braku miesiączki u dziewcząt z POCS (Urbańska i in., 2019). Obfite miesiączki obserwuje się także w niektórych przypadkach niedoczynności tarczycy, a u chorych z zaburzeniami krzepnięcia krwi, np. z chorobą von Willebranda czy stosujących leki przeciwkrzepliwe. W przypadku obfitych krwawień obowiązuje konsultacja ginekologiczna w celu wykluczenia urazu, obecności ciała obcego w pochwie, a także nowotworów narządu rodno (Droszol-Cop i Gawlik, 2018). Karta obserwacji ilustrująca przedłużone miesiączkowanie przedstawiona jest na Rycinie 3.

Karta obserwacji nastolatki ilustrująca przedłużone krwawienie miesiączkowe. Karta Zosi wskazuje na wydłużone krwawienie zakończone plamieniem do 10 dni oraz skrócenie II fazy cyklu do 9 dni. Może to być wyrazem niedomogi lutealnej typowej dla okresu dojrzewania.



Rycina nr 3. Cykl dziewczyny z przedłużonym krwawieniem miesięczkowym

W terapii zaburzeń czynnościowych stosuje się estrogeny i progestageny w różnych schematach, przy czym preferowane są estrogeny naturalne i mikronizowany progesteron jako wykazujące najbardziej fizjologiczne działanie i w mniejszym stopniu wpływające na zablokowanie czynności osi podwzgórze – przysadka – jajnik. Należy jednocześnie mieć na uwadze ryzyko niedokrwistości i konieczność wdrożenia odpowiedniego postępowania w tym zakresie. Postępowanie zabiegowe może być rozważane jedynie w wyjątkowych sytuacjach (zagrożenie życia z powodu masywnej utraty krwi), jednak ze świadomością wszystkich jego negatywnych konsekwencji dla zdrowia prokreacyjnego młodej dziewczyny.

Objawy hiperandrogenizacji towarzyszące zaburzeniom cyklu miesięczkowego są najczęściej obserwowane u pacjentek z PCOS, tym niemniej przed postawieniem tego rozpoznania należy wykluczyć inne przyczyny androgenizacji. Różne towarzystwa naukowe na przestrzeni lat wypracowały odmienne kryteria diagnostyczne PCOS. Zgodnie z tzw. kryteriami rotterdamскими z 2003 r. (Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS Consensus Workshop Group, 2004) podstawę rozpoznania PCOS u kobiet dorosłych stanowi spełnienie co najmniej dwóch z trzech następujących kryteriów:

1/ brak owulacji lub oligoowulacja, przekładające się na wtórny, a niekiedy nawet pierwotny brak miesiączki;

2/ hiperandrogenizm,

3/ policystyczna struktura jajników uwidocznioma w badaniu USG. Ponadto konieczne jest wykluczenie innych endokrynopatii, np. późno ujawniającego się wrodzonego przerostu nadnerczy czy guzów wydzielających androgeny.

Należy także mieć na uwadze, że drobnopęcherzykowa struktura jajników obserwowana jest u zdrowych dziewcząt do około 18 roku życia, a w pierwszych latach po *menarche* cykle miesiączkowe nie muszą być regularne. Przyjmuje się zatem, że u nastolatek warunkiem rozpoznania PCOS jest potwierdzenie hiperandrogenizmu jajnikowego. Niedawno opublikowane zostało obszerne opracowanie dotyczące diagnostyki PCOS u nastolatek (Khashchenko i in., 2020). Autorzy pracy wskazują na stosunkowo dużą częstość występowania PCOS w tej grupie wiekowej, tj. 2,2-7,5% w całej populacji, a aż 68% wśród dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania i hirsutyzmem. Początkowe objawy PCOS – nieregularne i często bezowulacyjne cykle, trądzik czy dyskretny hirsutyzm – są do pewnego stopnia zbliżone do zmian obserwowanych w okresie prawidłowo przebiegającego dojrzewania. Dopiero progresja nasilenia bądź utrzymywanie się tych objawów w dłuższym okresie czasu zaczyna budzić niepokój.

Obok polimorficznego obrazu klinicznego, problemów z interpretacją obrazu jajników w badaniu USG, autorzy podkreślają brak jednoznacznie ustalonych poziomów odcięcia dla poziomów testosteronu całkowitego i wolnego, indeksu wolnych androgenów oraz stężenia AMH u dziewczynek. Istotna jest także ocena profilu metabolicznego pacjentek. W rekomendacjach Międzynarodowego Konsorcjum Endokrynologii Dziecięcej (Ibáñez i in., 2017) autorzy jednoznacznie podkreślają, że kryteria rozpoznania PCOS u nastolatek powinny obejmować hirsutyzm, nasilony trądzik, zaburzenia miesiączkowania po 2 latach od *menarche* oraz podwyższone poziomy androgenów, natomiast nie należy stawiać tej diagnozy na podstawie policystycznej morfologii jajników w badaniu USG u dziewcząt regularnie miesiączkujących i z prawidłowymi poziomami androgenów.

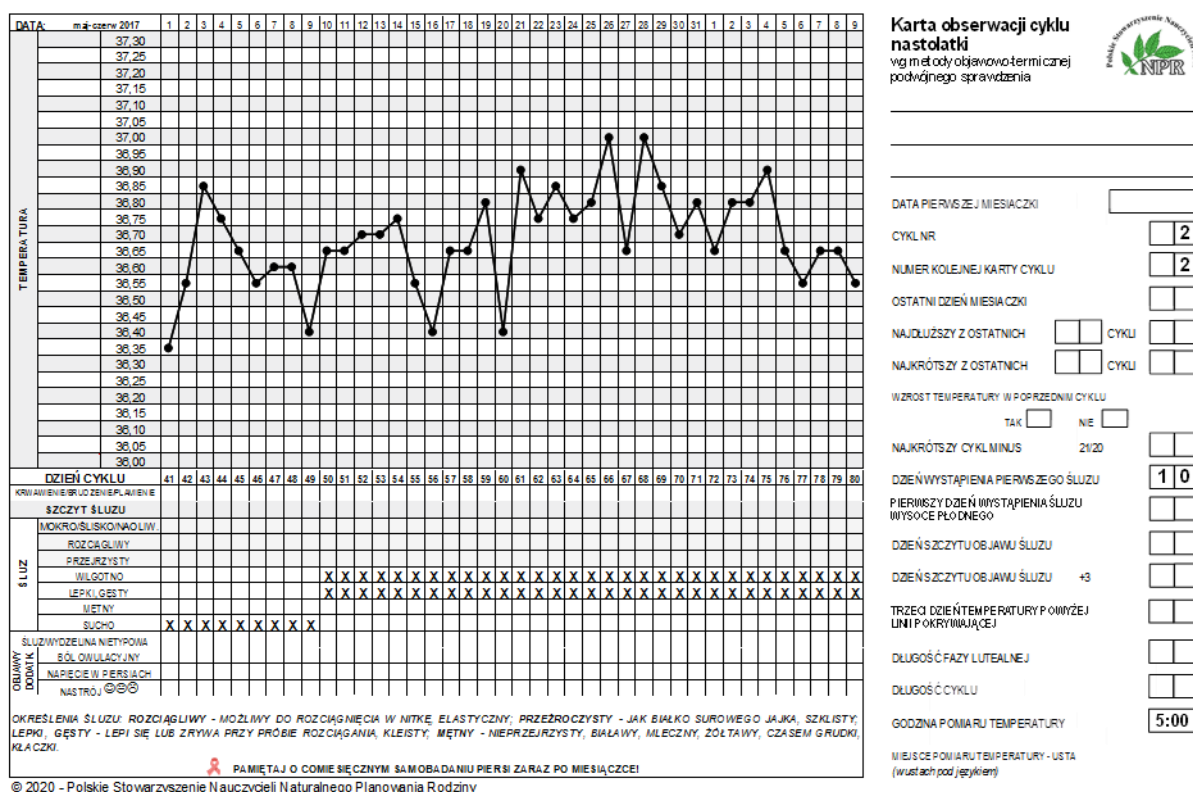
W badaniach polskich (Milczarek i in., 2019) stwierdzono, że u dziewcząt współwystępowanie zaburzeń miesiączkowania i hirsutyzmu wiązało się ze zwiększonym ryzykiem potwierdzonej wynikami badań hormonalnych hiperandrogenemii.

Ostatnio ukazały się również oparte na dowodach wytyczne (ang. evidence-based guideline) dotyczące PCOS u nastolatek, których autorzy (Pena i in., 2020) wskazują na konieczność uwzględnienia różnej interpretacji objawów w zależności od czasu, jaki upłynął od *menarche*. Proponowane w tym opracowaniu następujące kryteria rozpoznania PCOS u dziewcząt przedstawiono w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2 Kryteria rozpoznania PCOS u nastolatek (wg Pena i in., 2020)

Kryterium	Opis
Zaburzenia miesiączkowania	W zależności od wieku ginekologicznego, p. Tabela I
Hiperandrogenizm	Hirsutyzm, nasilony trądzik, hiperandrogenemia potwierdzona wynikami badań laboratoryjnych
Obraz jajników w badaniu USG	Nie rekomendowany jako kryterium diagnostyczne w ciągu pierwszych 8 lat od <i>menarche</i>
AMH	Nie rekomendowane
Wykluczenie innych chorób o podobnym obrazie	Nieklasyczna postać wrodzonego przerostu nadnerczy, hiperkortyzolemia, hiperprolaktynemia, niedoczynność tarczycy, podwzgórzowy brak miesiączki, ciąża, guzy jajników i nadnerczy wydzielające androgeny

Autorzy wytycznych podkreślają jednocześnie, że w przypadku nastolatek z objawami sugerującymi PCOS, które nie spełniają kryteriów rozpoznania tego zespołu należy wdrożyć postępowanie objawowe i systematyczną obserwację, przy czym zaburzenia miesiączkowania są kryterium diagnostycznym 3 lata po *menarche*, a obraz jajników w badaniu USG – dopiero 8 lat po *menarche* (Pena i in., 2020). Przykładowa karta obserwacji pacjentki z PCOS jest przedstawiona na Rycinie 4.



Rycina nr 4. Karta obserwacji pacjentki z PCOS

Karta kobiety lat 20, miesiączkującej 2-3 razy w roku, z cechami androgenizacji klinicznej BMI – otyłość I stopnia. Typowy dla PCO cykl I-fazowy ponad 80 dni, brak śluzu o cechach płodnych, utrzymuje się odczucie wilgotno, śluz lepki.

Otyłość i zaburzenia metaboliczne związane z PCOS, przede wszystkim występowanie insulinooporności, nie są ujęte wśród kryteriów rozpoznania, ale są obecne u większości pacjentek i muszą być uwzględnione w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, ponieważ wiążą się ze zwiększonym ryzykiem cukrzycy, chorób układu sercowo-naczyniowego i niepłodności w późniejszym życiu (Otto-Buczowska i in., 2018). W cytowanym już badaniu populacji śląskiej (Pałasz i wsp., 2018) stwierdzono, że otyłość dotyczy 15% dziewcząt 14-letnich i 17% dziewcząt 17-letnich, przy czym u 2/3 dziewcząt otyłych w 14 roku życia otyłość utrzymuje się również w 18 roku życia. Biorąc pod uwagę, że nadwagę lub otyłość stwierdza się nawet u 80% dziewcząt z PCOS (Drosdzol-Cop i in., 2017), problem otyłości nastolatek nabiera szczególnego znaczenia (to samo dotyczy zresztą kobiet dorosłych). W terapii PCOS pacjentek podstawowe znaczenie ma modyfikacja stylu życia i wyrównanie zaburzeń metabolicznych. W realizacji tych założeń nieodzowna jest pomoc dietetyka, fizjoterapeuty czy trenera osobistego i psychologa. W przypadku leczenia farmakologicznego u młodych dziewcząt z PCOS lekiem pierwszego rzutu jest metformina, stosowana w monoterapii lub w skojarzeniu z lekami o działaniu przeciwandrogenowym (Otto-Buczowska i in., 2018). W badaniach porównujących skuteczność doustnych tabletek antykoncepcyjnych (ang. oral contraceptive pills, OCP) i metforminy w redukcji objawów PCOS wykazano, że miały one podobny wpływ na zmniejszenie hirsutyzmu i poprawę parametrów gospodarki lipidowej, przy czym metformina powodowała większą redukcję otyłości (wyrażoną obniżeniem wskaźnika BMI), a stosowanie OCP wiązało się z większą regularnością cykli i umiarkowanie bardziej widoczną redukcją nasilenia zmian trądzikowych (Ibáñez i in., 2017). Najnowsze badania (Ibáñez i in., 2020) porównujące stosowanie OCP i złożonej terapii (z zastosowaniem spironolaktonu, pioglitazonu i metforminy, SPIOMET) nastawionej przede wszystkim na wyrównanie zaburzeń metabolicznych u nastolatek z PCOS, wskazują na ich podobną skuteczność w zakresie wpływu na tłuszczową i beztłuszczową masę ciała oraz obniżenie poziomów androgenów, jednak z lepszą redukcją tkanki tłuszczowej trzewnej i poziomów insuliny w przypadku SPIOMET. W okresie roku po zakończeniu terapii stwierdzano trzykrotnie większą częstość owulacji u dziewcząt w grupie post-SPIOMET niż w grupie post-OCP, normoowulację obserwowano jedynie u pacjentek z grupy post-SPIOMET, podczas gdy częstość braku owulacji (anowulacji) była aż dziesięciokrotnie wyższa w grupie post-OCP. Warto podkreślić, że te wyniki uzyskano w odniesieniu do dziewcząt nieotyłych. Autorzy cytowanej publikacji podkreślają większe korzyści z terapii SPIOMET dla ogólnego stanu zdrowia, zwiększenia wrażliwości na insulinę oraz większej częstości prawidłowych

owulacji po zakończeniu leczenia w porównaniu ze stosowaniem OCP. W tym kontekście szczególnie ważne wydaje się stwierdzenie autorów:

„Many of these patients are guided into a trajectory that starts with oral contraceptive (OC) treatment, leads into oligo-anovulatory subfertility, then into the use of assisted reproductive techniques, and ultimately into pregnancies with a double-to-triple risk for complications (such as gestational diabetes, preeclampsia, and pre-term birth) potentially with lifelong sequelae in the offspring”² (Ibáñez i in., 2020, s. 2).

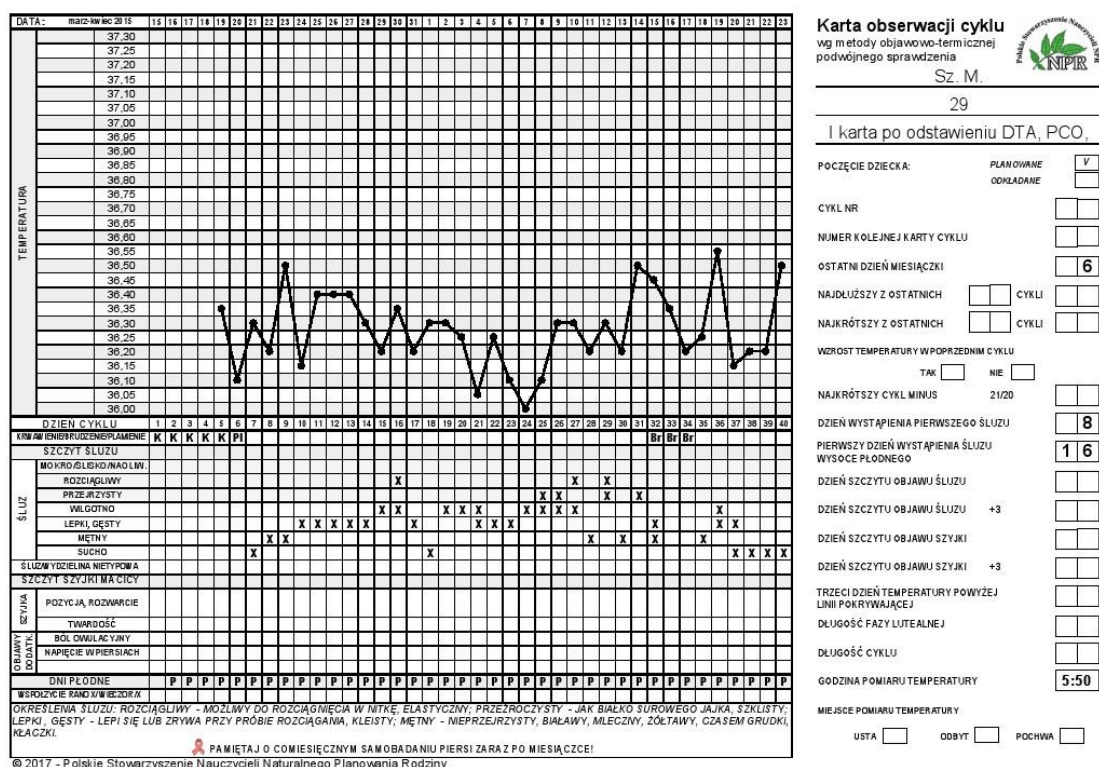
Odbiegając nieco od zasadniczego tematu opracowania należy zwrócić uwagę na stwierdzoną w cytowanym badaniu (Ibáñez i in., 2020) wyższą częstość anowulacji po odstawieniu OCP w kontekście dość częstego wdrażania takiego postępowania w celu „wyregulowania miesiączek” u nastolatek i młodych kobiet. Biorąc pod uwagę mechanizm działania OCP polegający przede wszystkim na zahamowaniu owulacji poprzez zablokowanie cyklicznej czynności przysadki i jajników, regularne krwawienia z odstawienia u pacjentki nie mogą być traktowane jako rzeczywiste regularne cykle miesięczkowe, a pojawienie się prawidłowych cykli owulacyjnych natychmiast po odstawieniu OCP nie wydaje się oczywiste, szczególnie u pacjentek z wcześniejszymi zaburzeniami miesiączkowania. Przebieg cyklu bezpośrednio po odstawieniu OCP ilustruje Rycina 5.

Istnieje potrzeba, aby wnioski tego i podobnych badań znalazły odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach.

Pierwszy cykl po odstawieniu OCP kobiety wieku 29 lat przyjmującej OCP przez ponad 8 lat, obecnie pragnącej zajść w ciążę. Cykl I-fazowy, wydłużony ponad 40 dni, dominuje odczucie wilgotno, śluz lepki, gęsty, okresowo łąty śluzu o cechach płodnych rozciągliwy, przejrzysty ale bez wyżu PTC. Brudzenia śródcykliczne (Ibáñez i in., 2020, s. 2).

Obok jajników, źródłem nadmiaru hormonów o działaniu androgennym u płci żeńskiej może być kora nadnerczy. O ile hormonalnie czynne guzy jajników i nadnerczy są u dziewczynek bardzo rzadkie, to w każdym przypadku objawów hiperandrogenizmu muszą być brane pod uwagę. Zazwyczaj w tych przypadkach objawy androgenizacji są nasilone, wykazują dość gwałtowną progresję i dynamikę nie skorelowaną z fizjologicznym przebiegiem dojrzewania. W diagnostyce wykonuje się badania obrazowe i hormonalne a ostatecznym potwierdzeniem rozpoznania jest badanie histopatologiczne materiału z wyciętego guza.

² Tłumaczenie dosłowne: „Wiele z tych pacjentek jest kierowanych na ścieżkę, która rozpoczyna się od doustnego leczenia antykoncepcyjnego (OC), prowadzi do obniżonej płodności oligo-bezowulacyjnej, następnie do stosowania technik wspomaganego rozrodu, a ostatecznie do ciąży z podwójnym lub potrójnym ryzykiem powikłań (takich jak cukrzyca ciążowa, stan przedrzucawkowy i przedwczesny poród) potencjalnie z następstwami do końca życia u potomstwa” (Ibáñez i in., 2020, s. 2).



Rycina nr 5. Karta obserwacji cyklu miesięczkowego po odstawieniu OCP

Cały proces diagnostyczno-terapeutyczny powinien być prowadzony w ośrodku referencyjnym dysponującym doświadczonym, wielospecjalistycznym zespołem lekarzy. Kolejną przyczyną hiperandrogenizmu u dziewcząt jest wrodzony przerost nadnerczy. Zaburzenie to związane jest z niedoborem jednego z enzymów (najczęściej 21-hydroksylazy) niezbędnych do syntezy glikokortykosteroidów (kortyzolu) oraz - w części przypadków - mineralokortykosteroidów (aldosteronu) w korze nadnerczy. Obniżona sekrecja kortyzolu skutkuje - na zasadzie sprzężenia zwrotnego - zwiększonym wydzielaniem hormonu adrenokortykotropowego (ACTH) przez przysadkę. W warunkach fizjologicznych ACTH pobudza wydzielanie zarówno kortyzolu, jak i androgenów, jednak u chorych z blokiem enzymatycznym syntezy kortyzolu dochodzi w praktyce tylko do zwiększenia wydzielania androgenów, m. in. 17-OH progesteronu, androstendionu i dehydroepiandrosteronu (DHEA, DHEA-S). O ile w klasycznych przypadkach tej choroby nadmiar androgenów nadnerczowych już od okresu płodowego powoduje nieprawidłowy rozwój (wirylicację) zewnętrznych narządów płciowych, a obecny w części przypadków niedobór aldosteronu manifestuje się w okresie noworodkowym w postaci tzw. zespołu utraty soli, o tyle wyzwaniem jest tzw. późno ujawniający się nieklasyczny wrodzony przerost nadnerczy, w którym nadmiar androgenów jest stosunkowo niewielki, a objawy mogą sugerować przedwczesne dojrzewanie lub PCOS. Charakterystyczne jest wcześniejsze

wystąpienie owłosienia łonowego i pachowego w stosunku do rozwoju piersi oraz nasilenie zmian trądzikowych i hirsutyizmu. U pacjentek tych obserwuje się przyspieszenie wzrastania, któremu towarzyszy szybka progresja dojrzałości kośćca (tzw. wieku kostnego), przez co okres wzrastania ulega skróceniu, a ostateczny wzrost może być niski. Dodatkowo sytuacja ta sprzyja wcześniejszemu uruchomieniu czynności osi podwzgórze – przysadka – jajnik, czyli wystąpieniu przedwczesnego lub wczesnego dojrzewania płciowego prawdziwego. W przypadkach nieleczonych zaburzenia hormonalne i związane z nimi objawy androgenizacji pogłębiają się. U dziewcząt obserwuje się zaburzenia miesiączkowania o typie *oligomenorrhoea*, utrzymujące się przez wiele lat cykle bezowulacyjne, wtórny a niekiedy nawet pierwotny brak miesiączki. Wszystkie te nieprawidłowości mogą być szybciej i łatwiej wykryte podczas obserwacji przebiegu dojrzewania, a po wystąpieniu *menarche* – obserwacji cykli miesiączkowych. Leczenie pacjentek ze wszystkimi postaciami wrodzonego przerostu nadnerczy wymaga ścisłej współpracy endokrynologa i ginekologa, a niekiedy także lekarzy innych specjalności. Potrzebne może być również wsparcie psychologiczne.

Stosunkowo częstym problemem zarówno u nastolatek, jak i u dorosłych kobiet jest hirsutyizm idiopatyczny, czyli pojawienie się nadmiernego owłosienia w lokalizacjach typowych dla mężczyzn nie związane z obecnością zaburzeń hormonalnych. W tych przypadkach stężenia hormonów o działaniu androgennym we krwi są na ogół prawidłowe i nie korelują z nasileniem hirsutyizmu, a prawdopodobną przyczyną hirsutyizmu jest nadmierna lokalna synteza androgenów w skórze bądź zwiększona wrażliwość receptorów androgenów. Te same czynniki mogą powodować większe nasilenie zmian trądzikowych. Jeśli sytuacja taka dotyczy nastolatki z nieregularnymi i jeszcze bezowulacyjnymi cyklami oraz typową drobnopęcherzykową strukturą jajników – nietrudno rozpoznać błędnie PCOS. Same pacjentki korzystając z informacji internetowych niekiedy zgłaszają się do lekarza z prośbą o wystawienie recepty (najczęściej na OCP), ponieważ diagnozę już sobie ustaliły, a nawet potwierdziły wynikami USG i badań hormonalnych. Należy pamiętać, że u dziewcząt otyłych stężenia DHEA i DHEA-S mogą być podwyższone, a oznaczenia u pacjentek miesiączkujących oznaczenia 17-OHP powinny być wykonane w fazie folikularnej cyklu, kiedy stężenie progesteronu jest niskie (wysoki poziom progesteronu może „zawyżać” wynik 17-OH progesteronu). Wszystkie okoliczności należy uwzględnić przed podjęciem decyzji dotyczących stosowania u tych dziewcząt preparatów hormonalnych.

Podsumowanie

Z przedstawionych informacji wynika, że szereg chorób, a w szczególności zaburzeń hormonalnych, może się manifestować – między innymi – nieprawidłowym przebiegiem

i sekwencją czasową kolejnych etapów dojrzewania płciowego, występowaniem nieregularnych, nadmiernie obfitych lub skąpych krwawień miesięcznych bądź pierwotnym lub wtórnym brakiem miesiączki, niekiedy z towarzyszeniem innych objawów, które mogą być stosunkowo wcześniej wykryte podczas samoobserwacji.

„W przypadku nieprawidłowych krwawień macicznych w okresie adolescencji zalecany jest zatem długotrwały follow-up, zapewniający stałą kontrolę objawów i zapobiegający odległym powikłaniom ingerującym w funkcje reprodukcyjne młodej kobiety (przetrwałe zaburzenia cyklu miesięczkowego, dysfunkcje hormonalne, zaburzenia płodności” (Drosdzol-Cop i Gawlik, 2018).

Powyższy cytat pochodzi z podręcznika „*Endokrynologia Wieku Rozwojowego*” (PZWL Warszawa, 2018) przeznaczonego dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, pediatrów oraz lekarzy innych specjalności zajmujących się dziećmi. Zdanie to, stanowiące podsumowanie rozdziału dotyczącego nieprawidłowych krwawień młodocianych, można z pewnością odnieść także do wszystkich innych sytuacji, w których obserwacja cykli miesięczkowych, poczynając od *menarche*, stanowi istotny element szeroko pojętej troski o zdrowie prokreacyjne i płodność.

Zachęcenie rodziców do obserwacji przebiegu dojrzewania ich dzieci, a następnie nauczenie dziewczynek samoobserwacji cyklu nie zwalnia lekarza od obowiązku wnikliwego zebrania wywiadu, przeprowadzenia badania przedmiotowego i w razie potrzeby wdrożenia odpowiedniego algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego, co może ułatwić i przyspieszyć rozpoznanie choroby i jej leczenie. Istnieje również potrzeba współpracy lekarzy ginekologów i endokrynologów z instruktorami MRP przygotowanymi do prowadzenia edukacji dziewcząt oraz udzielania ich mamom porad w zakresie wprowadzania córek w tajemnice ludzkiej płodności i zdrowia prokreacyjnego.

Bibliografia:

- Czajkowska, M., Plinta, R., Rutkowska, M., Brzęk, A., Skrzypulec-Plinta, V., Drosdzol-Cop, A. (2019). Menstrual Cycle Disorders in Professional Female Rhythmic Gymnasts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (8),1470, <https://doi.org/10.3390/ijerph16081470>.
- Drosdzol-Cop, A., Gawlik, A. (2018). Wybrane zagadnienia ginekologii dziecięcej i dziewczęcej, (w:) B. Pyrżak, M. Walczak (red.), *Endokrynologia Wieku Rozwojowego*, 595-630, Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Drosdzol-Cop, A., Tymińska-Bandoła, A., Bil, A., Stojko, R., Skrzypulec-Plinta, V. (2017). Zespół policystycznych jajników u nastolatek – diagnostyka i leczenie, *Ginekologia po Dyplomie*, 03, <https://podyplomie.pl/ginekologia/26793,zespol-policystycznych-jajnikow-u-nastolatek-diagnostyka-i-leczenie>.

- Hilgers, T. (2004). *The Medical & Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha, Nebraska, USA.
- Ibáñez, L., Díaz, M., García-Beltrán, C., Malpique, R., Garde, E., López-Bermejo, A., de Zegher, F. (2020). Toward a Treatment Normalizing Ovulation Rate in Adolescent Girls With Polycystic Ovary Syndrome, *Journal of the Endocrine Society*, 4 (5),bvaa032. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa032>.
- Ibáñez, L., Oberfield, S.E., Witchel, S., Auchus, R.J., Chang, R.J., Codner, E., Dabadghao, P., Darendeliler, F., Elbarbary, N.S., Gambineri, A., Garcia Rudaz, C., Hoeger, K.M., López-Bermejo, A., Ong, K., Peña, A.S., Reinehr, T., Santoro, N., Tena-Sempere, M., Tao, R., Yildiz, B.O., Alkhayyat, H., Deeb, A., Joel, D., Horikawa, R., de Zegher, F., Lee, P. (2017). An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence, *Hormone Research in Paediatrics*, 88 (6), 371-395. <https://doi.org/10.1159/000479371>.
- Khashchenko E, Uvarova E, Vysokikh M, Ivanets, T., Krechetova, L., Tarasova, N., Sukhanova, I., Mamedova, F., Borovikov, P., Balashov, I.; Sukhikh, G. (2020). The Relevant Hormonal Levels and Diagnostic Features of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents, *Journal of Clinical Medicine*, 9 (6), E1831. <https://doi.org/10.3390/jcm9061831>].
- Milczarek, M., Kucharska, A., and Borowiec, A. (2019). Difficulties in diagnostics of polycystic ovary syndrome in adolescents – a preliminary study. *Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism*, 25 (3), 122-126. <https://doi.org/10.5114/pedm.2019.87177>.
- Otto-Buczowska, E., Grzyb, K., Jainta, N. (2018). Polycystic ovary syndrome (PCOS) and the accompanying disorders of glucose homeostasis among girls at the time of puberty, *Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism*, 24 (1), 38-42. <https://doi.org/10.18544/PEDM-24.01.0101>.
- Pałasz, W., Ziora-Jakutowicz, K., Oświęcimska, J., Gorczyca, P., Ziora, K. (2018). Trends of underweight and obesity prevalence among adolescent girls in the selected population of the Silesian Agglomeration. *Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism*, 24 (1), 20-33, <https://doi.org/10.18544/PEDM-24.01.0099>.
- Peña, A.S., Witchel, S.F., Hoeger K.M., Oberfield, S.E., Vogiatzi, M.G., Misso, M., Garad, R., Dabadaghao, P., Teede, H.(2020). Adolescent polycystic ovary syndrome according to the international evidence-based guideline. *BMC Medicine*, 18 (1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01516-x>.
- Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. (2004). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 81 (1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.004>.

Urbańska, E., Hirnle, L., Olszanecka-Glinianowicz, M., Skrzypulec-Plinta, V., Skrzypulec-Frankel, A., Drosdzol-Cop, A (2019). Is polycystic ovarian syndrome and insulin resistance associated with abnormal uterine bleeding in adolescents?. *Ginekologia Polska*, 90 (5), 262-269. <https://doi.org/10.5603/GP.2019.0049>.

Dr Ewelina Kamasz, <https://orcid.org/0000-0003-3192-3951>
Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego
w Olsztynie

Dr Natalia Pilarska, <https://orcid.org/0000-0002-5545-1752>
Wydział Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
w Bydgoszczy

Mgr Agata Włodarczyk, <https://orcid.org/0000-0002-3548-2922>
Miejska Biblioteka Publiczna
w Gdyni

Znaczenie traumatycznych narracji porodowych oraz oceny opieki ginekologicznej jako czynnika rozwoju tokofobii w oczach młodych kobiet

The importance of traumatic birth narratives and the evaluation
of gynaecological care as a factor in the development of tokophobia
in the eyes of young women

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.401>

Abstract: Prezentowane badanie zostało przeprowadzone na grupie 604 młodych kobiet w wieku 19-24 lata, które nie są i nie były nigdy wcześniej w ciąży. Prezentowane badanie zostało przeprowadzone na grupie 604 młodych kobiet w wieku 19-24 lata, które nie są i nie były nigdy wcześniej w ciąży. Celem pracy była analiza ich postaw względem ewentualnej ciąży, porodu, macierzyństwa, służby zdrowia i opieki ginekologicznej w Polsce oraz historie rodzinne budujące postawę wobec ciąży i porodu. Dodatkowym celem było przebadanie związków pomiędzy samooceną, poczuciem własnej skuteczności, oceną służby zdrowia w Polsce i traumatycznymi narracjami porodowymi w otoczeniu badanych a deklarowaną chęcią posiadania dziecka. Samoocena kobiet została zmierzona za pomocą *Skali Samooceny Rosenberga*, poczucie własnej skuteczności przebadano przy użyciu *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)*. Postawy i historie porodowe zostały przebadane za pomocą autorskiej ankiety. Według przeprowadzonych badań większość kobiet boi się porodu w umiarkowanym bądź znacznym stopniu, w tym szczególnie komplikacji porodowych i bólu związanego z porodem. Ponad 75% badanych kobiet słyszała o traumatycznych doświadczeniach porodowych swoich bliskich. Pomimo tego prawie 92% badanych kobiet chciałoby zajść w ciążę i urodzić, a ponad 90% kobiet postrzega poród jako zjawisko naturalne i instynktowne. Traumatyczne narracje porodowe w rodzinie wiązały się z obniżonymi wynikami w skali GSES. Ocena opieki ginekologicznej nie odgrywała roli w rozwoju tokofobii ani w deklarowanej chęci posiadania dziecka.

Słowa kluczowe: lęk porodowy, samoocena, poczucie własnej skuteczności, młode kobiety

Abstract: This study was conducted on a group of 604 young women aged 19-24 who are not and had never been pregnant before. The aim of the study was to analyse their attitudes towards possible pregnancy, childbirth, motherhood, health care and gynaecological care in Poland and family narratives building attitudes towards pregnancy and childbirth. An additional aim was to examine the relationship between self-esteem, self-efficacy, evaluation of the health service in Poland and traumatic birth narratives in the surroundings of the respondents and the declared desire to have a child. Self-assessment of women was measured using the Rosenberg Self-Esteem Scale, self-efficacy was tested using the Generalised Self-Efficacy Scale (GSES). Attitudes and birth narratives were examined using a proprietary questionnaire. According to the survey, the majority of women are

moderately or significantly afraid of childbirth, particularly labour complications and pain associated with childbirth. More than 75% of the women surveyed heard from their relatives about their traumatic experiences. Despite this, almost 92% of the women surveyed would like to become pregnant and give birth, and more than 90% of women see childbirth as a natural and instinctive phenomenon. Traumatic birth narratives in the family were associated with reduced GSES results. The evaluation of gynaecological care did not play a role in the development of tokophobia or in the declared desire to have a child.

Keywords: tokophobia, self-esteem, self-efficacy, young women

Wprowadzenie

Lęk porodowy jest specyficznym i wielowymiarowym zjawiskiem psychologicznym, które wiąże się ze sposobem poznawczego interpretowania sytuacji porodu (Putyński, 1997). Badania dotyczące lęku przed porodem prowadzone są już od 40 lat (zob. Areskog, Kjessler, Uddenberg, 1982). Często w obliczu lęku porodowego u pierworódek mówi się o konfrontacji z czymś, co nieznane, co dodatkowo podsycane jest poprzez słuchanie przerażających opowieści na temat porodu. Z czym wiąże się lęk porodowy kobiet? Najczęściej kobiety boją się zabiegu nacięcia krocza, doświadczenia utraty kontroli oraz bólu porodowego (Demšar i in., 2018), a także sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia ich dzieci. Co zatem może sprzyjać radzeniu sobie z lękiem w tej sytuacji? Można podejrzewać, że samoocena kobiet ciężarnych może mieć znaczenie dla radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, w tym z sytuacją samego porodu. Postanowiono zatem sprawdzić zależności pomiędzy samooceną a lękiem porodowym u badanych kobiet, które nie doświadczyły i nie doświadczyły w swej przeszłości ciąży.

1. Tokofobia - definicja i epidemiologia zjawiska

Terminu tokofobia w 2000 roku użyli Hofberg i Brockington. Określają oni tokofobię lub parturifobię (*tokos* z greckiego - poród) jako intensywny, patologiczny, nieuzasadniony niepokój, który prowadzi do tego, że niektóre kobiety boją się, a nawet unikają porodu przy jednoczesnym pragnieniu posiadania dziecka (Hofberg, Brockington, 2000). Autorzy dokonują klasyfikacji tokofobii, wyróżniając tokofobię pierwotną, tokofobię wtórną oraz lęk przed porodem jako objaw depresji w ciąży (Billert, 2007). Pierwotna tokofobia skutkuje tym, że pomimo aktywnego życia seksualnego kobiety starannie dbają o antykoncepcję i dokładają wszelkich starań, aby do ciąży i porodu nie doszło. W przypadku zajścia w ciążę osoby te są gotowe poddać się zabiegowi aborcji. Nie zmienia to faktu, że pragnienie posiadania dziecka jest u nich na tyle silne, że niektóre kobiety dokonują adopcji. Część z nich decyduje się na nieposiadanie dziecka aż do okresu menopauzy, kiedy to w zderzeniu z faktem wyczerpania rezerwy jajnikowej kobiety te przeżywają sytuację nieodwracalnej utraty i smutku (Hofberg, Brockington, 2000; Hofberg, Ward, 2004; Greathouse, K.E., 2016). Tokfobia wtórna pojawia się w wyniku urazowego porodu i wiąże się z występowaniem

depresji, poporodowego zespołu pourazowego (PTSD), obniżeniem libido i zaburzeniami więzi emocjonalnych (Billert, 2007). Tokofobia jako objaw depresji może pojawić się w pierwszej lub kolejnej ciąży i wiąże się z występowaniem pierwotnego zespołu depresyjnego, którego podłożem jest obsesyjny lęk ciężarnej związany z przekonaniem o nieuniknionej śmierci noworodka w trakcie porodu (Hoffberg, Brockington, 2000).

Badania pionierów w tematyce lęku porodowego wykazały, że 17% badanych kobiet cierpiało na umiarkowany poziom lęku przed porodem, natomiast 6% kobiet wskazywało na jego wysoki poziom (Areskog, Kjessler, Uddenberg, 1982). Według prowadzonych badań prawie cztery dekady później uzyskano wyniki, które wskazują, że co czwarta kobieta przeżywa wysoki poziom lęku związany z sytuacją porodu (Demšar i in., 2018), przy czym u 1,6% badanych kobiet lęk ten osiągał poziom patologiczny. Warto nadmienić, że cytowane badania przeprowadzane były na grupie kobiet, które uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia, co świadczy o ograniczeniach w kontekście reprezentatywności grupy. Sam fakt uczestnictwa w tego typu spotkaniach może być sposobem na redukcję lęku poprzez korzystanie ze wsparcia społecznego, co wiąże się z możliwością otrzymania wsparcia instrumentalnego od prowadzących zajęcia, a także wsparcia emocjonalnego, którego źródłem są inne uczestniczki szkoły. Według szwedzkich badaczy 80% kobiet doświadcza łagodnych obaw związanych z porodem, 6-10% położnic odczuwa silne lęki w tej samej materii, a 2% ciężarnych doświadcza skrajnie silnego, fobicznego lęku przed porodem (Billert, 2007). Inne badania, przeprowadzone na grupie studentów, dowodzą, że już co trzecia kobieta przejawia objawy tokofobii (Greathouse, K.E., 2016), a polskie badania prowadzone wśród kobiet w III trymestrze ciąży wskazują, że 65,66% ciężarnych kobiet charakteryzował niski/przeciętny poziom lęku porodowego, 18,18% – podwyższony, 10,10% – wysoki i 6,06% – bardzo wysoki (Kaźmierczak i in., 2017). Niewątpliwa trudność naukowców w badaniu i opisie tokofobii wynika z braku międzynarodowej definicji lub standardów diagnostycznych dla tego zjawiska (Haines, 2012). Należy jednak mieć nadzieję, że w dobie zapaści demograficznej oraz niechęci przedstawicieli pokoleń Y i Z do posiadania dzieci, zainteresowanie tą problematyką będzie wzrastać.

2. Korelaty lęku porodowego

Nasilenie lęku porodowego wiąże się z trwałymi schematami poznawczymi kobiety ciężarnej bardziej niż jej z jej postrzeganiem aktualnej sytuacji porodu (Putyński, 1997).

Lęk przed porodem należy rozpatrywać w różnych obszarach - jako zjawisko: biologiczne (lęk przed bólem); psychologiczne (tutaj istotne znaczenie ma osobowość, wcześniejsze doświadczenia i wyobrażenie przyszłości); społeczne, gdzie istotna jest kwestia wsparcia społecznego i zabezpieczenia finansowego (por. Guskowska, 2012).

Dobrymi predyktorami dla wystąpienia tokofobii będzie niski poziom wykształcenia i poziom socjoekonomiczny przyszłej matki/rodziców, brak wsparcia społecznego i właściwej wiedzy dotyczącej fizjologii ciąży i porodu (Melender, 2002; Saisto i Halmesmäki, 2003). Dotychczasowe wyniki badań dowodzą, że dolegliwości natury psychicznej, takie jak wzmożony lęk, obniżone poczucie własnej wartości czy depresja zwiększają ryzyko lęku porodowego (Zar, Wijma, Wijma, 2002). Im większe narażenie na stres, tym ryzyko lęku porodowego wzrasta (Areskog i in., 1983; Sjörgen, 1997; Engle i in., 1990). Istotne w kontekście lęku porodowego są również relacje partnerskie oraz wsparcie (Paarlberg i in., 1999; Fisher, Hauck i Fenwick, 2006). Osobowość również okazała się odgrywać tutaj istotną rolę - kobiety podatne na lęk, neurotyczne, porywcze i mniej towarzyskie są bardziej skłonne do tokofobii (Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjörgen i Edman, 2007). Na poziom lęku przed porodem wpływają także wcześniejsze doświadczenia okołoporodowe i seksualne - pierwiastki cierpiące na tokofobię zgłaszają wyższy poziom lęku porodowego niż wieloródki (Alehagen, Wijma i Wijma, 2001). Z kolei kobiety, które doświadczyły rozczarowania związanego z wcześniejszym/i porodem/porodami, przeszły poród operacyjny, zmagaly się z chorobą własną lub dziecka w trakcie ciąży lub po porodzie są naturalnie narażone na zwiększone ryzyko wtórnej tokofobii. Okazuje się ponadto, że doświadczenie wykorzystania seksualnego w przeszłości (Saisto, 2001) i patologie seksualne wzmagają lęk porodowy.

3. Metodologia badań własnych

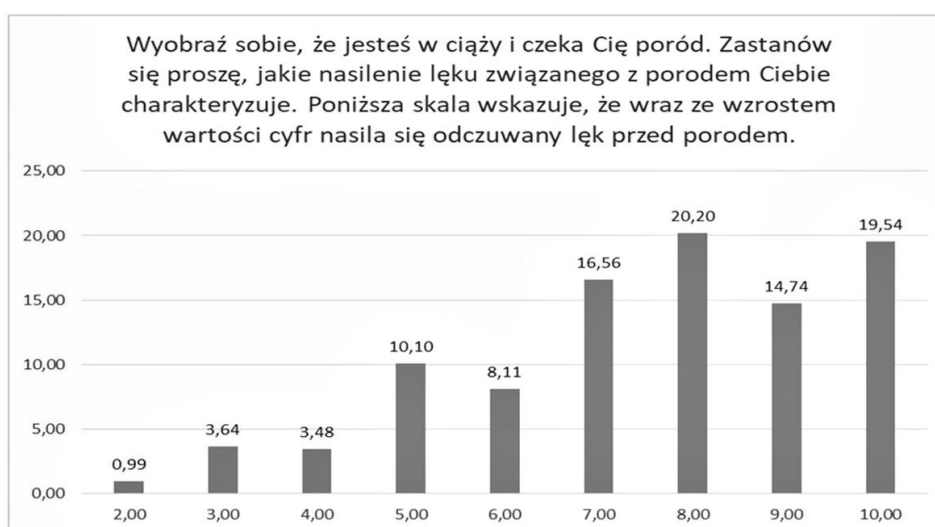
W badaniach własnych zbadano ryzyko tokofobii pierwotnej (por. Hofberg, Brockington, 2000) w grupie młodych kobiet, które nigdy wcześniej nie były i nie są aktualnie w ciąży. Oprócz zbadania nasilenia problemu wśród kobiet, zestawiono zjawisko lęku porodowego z samooceną i poczuciem własnej skuteczności. Nasilenie lęku porodowego w prowadzonych wcześniej badaniach nie było związane z rodnością, wiekiem, wykształceniem, statusem materialnym i miejscem zamieszkania (Każmierczak i in., 2017). Pomimo tego, że w wybranych badaniach (dodatkowo por. Greathouse, 2016) zmienne demograficzne okazały się być nieistotnymi statystycznie predyktorami w badaniu ryzyka tokofobii, w innych miały one znaczenie (por. Saisto, Halmesmäki, 2003). Jednym z czynników determinującym lęk przed porodem okazał się właśnie młody wiek matki. W naszym badaniu postanowiłyśmy skontrolować lęk porodowy w grupie kobiet w wieku od 18 do 24 lat zamieszkujących zarówno wieś, jak i różne wielkościami miasta. Celem badania było znalezienie odpowiedzi wobec postawionych hipotez badawczych, w których to samoocena oraz poczucie własnej skuteczności badanych kobiet wiążą się z ryzykiem wystąpienia lęku porodowego, deklarowaną chęcią posiadania dziecka, traumatycznymi narracjami porodowymi występującymi w otoczeniu kobiet, oceną w opieki

medycznej/ginekologicznej w Polsce oraz ich przekonaniem na temat porodu. Samoocenę zbadano za pomocą *Skali Samooceny Rosenberga* w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, oraz M. Łaguny z 2008 roku. Skalę tą charakteryzuje wysoka zgodność wewnętrzną oraz dobrze zweryfikowana w polskich badaniach adaptacyjnych trafność teoretyczna. Poczucie własnej skuteczności przetestowano za pomocą *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)* autorstwa Ralfa Schwarzera, Michaela Jerusalema oraz Zygryda Juczyńskiego. Skala ta cechuje się zadowalającą rzetelnością oraz trafnością. W modelu badawczym uwzględniono także dane socjo-demograficzne oraz pytania odnoszące się do lęku porodowego, które zostały zawarte w autorskiej ankiecie.

4. Uzyskane wyniki

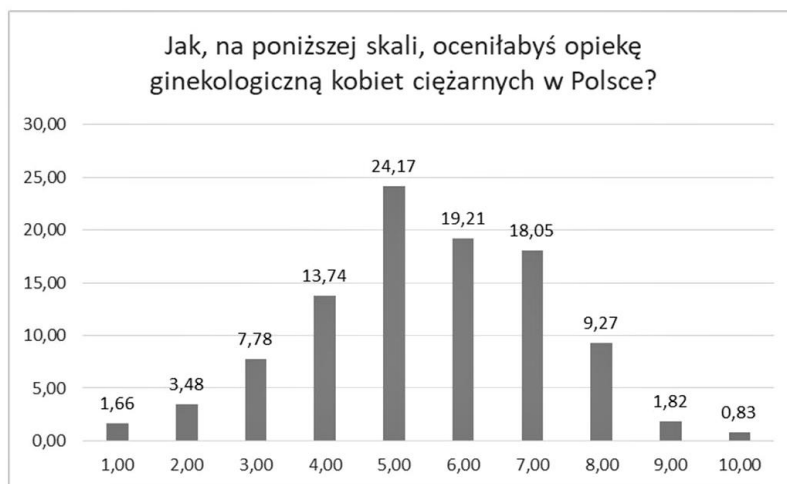
W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i przetestowania postawionych hipotez badawczych przeprowadzono analizy statystyczne, przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 23. Wyliczono podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych nominalnych. Rozkład pomiędzy grupami zamieszkującymi wieś, małe i większe miasto był zbliżony do rozkładu równolicznego - 29,5% badanych stanowiły młode kobiety zamieszkujące miasto powyżej 50 tysięcy mieszkańców, 30,6 % badanych było mieszkankami miast poniżej 50 tysięcy mieszkańców, a 39,2% respondentek stanowiły mieszkanki wsi.

Analiza wyników ankiety wykazała, że większość badanych odczuwa podwyższony poziom lęku związanego z porodem. Żadna z ankietowanych nie wskazała, że nie odczuwa w ogóle lęku związanego z porodem, zaś 19,5% badanych stwierdziło, że odczuwa maksymalnie silny lęk porodowy (wykres 1.).



Wykres nr 1. Lęk przed porodem u osób badanych

Badane oceniają opiekę zdrowotną i ginekologiczną w Polsce jako średnią lub umiarkowanie dobrą. Bardzo niewielki odsetek respondentek uważa, że opieka zdrowotna i ginekologiczna w naszym kraju jest ekstremalnie zła (kolejno 2,81% i 1,66%) (wykres 2. i 3.).



Wykres 2. Ocena opieki zdrowotnej w Polsce w grupie badanych

Wyniki te zgadzały się z rozmowami, które były przeprowadzone w badanych grupach po badaniach metodą papier-ołówkek



Wykres 3. Ocena opieki ginekologicznej w Polsce w grupie badanych

Interesujące są wyniki dotyczące narracji rodzinnych i społecznych dotyczących porodu – 56,72% badanych posiada członka rodziny, który wspomina poród jako traumę, zaś 74,1% młodych kobiet słyszało narracje opisujące poród jako traumatyczne przeżycie.

Pomimo tego zdecydowana większość badanych (91,89%) deklaruje chęć zajścia w ciążę i urodzenia dziecka i aż 90% kobiet uważa, że poród jest zjawiskiem naturalnym (tabela 1.).

Tabela nr 1. Wyniki procentowe dla traumatycznych historii porodowych w rodzinie i środowisku oraz ocena porodu jako zjawiska instynktownego

r	Pytanie	% odpowiedzi	
		Tak	Nie
0.	Czy w Twojej rodzinie ktoś traumatycznie przeżył poród/źle wspomina poród?	42,38	57,62
1.	Czy słyszałaś narracje innych osób opisujące poród jako traumatyczne przeżycie?	74,01	25,99
2.	Czy Twoim zdaniem poród jest zjawiskiem naturalnym i instynktownym?	90,07	9,93

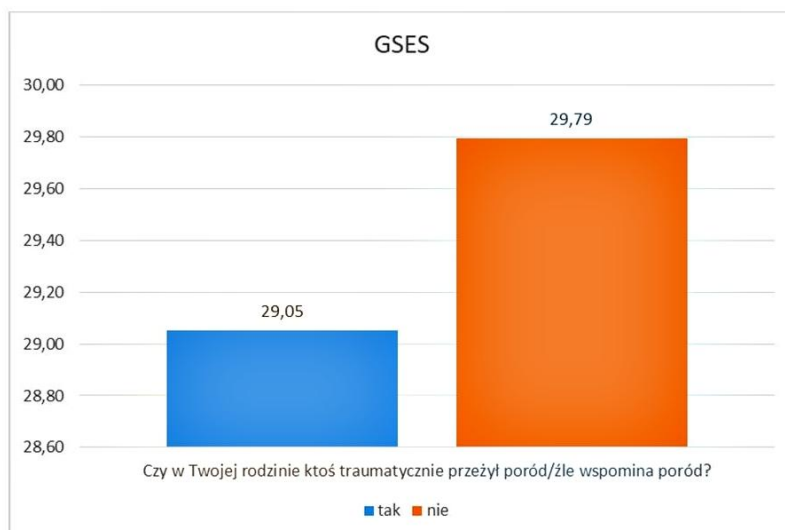
Założono, że traumatyczne historie porodowe w rodzinie i środowisku kobiety wiążą się z poczuciem własnej skuteczności, samooceną, ryzykiem wystąpienia lęku porodowego, deklarowaną chęcią posiadania dziecka i przekonaniami na temat porodu wśród badanych kobiet. W pierwszym kroku przeanalizowano jak traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu moderują związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i lękiem porodowym.

Celem zbadania ewentualnego moderującego wpływu czynnika traumatycznego narracji otoczenia/rodziny dotyczącego porodu na związek między zmiennymi: poczucie własnej skuteczności i lękiem porodowym, wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami - traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i lęku porodowego.

Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(225) = 191,92, p = 0,95$) wskazując na brak związków między analizowanymi czynnikami. Dodatkowo wykonano test t-Studenta by ocenić, czy istnieje wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na zmienną zależną.

Analiza wykazała, że czynnik traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu ma wpływ na zmienną GSES ($t(602) = -1,98, p < 0,05$).

Osoby, które odpowiedziały „tak” na pytanie „Czy w Twojej rodzinie ktoś traumatycznie przeżył poród/źle wspomina poród?” miały niższy statystycznie ($M = 29,05, SD = 4,39$) wynik na skali GSES, niż te, które odpowiedziały „nie” ($M = 29,79, SD = 4,66$) (Wykres 4.).



Wykres 4. Poziom poczucia własnej skuteczności u osób, które doświadczyły lub nie doświadczyły traumatycznych narracji otoczenia/rodziny dotyczące porodu

W następnym kroku przeanalizowano relacje pomiędzy traumatycznymi narracjami porodowymi a samooceną i lękiem porodowym. W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i lęk porodowy. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(225) = 260,54, p = 0,34$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między poczucie własnej skuteczności i lękiem porodowym.

Postanowiono również sprawdzić związki pomiędzy deklarowaną chęcią posiadania dziecka oraz traumatycznymi narracjami porodowymi i poczuciem własnej skuteczności. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi poczucie własnej skuteczności i deklarowana chęć posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i deklarowana chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(50) = 56,37, p = 0,25$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między poczucie własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka.

Następnie zbadano moderujący wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi samoocena i deklarowaną chęcią posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną,

gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(56) = 62,28, p = 0,26$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między samoocena i chęcią posiadania dziecka. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi poczucie własnej skuteczności i przekonanie wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(50) = 61,82, p = 0,12$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między poczuciem własnej skuteczności i przekonaniem wobec porodu.

W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi samoocena i przekonanie wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(56) = 72,68, p = 0,07$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między samoocena i przekonaniem wobec porodu.

Założono, że ocena opieki medycznej i ginekologicznej może mieć związek z występowaniem lęku porodowego u kobiet, które nigdy wcześniej nie rodziły. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między poczuciem własnej skuteczności i lękiem porodowym wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami poczucie własnej skuteczności i lęk porodowy. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(650) = 148,13, p = 1$). Nie wykazano moderującego wpływu czynników ocena opieki medycznej i ginekologicznej w Polsce, ani związku między poczuciem własnej skuteczności i lękiem porodowym.

Następnie przeanalizowano ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami ocena opieki medycznej i ginekologicznej i lęk porodowy. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(728) = 275,47, p = 1$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy.

W kolejnym kroku przebadano związki pomiędzy wybranymi zmiennymi oraz deklarowaną chęcią posiadania dziecka. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między poczuciem własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami poczucie ocena opieki medycznej i ginekologicznej i deklarowana chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(475) = 95,76, p = 1$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi poczuciem własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka. W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu oceny opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i deklarowana chęć posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami ocena opieki medycznej i ginekologicznej i deklarowana chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(532) = 201,37, p = 1$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy.

Następnie sprawdzono związki pomiędzy oceną opieki medycznej i ginekologicznej w Polsce, samooceną, poczuciem własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między poczuciem własnej skuteczności i przekonaniem wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami ocena opieki medycznej i ginekologicznej i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(475) = 46,55, p = 1$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi poczucie własnej skuteczności i przekonanie wobec porodu. W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu oceny opieki medycznej i ginekologicznej na związek między samooceną i przekonaniem wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami samoocena i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ($Chi^2(532) = 204,2, p = 1$). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i przekonanie wobec porodu.

Na samym końcu zbadano czy miejsce zamieszkania ma znaczenie dla oceny opieki ginekologicznej w Polsce, lęku porodowego związanego z komplikacjami i hospitalizacją. Aby sprawdzić prawdziwość postawionej hipotezy badawczej wykonano dwa testy Chi^2 , gdzie zmienną niezależną było miejsce zamieszkania a zależnymi: lęk porodowy związany z komplikacjami ($Chi^2(27) = 25,78, p = 0,53$), lęk porodowy związany z hospitalizacją ($Chi^2(27) = 35,32, p = 0,13$) oraz ocena opieki ginekologicznej w Polsce ($Chi^2(27) = 13,79, p = 0,98$). Nie

wykazano istotnych statystycznie efektów zmiennych niezależnych na zmienne zależne w tej analizie.

5. Dyskusja wyników

Ciąża i poród stanowią dla wielu kobiet, zwłaszcza pierwiastek, przełomowe wydarzenie w życiu. Wydarzeniu temu niejednokrotnie towarzyszą silne emocje związane z lękiem, stresem i niepokojem o zdrowie swoje i dziecka. Wiele kobiet obawia się bólu, cierpienia i komplikacji porodowych (Sygulla i in., 2009). Według badań lęk przed porodem może być opisywany jako przejaw prenatalnego stresu, zaburzenie lękowe lub strach o charakterze fobii objawiający się w postaci koszmarów nocnych, dolegliwości fizycznych i trudności w koncentracji na pracy oraz zajęciach domowych (Jolly, Walker i Bhabra, 1999; Saisto i Halmesmäki, 2003). Lęk prenatalny może być wiązany z samą ciążą i urodzeniem dziecka, byciem rodzicem lub też osobniczą skłonnością do reagowania lękiem (Standley, Soule i Copans, 1979). Natomiast lęk związany z ciążą jest łączony ze stanem ciąży, porodem i hospitalizacją (Levin, 1991).

Przeprowadzone badania obejmowały zrównoważone liczbowo grupy młodych kobiet zamieszkujących różne miejscowości ze zróżnicowanym dostępem do opieki medycznej. Uzyskane rezultaty pokazały, że kobiety które do tej pory nie doświadczyły sytuacji ciąży i porodu bały się ich w umiarkowanym bądź znacznym stopniu, co ilustruje skalę omawianego problemu. Badane oceniały opiekę zdrowotną i ginekologiczną w Polsce jako średnią lub umiarkowanie dobrą. Spory niepokój budzą wyniki dotyczące narracji rodzinnych i społecznych dotyczących porodu – 56,72% badanych posiada członka rodziny, który wspomina poród jako traumę, zaś 74,1% młodych kobiet słyszało narracje opisujące poród jako traumatyczne przeżycie. Co więcej, styczność z traumatycznymi doświadczeniami dotyczącymi porodu w najbliższej rodzinie powoduje, że w przypadku wyobrażenia sobie sytuacji porodu badane wykazują niższe poczucie własnej skuteczności niż kobiety, które nie miały styczności z traumatycznymi narracjami porodowymi w swoim otoczeniu. Poczującym wydaje się jednak fakt, że prawie 92% badanych kobiet chciałoby zająć w ciążę i urodzić dziecko, co można interpretować jako istotność doświadczenia macierzyństwa dla badanych kobiet. Przez ponad 90% kobiet poród postrzegany jest jako zjawisko naturalne i instynktowne.

Wyniki badania pokazują, że większość młodych kobiet chce mieć dziecko. Zdecydowana większość badanych również słyszy o traumatycznych doświadczeniach porodowych swoich bliskich. Konieczne jest zatem uruchomienie mechanizmów obronnych, tudzież strategii radzenia sobie ze stresem w celu poradzenia sobie z naturalnie towarzyszącym porodowi lękiem oraz wiara w to, że poród jest zjawiskiem naturalnym i instynktownym. Zdecydowana większość kobiet odczuwa lęk związany z porodem. Może

być to efekt słyszanych traumatycznych narracji innych matek na temat ich porodów, stąd też bardzo ważne jest zwiększenie aktywności matek dobrze wspominających przeżyty poród, bo i takich wśród kobiet nie brakuje (na przykład działalność *Kręgów Opowieści Porodowych*).

W dobie zwiększania się liczby cięć cesarskich na życzenie kobiet, które dotyczy nawet do 14% ciężarnych na świecie, warto podkreślać istotność lęku porodowego dla przebiegu porodu oraz zdrowia matki i dziecka (Cekański, 2009). Istotne jest wczesne diagnozowanie problemu i wdrażanie kompleksowych działań celem jak najlepszego radzenia sobie z sytuacją stresową, jaką jest poród. Wydaje się to szczególnie ważne, gdyż kobiety doświadczające silnego lęku porodowego mogą być bardziej narażone na ból okołoporodowy, uszkodzenia fizyczne, interwencje chirurgiczne w trakcie porodu i komplikacje psychologiczne w okresie poporodowym (Hofberg i Ward, 2003). Programy edukacyjne dotyczące ciąży, porodu, położu, okołoporodowych standardów opieki i praw pacjenta mogą efektywnie zwiększać wiedzę i redukować lęk porodowy u kobiet, które nigdy nie rodziły dzieci. Dyskusje o porodach i pozytywne opowieści porodowe mogą również odgrywać dużą rolę w walce z lękiem porodowym. Aktywne uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia ma pozytywne znaczenie dla zmniejszenia się lęku i stresu przedporodowego (Szymański i in., 2017), a w przypadkach silnego lęku zbawienne może się okazać także wsparcie psychologiczne i terapeutyczne.

Bibliografia:

- Alehagen, S., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Fear during labor, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 315-320.
- Areskog, B., Kjessler, B., Uddenberg, N. (1982). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 13, 98-107.
- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. (1983). Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2, 102-108.
- Billert, H. (2007). Tokofobia – problem multidyscyplinarny, *Ginekologia Polska*, 78, 807-811.
- Cekański, A. (2009). Tokofobia – lęk przed porodem naturalnym – prośba o cięcie cesarskie. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 9 (2), 31-33.
- Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., Globevnik, Velikonja, V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors, *Journal of Perinatal Medicine*, 23, 46 (2), 151-154.
- Engle, P.L., Scrimshaw, S.C., Zambrana, R.E. i wsp., (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles, *Health Psychology*, 9, 285-299.
- Fisher, C., Hauck, Y., Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example, *Social Science Medicine*, 63 (1), 64-75.

- Greathouse, K.E., (2016). The "Nightmare" of Childbirth: The Prevalence and Predominant Predictor Variables for Tokophobia in American Women of Childbearing Age, *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 31 (1), 19-44.
- Guszkowska, M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki - przegląd literatury, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 5 (3), 154-161.
- Haines, H. (2012). 'No worries': A longitudinal study of fear, attitudes and beliefs about childbirth from a cohort of Australian and Swedish women, *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 843. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Hofberg, K., Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases, *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Hofberg, K., Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth, *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505-510.
- Hofberg, K., Ward, M. (2004). Fear of childbirth, tokophobia and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Acta Obstetrica et Gynaecologica*, 47 (3), 527-534.
- Jolly, J., Walker, J., Bhabra, K. (1999). Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery, *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106, 227-232.
- Kaźmierczak, M., Soldyńska, M., Gierszewska, M., Gebuza, G., Mieczkowska, E. (2017). Ocena lęku przed porodem u kobiet ciężarnych, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 26 (1), 69-75.
- Levin J.S. (1991). The factor structure of the pregnancy anxiety scale, *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 368-381.
- Melender, H.L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 29 pregnant women, *Birth*, 29, 101-111.
- Paarlberg, K.M., Vingerhoets, J.J.M., Passchier, J. i wsp. (1999). Psychosocial predictors of low birthweight, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 834-841.
- Putyński, L. (1997). Lęk porodowy: jego istota i metoda pomiaru, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 1, 147-152.
- Ryding, E., Wirfelt, E., Wangborg, I., Sjögren, B., Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (7), 814-820.
- Saisto, T. (2001). *Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth*, Academic dissertation, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki, Finland.
- Saisto, T., Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Sjörger, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 266-272.

- Standley, K., Soule, B., Copans, S.A. (1979) Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135, 22-26.
- Szymański, S., Brączyk, W., Konstanty-Kurkiewicz, V. (2017). Wpływ zajęć w szkole rodzenia na zmniejszenie lęku porodowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (64), 232-235.
- Sygulla, K., Smędowski, A., Szatan, A., Michalak, A. (2009). Problemy i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej-czy trudno je spełnić? *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 4 (29), 30-36.
- Zar, M., Wijma, K., Wijma, B., (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy, *Clinical Psychology and Psychotherapy Journal*, 9, 122-130.

Dr hab. Dorota Kornas-Biela, prof. KUL, <https://orcid.org/0000-0001-6002-1901>

Katedra Pedagogiki Specjalnej

Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Ocena opieki perinatalnej jako przedmiot badań kobiet po poronieniu

Evaluation of perinatal care as a study of women after miscarriage

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.309>

Abstrakt: Poronienie jest dla zdecydowanej większości kobiet bardzo trudnym doświadczeniem życiowym, związanym z pobytem w szpitalu i kontaktami ze służbą zdrowia, co naraża je na konsekwencje błędów jatrogennych. Prawa pacjentki a jednocześnie zobowiązania szpitala co do opieki medycznej oraz monitorowania satysfakcji kobiet z jakości tej opieki zostały sformułowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które weszło w życie 1. stycznia 2019 r. Celem tego artykułu jest uzasadnienie, że przeprowadzanie wśród kobiet w krótkim czasie po poronieniu badań ankietowych dotyczących ich oceny uzyskanej opieki w szpitalu a tym samym przestrzegania praw pacjentki jest bezpieczne psychologicznie i nie przyczynia się do pogłębienia traumy psychicznej, o ile zostaną przestrzegane pewne psychologiczne i etyczne zasady. Takie badania mogą mieć nawet znaczenie psychoterapeutyczne.

Słowa kluczowe: poronienie, strata dziecka, jakość opieki perinatalnej, ocena opieki perinatalnej przez kobiety po poronieniu

Abstract: For the vast majority of women, miscarriage is a very difficult life experience, related to a hospital stay and contacts with the health service, which also exposes women to the consequences of iatrogenic complications. The patient's rights and, at the same time, the hospital's obligations with regard to medical care and monitoring the women's satisfaction with the quality of this care were formulated in the Regulation of the Polish Minister of Health, which came into force on January 1, 2019. The purpose of this article is to show that questionnaire surveys on the women's assessment of the hospital care received, and thus compliance with the patient's rights, is psychologically safe for them and does not contribute to the aggravation of the psychological trauma, as long as certain psychological and ethical rules are followed. Moreover, such assessment may even have a psychotherapeutic significance.

Keywords: miscarriage, loss of a child, quality of perinatal care, assessment of perinatal care by women after miscarriage

Wprowadzenie

Utrata dziecka wskutek poronienia¹ jest zwykle wydarzeniem nieoczekiwanym, trudnym w przeżyciu, wymagającym hospitalizacji, kontaktu z personelem i medycznymi procedurami szpitalnymi. Przez zdecydowaną większość kobiet poronienie jest oceniane

¹ Poronieniem określa się wydalenie lub wydobycie z organizmu matki płodu, który nie wykazuje oznak życia, o ile następuje to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni) (Szczyrba-Kleszcz, 2014, s. 68) lub jako obumarcie lub wydalenie jaja płodowego z macicy przed 4. a 22. tygodniem ciąży (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 6).

jako sytuacja trudna, wręcz traumatyczna. Powstaje więc pytanie, czy zasadnym i psychologicznie bezpiecznym jest prowadzenie badań dotyczących doświadczeń kobiet w związku z oferowaną im w szpitalu opieką medyczną tuż lub w krótkim czasie po poronieniu, czy też biorąc pod uwagę ich przeżycia, należy odczekać jakiś określony czas, aby można było zadawać pytania odnośnie do opieki medycznej, jaką zostały otoczone w szpitalu oraz spełnienia przez szpital rekomendacji i przestrzegania praw pacjentki.

Działania personelu wobec kobiet zmagających się z poronieniem lub okołoporodową śmiercią dziecka są w Polsce regulowane w punkcie XV Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, które weszło w życie 1. stycznia 2019 r. (Dz.U. 2018 poz. 1756). W Rozporządzeniu tym wcześniej stosowane określenie „niepowodzenia położnicze” zastąpiono określeniem „sytuacje szczególne”. Taką sytuacją jest również poronienie.

Najważniejsze zasady pomocy a jednocześnie prawa pacjentki zostały sformułowane w zakończeniu Rozporządzenia „XV. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych”. Obejmują one:

- 1) Zapewnienie kobiecie czasu na oswojenie się z uzyskanymi informacjami przed podjęciem ważnych decyzji;
- 2) Umożliwienie skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej, duchowej oraz wsparcia osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;
- 3) Nieumieszczanie w sali z kobietami w ciąży lub tymi, które właśnie urodziły zdrowe dziecko;
- 4) Traktowanie z szacunkiem, zachowanie spokoju, zapewnienie autonomii decyzji i każdorazowego wyrażania zgody, dbałość o dobór słów i pozawerbalny kontekst rozmowy (ton, gesty), wsparcie poprzez zaspakajanie potrzeb i oczekiwań, np. dotyczących intymności, prywatności;
- 5) Udzielanie kobiecie wyczerpujących informacji na temat stanu jej zdrowia;
- 6) Umożliwienie pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli kobieta wyraża taką potrzebę;
- 7) Udzielenie informacji na temat dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia po poronieniu, przysługujących prawach (pochówek, prawo pracy).

Celem tego artykułu jest próba odpowiedzi na postawione pytanie o zasadność i bezpieczeństwo psychologiczne badań ankietowych kobiet po poronieniu co do rodzaju uzyskanej przez nie opieki w szpitalu². Odpowiedź na to pytanie jest istotna m.in. ze

² Artykuł został opracowany w oparciu o materiał służący do sporządzenia ekspertyzy (na prośbę NIKu, Delegatury w Kielcach) dotyczącej „zasadności uzyskiwania przez NIK od kobiet, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie – na zasadzie pełnej dobrowolności – informacji na temat zapewnionej im opieki w szpitalu oraz czy działania takie mogą u nich wywoływać trudne do zaakceptowania przeżycia emocjonalne” (wykonanie: 31.03.2020).

względu na to, że zgodnie z przywoływanym Rozporządzeniem szpitale zostały zobowiązane do monitorowania jakości opieki okołoporodowej z uwzględnieniem oceny satysfakcji kobiet.

1. Poronienie jako doświadczenie psychiczne

Poronienie jest spontaniczną utratą dziecka zanim osiągnie ono zdolność do życia poza organizmem matki. Może ono wystąpić w dowolnym momencie w ciągu pierwszych 22 tygodni ciąży, jednak większość ma miejsce w pierwszym trymestrze ciąży. Od 25% do 50% wszystkich kobiet ciężarnych doświadcza jednego lub więcej spontanicznych poronień. Ich przyczyny są bardzo zróżnicowane, ale powszechnie przyjmuje się, że ryzyko poronienia wzrasta wraz z zaawansowanym wiekiem matki (> 35 lat) (Norton, Furber, 2018). Pojęcie perinatalnej straty dziecka jest szerszym znaczeniowo i obejmuje zarówno poronienie, jak też utratę dziecka z powodu ciąży ektopowej (pozamacicznej), zgon wewnątrzmaciczny lub zgon dziecka w związku z porodem przedwczesnym (np. Barton-Smoczyńska, 2015, s. 6-8).

Utrata dziecka w pre- lub perinatalnym okresie jego życia jest dla większości kobiet trudnym doświadczeniem, skutkującym objawami, których rodzaj, rozległość, nasilenie i czas trwania zależy od wielu indywidualnych (np. wiek, liczba dzieci, wcześniejsze leczenie niepłodności, wcześniejsze poronienie, czas trwania ciąży) i społeczno-kulturowych czynników (np. wsparcie najbliższych), w tym również związanych z relacją personel medyczny – pacjentka oraz z rodzajem uzyskanej opieki w czasie pobytu matki w szpitalu (Bielawska-Batorowicz, 2006; Berth i in. 2009; Kleszcz-Szczyrba, 2011).

Przeżycia związane ze stratą dziecka mają charakter procesualny, rozwijają się powoli, pogłębiają i zanikają. Trudno wyodrębnić jakieś szczególne kolejno następujące po sobie fazy, chociaż w piśmiennictwie można spotkać różne próby wyodrębnienia faz, np. fazy: wstrząsu/szoku i negacji, dezorganizacji/wycofania i reorganizacji/akomodacji (np. Napiórkowska-Orkisz, Olszewska, 2017, s. 530). W czasie pobytu kobiety na terenie placówki medycznej a więc w trakcie krótkiego czasu hospitalizacji pojawiają się zwykle dwa rodzaje reakcji na stratę dziecka: reakcje emocjonalne w postaci szoku, niedowierzania, żalu i smutku (przejawiające się m.in. płaczem) oraz reakcje w postaci próby opanowania sytuacji, zdobycia kontroli nad własnymi uczuciami i zachowaniami, poprzez dostosowanie się do wymogów bycia pacjentką, czasem również poprzez przyjęcie postawy pasywnej, biernej wobec poczynań personelu, czego później kobieta może żałować, o co może mieć pretensje do personelu, np. że o coś nie zadbał, nie zapytał, nie zareagował (Kornas-Biela, 1999, s. 181-183).

Kolejnymi objawami już po opuszczeniu szpitala może być powoli rozwijająca się żaloba, lęk (np. przed śmiercią, przed okaleczeniem), patologiczny smutek, depresja, napięcie, niepokój, drażliwość, częsty płacz, poczucie winy, poczucie krzywdy

i niesprawiedliwości losu, poczucie niezrozumienia ze strony innych i osamotnienia, złość, agresja (tamże), a nawet objawy zespołu ostrego stresu lub zaburzeń po stresie traumatycznym (Farren, 2020). Później mogą pojawić się zaburzenia w relacji małżeńskiej, w kontakcie z dziećmi, które już są w tej rodzinie, z kobietami w ciąży oraz z innymi dziećmi. U kobiet religijnych mogą nastąpić zmiany w ich relacji z Bogiem (zacieśnienie więzi lub jej kryzys) (Kornas-Biela, 1999). Literatura przedmiotu dotycząca przeżyć związanych z perinatalną stratą dziecka a zwłaszcza z poronieniem jest na świecie bardzo szeroka. Również w Polsce zagadnienie to zyskuje coraz większe zainteresowanie (np. Łuczak, Pisarski, 1991; Beisert, 1993; Kornas-Biela, 1993, 1999; 2005; np. Chazan, 1999, 2001, 2010; Bielawska-Batorowicz, 2006, 2012, 2014; Barton-Smoczyńska, 2006/2015; Szymona-Pawłowska, Steuden, 2009; Bielan, Z., Machaj, A., Stankowska, 2010; Łuczak-Wawrzyniak i in. 2010; Kleszcz-Szczyrba, 2011, 2014; Szymańska, 2008, 2011; Dudziak, 2013; Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013; Bubiak, Bartnicki, Knihnicka-Mercik, 2014; Guzewicz, 2014; Sikora, 2014; Stadnicka, i in. 2016; Walentynowicz-Moryl, 2016; Miernik, 2017; Napiórkowska-Orkisz, Olszewska, 2017; Białek, Malmur, 2020).

W uruchomieniu i prawidłowym przebiegu procesu żałoby po stracie dziecka w okresie ciąży, w trakcie lub tuż po porodzie pomagają stworzone kobiecie/rodzicom warunki dla odczucia szacunku, odzyskania własnej godności i wartości. Są nimi m.in. uznanie faktu straty dziecka (np. traktowanie przez personel medyczny kobietę jako matkę po stracie dziecka a nie tylko jako kobietę, która zakończyła czy też straciła ciążę); zrozumienie dla wyrażania przez kobietę smutku, płaczu; rytuał pożegnania z dzieckiem utraconym (rozmowa na ten temat z matką/rodzicami, kontakt z dzieckiem zmarłym, możliwość pochówku) oraz zaktywizowanie się sieci społecznego wsparcia wobec pogrążonych w żalu rodziców dziecka (Kornas-Biela, 1993; Kleszcz-Szczyrba, 2014, 2016; Guzdek, 2017).

Ustrukturyzowany przegląd literatury z 9 badań jakościowych dotyczących przeżyć 211 kobiet związanych z poronieniem pozwolił na wyodrębnienie czterech dominujących wątków tematycznych: "Co czuję", "Opieka nade mną i komunikacja ze mną", "Ja, moje dziecko i inni" oraz "Pomóż mi radzić sobie w przyszłości". Te wspólne tematy ilustrują różnorodność doświadczeń kobiet, które muszą znaleźć odzwierciedlenie w zapewnieniu im odpowiedniej, emocjonalnie wrażliwej opieki pielęgniarzkiej (Radford, Hughes, 2015).

Należy zaznaczyć, że nie ma „uniwersalnej” reakcji na poronienie i czasem to wydarzenie życiowe może skutkować neutralnymi lub pozytywnymi emocjami (Maker, Ogden, 2003). Poronienie jest bowiem traktowane przez kobietę jako wydarzenie emocjonalnie znaczące, kryzysowe a nawet krytyczne wydarzenia życiowe (Stankiewicz, 2015), jeśli posiadanie dziecka było dla niej wysoko cenioną wartością, pragnęła dziecka, zaakceptowała jego poczęcie, nawiązała z nim choćby słabą więź. Natomiast, jeśli kobieta nie chciała dziecka, nie zaakceptowała jego pojawienia się (np. odrzucała dziecko lub nie

zdążyła go jeszcze zaakceptować), traktowała ciążę tylko jako stan fizjologiczny swojego ciała i nie nadała dziecku statusu osoby, planowała aborcję), to po poronieniu może odczuwać chwilowy smutek³, ale po opuszczeniu szpitala będą raczej dominować uczucia pozytywne, np. ulga, odprężenie, zadowolenie (por. Sikora, 2014, s. 46).

2. Relacje – pacjentka roniąca a personel medyczny

Badania empiryczne prowadzone na świecie w zakresie „zarządzania poronieniem” przez pracowników służby zdrowia pokazują, że wiele w tym zakresie jest do zrobienia. Pomimo dowodów na to, że opieka świadczona w szpitalu może mieć znaczący wpływ na doświadczenie i powrót do zdrowia emocjonalnego i fizycznego po poronieniu, niezadowolenie z opieki ze strony personelu medycznego jest dobrze udokumentowane w bardzo wielu prowadzonych na świecie badaniach zarówno ilościowych jak i jakościowych, w grupach o różnym statusie socjodemograficznym i w krajach o różnym standardzie opieki medycznej (np. Simmons i in. 2006; Stratton, Lloyd, 2008). Badania nad satysfakcją kobiet z udzielonej im opieki w trakcie pobytu w szpitalu wskutek niepowodzenia prokreacyjnego ukazały, iż stopień niezadowolenia był wyższy u tych, które korzystały z publicznej służby zdrowia niż u tych, które były pacjentkami prywatnej opieki medycznej (Abboud, Liamputtong, 2005, s. 11). Niezadowolenie kobiet z niektórych aspektów opieki perinatalnej po poronieniu jak też jego konsekwencje są często niedostrzegane i niedoceniane. Wyniki badań w USA analizowane według czterech głównych tematów – zadowolenia pacjentki z: nastawienia do niej pracowników służby zdrowia, udzielania jej informacji, przeprowadzonych interwencji medycznych oraz dalszej opieki wskazały na konieczność zmian w opiece oraz we wzajemnych relacjach między personelem i pacjentką. – ujawniły, że kobiety, które doświadczyły poronienia i członkowie ich rodzin, zgłaszały niski poziom satysfakcji z uzyskanej opieki ze względu na negatywne postawy personelu względem nich, niedoinformowanie, niewystarczającą kontrolę stanu zdrowia po poronieniu, pomijanie znaczenia ich dobrostanu emocjonalnego. Wyższy poziom satysfakcji odnotowano wśród kobiet, których świadczeniodawcy udzielali informacji i angażowali je w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, gdy było to możliwe oraz potrafili dostroić swoje oddziaływanie do ich stanu emocjonalnego (Geller, Psaros, Kornfield, 2010).

W swoich skargach po perinatalnej stracie dziecka kobiety najczęściej wskazują na brak specjalistycznej opieki, fragmentaryczną pomoc medyczną, słabe zaangażowanie

³ Smutek ten może być szczerym przeżyciem, gdyż co innego nie chcieć dziecka a co innego nie móc je mieć. Może być jednak i tak, że smutek jest podświadomą reakcją, która ma na celu zapewnić kobiecie pozytywny obraz siebie, zgodny z wyobrażonym społecznym oczekiwaniem smutku po poronieniu. Smutek może też być związany, np. z niedogodnościami hospitalizacji, dyskomfortem z powodu podjętych procedur medycznych, bólem, pokrzyżowaniem aktualnych planów.

personelu, słabą komunikację w relacji lekarz - pacjentka; niedostateczne wsparcie, niewystarczające informacje medyczne dotyczące poronienia i jego skutków dla przyszłej prokreacji, sprzeczne informacje, niedoinformowanie (ukrywanie informacji; zbyt ogólne stwierdzenia; brak wyjaśnień, np. co do stosowanych procedur i tego co się wydarza; stosowanie niezrozumiałej terminologii medycznej lub wyrażen obrazowych, np. „wysuszone jajo”), brak empatii, wrażliwości na przeżycia pacjentek i współczucia, umieszczenie kobiety roniącej lub po poronieniu z kobietami w ciąży (np. Rowlands, Lee, 2010; Norton, Furber, 2018; Kornas-Biela, 2018). Opieka wspierająca ze strony pielęgniarek, położnych i pracowników karetki pogotowia została opisana jako mająca pozytywny wpływ na doświadczenia kobiet podczas poronienia i po nim. Szczególnie ważna jest możliwość dłuższej rozmowy na temat poronienia w czasie wizyt kontrolnych (Rowlands, Lee, 2010, s. 275). Kobiety najwyraźniej potrzebują wracać do tych przeżyć i omawiać ich różne aspekty w kolejnych okresach po tym wydarzeniu.

Dla matek/rodziców doświadczających wczesnej utraty własnego dziecka bardzo trudne są zazwyczaj pierwsze dni spędzone w szpitalu. Wówczas to postawa lekarzy i pielęgniarek, jaką przyjmują wobec roniącej kobiety, jej umierającego/zmarłego dziecka oraz jej męża może stwarzać im przestrzeń do godnego przeżywania tego wydarzenia, ale może stać się także czynnikiem traumatycznym, bolesnym, upokarzającym, wzmagającym cierpienie i utrudniającym potem proces odżałowania straty. Personel medyczny dysponuje możliwościami, które w tej trudnej sytuacji mogą pomóc przejść przez nią rodzicom dziecka w poczuciu empatii, zrozumienia, szacunku i wsparcia okazywanego kobiecie/rodzicom, ale też szacunku wobec dziecka, traktowanego jak osoba zmarła a nie jak „resztki ciążowe” (por. Chazan, 2013). Dla wieku kobiet ważne jest również otrzymanie wsparcia duchowego ze strony kapelana szpitala, zapewnienie religijnej oprawy pochówku dziecka (Guzdek, 2013), jak też dostęp do porady duszpasterskiej (Dziedzic, 2013). Ten rodzaj wsparcia - duchowego i religijnego jest niedoceniany w opiece perinatalnej, natomiast z badań empirycznych prowadzonych na dużych grupach kobiet wynika klarowny wniosek, że wsparcie duchowe i praktyki religijne są ważnym czynnikiem ułatwiającym radzenie sobie z negatywnymi konsekwencjami psychicznymi poronienia. Religijne zaangażowanie w praktyki ułatwia nadanie sensu stracie dziecka, poprawia zdrowie psychiczne kobiet po poronieniu (Petts, 2018).

Pacjentki są w różnym stopniu zorientowane co do tego, jakie mają prawa w zakresie opieki, na którą mogą liczyć w szpitalu po poronieniu lub po śmierci dziecka w okresie okołoporodowym. Znajomość obowiązujących Standardów dotyczących opieki po poronieniu jest bardzo zróżnicowana. Stąd też te z nich, które nie znają swoich praw, mogą czuć zadowolenie z tego zakresu pomocy, jaki otrzymały. Natomiast kobiety, które były nastawione na egzekwowanie swoich praw jako pacjentki, mogą być rozżalone, jeśli cokolwiek nie zostało spełnione, czego oczekiwały. Kobiety mają też różne oczekiwania

w tym zakresie ze względu nie tylko na znajomość praw pacjentki, ale też ze względu na zmienne osobowościowe (np. narcyzm, neurotyzm, postawa roszczeniowa, nadwrażliwość na stosunek innych) lub wcześniejsze doświadczenia prokreacyjne. Dlatego to, co dla jednej pacjentki będzie zadowalającą opieką, przez inną może być ocenione jako opieka niedostateczna.

Czas na oswojenie się z zaistniałą sytuacją poronienia jest zawsze w szpitalu za krótki. Oswoic, czyli uczynic doświadczenie swoim, częścią swojego życia wymaga wielu tygodni a nawet miesięcy. Może to dotyczyć nawet kobiet, które nie traktują poronienia jako straty, ale jako pożądane rozwiązanie niechcianej sytuacji życiowej, jaką byłaby konieczność urodzenia dziecka, nagle bowiem zmienia się wszystko. Kobiety, które mają silne poczucie wewnętrznej kontroli zdarzeń i potrzebują decydować o wszystkim, co się im w życiu zdarza, źle tolerują takie niespodziewane sytuacje. Potrzeba czasu, aby nawet to pożądane doświadczenie „wpisać” w historię swojego życia.

Natomiast dla kobiet, dla których jest to trudna psychologicznie sytuacja, nawet obiektywnie wystarczająca opieka w szpitalu, w ramach której zastosowano wszystkie najważniejsze wspomniane w „Standardach” zasady pomocy, może zostać oceniona negatywnie, gdyż nic i nikt nie jest w stanie utulić kobietę w bólu, zmniejszyć jej smutek i żal. Zwłaszcza kobiety, które doświadczają klinicznie podwyższonego poziomu smutku i lęku mogą z powodu doświadczanego cierpienia mieć negatywne postrzeganie poziomu świadczonej im opieki. Zachodzi tu jednak sprzężenie zwrotne – słaby poziom dostępnych w szpitalu usług wobec kobiet roniących ma szkodliwy wpływ na ich psychikę (np. Nikcevic, Tunkel, Nicolaides, 1998). Ponadto, stan emocjonalny kobiety może być przyczyną jej nieprawidłowych relacji z personelem medycznym. Pogrążona w negatywnych emocjach może zamykać się w sobie i nie informować o swoich potrzebach, odmawiać współpracy, być opryskliwa, agresywna, zbyt roszczeniowa. Sama więc niechcąc może przyczyniać się do nieprawidłowej wzajemnej komunikacji (Sikora, 2014, s. 40).

Poza tym, wskutek silnych przeżyć, pacjentka może nie pamiętać dokładnie, czy udzielono jej jakiejś informacji, oferowano jakiś rodzaj pomocy. Uzyskana informacja wtedy wystarczająca, może być po czasie oceniona jako niedostateczna. Szpital jako przestrzeń, personel medyczny, procedury szpitalne – wszystko, co skojarzone z sytuacją straty dziecka – może być na zasadzie generalizacji oceniane przez pryzmat cierpienia w kategoriach negatywnych, zwłaszcza przez pacjentki o pewnych cechach osobowościowych (np. skłonność do melancholii, pesymizmu, narzekania) lub w pewnych sytuacjach życiowych (brak wsparcia ze strony bliskich, dłuższe leczenie niepłodności, brak szans na kolejne dziecko). Ogólne pytanie kobiet o stopień satysfakcji z opieki medycznej w trakcie pobytu w szpitalu przez osoby związane z nim zawodowo jest narażone na ocenę negatywną ze względu na ból psychiczny nie do ukojenia lub ocenę pozytywną ze względu na chęć bycia „dobrą pacjentką”, przypodobania się personelowi.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w szpitalu i poradni konieczna jest zindywidualizowana opieka, aby kobiety/rodzice nie czuły/li się „odczłowieczeni” w systemie opieki medycznej, którego nie rozumieją. Zapewnienie zindywidualizowanej opieki, poszanowanie dla fizycznych jak i psychicznych potrzeb, uwzględnienie przeżyć, otrzymanie odpowiednich informacji klinicznych ze strony personelu jest niezbędne dla kobiet/rodziców doświadczających poronienia (Norton, Furber, 2018). O potrzebach psychicznych kobiet a szerzej rodziców po perinatalnej stracie dziecka publikowano już w Polsce trzydzieści lat temu (Kornas-Biela, 1993). Przedstawiona w tym rozdziale analiza potrzeb kobiet oraz sformułowane rekomendacje dotyczące pomocy psychologicznej nie straciły na aktualności, przeciwnie, są stale wymieniane w publikacjach. Większość potrzeb kobiet/rodziców po stracie dziecka stanowi swoiste wyzwanie dla personelu medycznego, od którego zależy dalszy stan psychiczny pacjentki (Kornas-Biela, 2018).

Problem postaw personelu medycznego wobec kobiety po wczesnej stracie dziecka podjęły M. Napiórkowska-Orkisz i J. Olszewska (2017). Opierając się na wynikach badań empirycznych stwierdziły, że pacjentki często skarżą się na chłodny, naukowy i oficjalny stosunek personelu, na jego brak przygotowania do przeprowadzania rozmów z rodzinami w sytuacji poronienia. Nierzadko „zespół medyczny przyjmuje postawę unikania kontaktu z pacjentką, zostawia bez odpowiedzi pytania pacjentki, ignoruje jej przeżycia. Najczęściej popełnianym błędem jest uprzedmiotowienie poronienia. Personel medyczny sprawia kobiecie przykrość, gdy używa sformułowań: „embrion”, „zarodek”, „płód”, „obumarcie”. Nie potrafi empatycznie powiedzieć: „straciła pani dziecko” lub „pani dziecko zmarło” (tamże, s. 534). Lekarze nie czują się jednak komfortowo, przekazując informacje o poronieniu, dlatego, np. niektórzy unikają pacjentek, nie dają jednoznacznych odpowiedzi. Autorki w konkluzji swojego opracowania stwierdzają, że „Pomocne lekarzom, szczególnie młodym i niedoświadczonym, mogłyby okazać się kursy i szkolenia z postępowania w przypadku niepowodzenia położniczego. Powinny one uczyć umiejętnej współpracy z pacjentem przeżywającym stratę dziecka. Dla położnych należy organizować kursy i spotkania, w czasie których mogłyby wyrażać własne uczucia wobec pacjentki w tej trudnej sytuacji. Należy także prowadzić badania w tym zakresie, by wychwycić potrzeby i braki wiedzy psychologicznej, umiejętności interpersonalnych personelu medycznego, by móc, poprzez poszerzanie tej wiedzy, pozytywnie wpłynąć na jakość opieki nad kobietą i jej rodziną po poronieniu” (tamże, 535)⁴.

Personel medyczny, pracując na oddziale patologii ciąży, doświadcza na co dzień stresu, dlatego również wymaga wsparcia w radzeniu sobie z nim, w myśl zasady – „pomagający wymagają pomocy” (Kornas-Biela, 1999). O takich formach pomocy w postaci

⁴ O konieczności edukacji personelu medycznego w zakresie psychologicznych aspektów prokreacji, organizowania szkoleń dotyczących komunikacji z pacjentką i jej rodziną oraz grup wsparcia celem przepracowania trudnych problemów pojawiających się w pracy, gdy „złe rzeczy dzieją się dobrym ludziom” pisałam już w wielu swoich publikacjach (np. Biela 1996, 2009, 2018).

szkoleń dla położnych i lekarzy piszą m.in. autorki z Zespołu Psychologów Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (Łuczak-Wawrzyniak i in., 2010). „Celem obu tych szkoleń było przedstawienie różnorodnych perspektyw niepowodzeń położniczych: tracącej matki/rodziców, personelu medycznego – lekarzy, położnych, psychologów i pozostałych pracowników danej jednostki i przez to różnych zadań wobec takich pacjentek wynikających z istoty uprawianej profesji” (tamże, s. 376). Potrzeby edukacyjne i psychoterapeutyczne personelu medycznego zostały rozpoznane i ujęte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. w punkcie XV. Ustęp 11. brzmi: „osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1”, czyli takich jak m.in. poronienie, urodzenie, dziecka martwego lub niezdolnego do życia (tamże).

Badania ankietowe nad postawami i relacją lekarzy (164 osób) z pacjentkami po poronieniu przeprowadziła w Polsce m.in. M. Szymańska (2008, 2011). Okazało się, że dwie trzecie ginekologów (64%) uznało za słuszne wspieranie pacjentki po stracie dziecka, 23% uważało pocieszenie za właściwą reakcję lekarza, a 11% opowiedziało się za „profesjonalizmem medycznym”, co pacjentki odbierają jako postawę obojętności i chłodnego podejścia do nich. Co do sytuacji informowania pacjentki o poronieniu – jedna trzecia lekarzy (30%) stwierdziła, że stara się przekazać to w sposób zrozumiały, okazując wsparcie, 16% uważało, że jest to sytuacja bardzo indywidualna a 23% skupiało się na działaniach profesjonalnych (np. na badaniach w kierunku ustalenia przyczyny poronienia). Autorka relacjonowanych badań stwierdza ponadto, że: „Duża grupa ginekologów, zastosowała reakcje unikowe wobec pacjentki, tzn. lekceważenie, zdjęcie odpowiedzialności z siebie lub pacjentki oraz odwracanie uwagi od cierpienia, co tak naprawdę nie dawało oparcia pacjentce ani nie rozwiązywało trudnej relacji, w której się znalazły. Dość powszechnym zachowaniem była medykalizacja, rozumiana jako polecenie, by pacjentka szukała sobie innego lekarza” (Szymańska, 2011, s. 103). Niepowodzenie położnicze jest szczególnie trudnym doświadczeniem dla młodych lekarzy. Natomiast lekarze dłużej pracujący w zawodzie często przeżywają podobne uczucia jak rodzice (smutku, bezradności, porażki), ale jednak z mniejszą intensywnością (tamże).

Z badań przeprowadzonych przez M. Szymańską (2011) wynika ponadto, iż lekarze nie doceniają znaczenia dla rodziców pamiątek po poronionym lub zmarłym dziecku – aż 87% respondentów stwierdziło, że nie ma potrzeby, a nawet sensu przekazywać takie pamiątki, gdyż: „najlepszą metodą jest niepamięć”, „to tylko pogarsza problem”. Tylko 7% lekarzy przekazuje jakieś pamiątki po utraconym dziecku (tamże, s. 103). Natomiast praktyka psychologiczna pozwala sformułować stwierdzenie, że dla rodziców pamiątki po dziecku poronionym są bardzo ważne, gdyż pozwalają urealnić im osobę dziecka, co wpływa pozytywnie na proces żałoby. Brak pamiątek po dziecku, brak ciała dziecka,

pochówku, jego grobu, nie skorzystanie z urlopu macierzyńskiego lub zasiłku pogrzebowego sprzyja zablokowaniu procesu żałoby, jej przedłużaniu się i występowaniu zaburzeń charakterystycznych dla stresu pourazowego.

3. Potrzeba werbalizacji przeżyć jako sposób radzenia sobie ze stratą ciąży/dziecka

Jednym ze sposobów radzenia sobie z bolesnym doświadczeniem straty dziecka jest werbalizacja przeżyć. Kobiety po poronieniach mają potrzebę mówienia na temat tego, co się wydarzyło, gdyż opowiadanie nawet „w kółko tego samego” pozwala zobaczyć to wydarzenie z różnych punktów widzenia, oswoić się z tym, co zaszło, przepracować emocje, uzyskać wsparcie. Oczywiście, te wynurzenia są zwykle kierowane do osób bliskich. Najważniejszym powiernikiem zwierzeń oraz osobą niosącą wsparcie jest ojciec dziecka oraz inne bliskie kobiety, zwłaszcza te, które miały podobne doświadczenia.

Śledząc strony internetowe poświęcone poronieniom, można zauważyć dużą aktywność kobiet w dzieleniu się z innymi swoimi przeżyciami, potrzebami, oczekiwaniami i doświadczeniami związanymi ze wczesną stratą dziecka⁵. Czynią to chętnie, gdyż Internet zapewnia im anonimowość oraz dobrowolność wypowiedzi w zakresie tego, co chcą powiedzieć. Ponadto, Internet pomaga przełamać ogromną ciszę, jaka panuje wokół poronienia, o którym niechętnie się mówi, którego, należy się wstydzić lub wobec którego należy odczuwać poczucie winy i odpowiedzialności. Społeczna tradycja nieujawniania poczęcia dziecka aż do końca pierwszego trymestru przyczynia się do piętnowania kobiet roniących a tym samym do gorszych doświadczeń związanych ze wsparciem.

Na potrzebę kobiet mówienia o swoich przeżyciach, również tych związanych z zachowaniami personelu i uzyskaną opieką w trakcie pobytu w szpitalu wskazują, m.in. takie strony internetowe jak, np. :

- <https://www.poronilam.pl/prawo/standardy-opieki-okoloporodowej-2019/> – w zakładce „Wasze historie” można znaleźć wypowiedzi kobiet nawet w trzecim dniu po poronieniu. Wiele z nich dotyczy bólu psychicznego z powodu niewłaściwego traktowania pacjentki przez personel, narażenia ją na cierpienia psychiczne, które można było uniknąć. Jest też „Anonimowa sonda” – Czy skorzystałaś/eś z praw przysługujących rodzicom po poronieniu? (Tak; Nie, ale zostałam/em o nich poinformowana/y; Nie, nie wiedziałam/em o przysługujących mi prawach). Wypowiedzi kobiet już w pierwszych dobach po poronieniu świadczą o ich silnej potrzebie dzielenia się swoim doświadczeniem niepowodzenia prokreacyjnego i otrzymaną wtedy opieką.

⁵ Np. na stronie <https://www.poronilam.pl/prawo/standardy-opieki-okoloporodowej-2019/> w zakładce „Wasze historie” można znaleźć wypowiedzi kobiet nawet w trzecim dniu po poronieniu.

- <https://www.poronienie.pl/forum/> prowadzone przez Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu – na stronie tej jest 4 462 zarejestrowanych użytkowników, a zamieszczono 348 151 postów w 4 700 wątkach. W zakładce „Moja strata. Tematy – Pamiętniki, Indywidualne historie rodziców” znajduje się 2 079 wątków i 80 912 postów (na dzień 18.09.2020).
- Liczne blogi poświęcone stracie dziecka w okresie pre- i perinatalnym, w których kobiety zwierają się ze swoich trudnych doświadczeń związanych z pobytem w szpitalu.

W Internecie ukazują się również wiele artykułów cytujących doświadczenia szpitalne kobiet tracących swoje dzieci w okresie ciąży, w czasie porodu lub tuż po porodzie (np. Gersz, 2018) i część tych sondaży robionych jest w krótkim czasie po poronieniu. Wiele badań psychologicznych obejmujących nie tylko pytania ankietowe (np. o dane socjodemograficzne), ale również penetrujące w głąb psychiki testy psychologiczne przeprowadzane są za zgodą pacjentki jeszcze w trakcie jej pobytu w szpitalu lub tuż po jego opuszczeniu (np. Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013). Można więc wnioskować, że i komisje etyczne aprobujące takie badania nie mają oporów, aby tuż po poronieniu dać możliwość kobietom wglądu we własne doświadczenia i wypowiedzenia się na ich temat.

Na konieczność społecznego przyzwolenia dla wyrażania żalu po poronieniu oraz przywoływania w pamięci doświadczeń związanych z tym wydarzeniem życiowym przez kobiety, mówienia o nim, wskazuje również ich udział w grupach wsparcia, uczestniczenie w nabożeństwach organizowanych m.in. z okazji Dnia Dziecka Utraconego (15.10), odwiedzanie grobów dziecka utraconego, aktywność „tematyczna” na Facebooku, na blogach. Tego typu zaangażowanie kobiet/rodziców w tym zakresie przyczynia się pośrednio do poprawy perinatalnej opieki medycznej, aby była ona adekwatna do ich potrzeb.

Podnoszenie świadomości na temat psychologicznego wpływu poronień wydaje się konieczne, aby pomóc społeczności wspierać kobiety doświadczające wczesnej straty dziecka a także zredukować ukryty charakter tego doświadczenia. Opracowywane zalecenia mogą pomóc przyjaciółom i rodzinie w zapewnieniu odpowiedniego wsparcia swoim bliskim doświadczającym poronienia. Ponieważ jednak wiele osób w szerszej społeczności nie czuje się komfortowo z żalem innych, zapewnienie wsparcia w kontekście poronienia prawdopodobnie nadal pozostanie dużym wyzwaniem (Bellhouse, Temple-Smith, Bilardi, 2018).

4. Zasady badań satysfakcji kobiet z uzyskanej w szpitalu opieki po poronieniu

Nawiązując do postawionego na początku pytania o zasadność i psychologiczne bezpieczeństwo badań dotyczących doświadczeń kobiet w związku z oferowaną im

w szpitalu opieką medyczną po wczesnej stracie dziecka, można stwierdzić, że badania takie są psychologicznie uzasadnione, dozwolone a nawet mogą mieć walor terapeutyczny. Powinno być jednak spełnionych kilka warunków. Również badania ankietowe kobiet po poronieniu powinny spełniać wymogi psychologiczno-etyczne, takie jak (zob. np. Belmont Report, 1979; Kodeks, 1992; Zasady etyczne, 2000; Galewicz, 2009):

- 1) Kompetencja – decyzja udziału w badaniach jest podjęta przez kobietę sprawną intelektualnie, której udzielono wszelkie potrzebne informacje na temat badań, tzn. kto i w jakim celu przeprowadza badanie, kto będzie miał dostęp do wyników, jak zostaną one wykorzystane (np. publikacja, sformułowanie rekomendacji);
- 2) Zrozumienie – sposób sformułowania instrukcji oraz samych pytań ankiety jest dostosowany do poziomu intelektualnego badanych kobiet (np. brak specjalistycznej terminologii);
- 3) Dobrowolność udziału w badaniu, tzn. możliwość osobistego i świadomego wyrażenia zgody (informed consent), nie ponoszenie żadnych konsekwencji w sytuacji rezygnacji z udziału w badaniu;
- 4) Prawo do prywatności – udział w badaniach odbywa się w otoczeniu, które zapewnia dyskrecję co do udzielanych odpowiedzi;
- 5) Anonimowość – oddzielenie danych dotyczących odpowiedzi kobiety (indywidualnych wyników badania) od jej danych personalnych dotyczących jej tożsamości;
- 6) Poufność – nieupublicznianie informacji na temat konkretnych kobiet biorących udział w badaniu, ich dane personalne pozostają poufne;
- 7) Bezinteresowność – udział w badaniach nie wiąże się jakimiś bezpośrednimi profitami dla kobiety, co mogłoby wpłynąć na jej intencję wzięcia udziału w badaniach pomimo przeżywanej traumy psychicznej lub odpowiadania w sposób tendencyjny.

Świadomość społecznej potrzeby przestrzegania zasad „Standardów” przez szpitale wobec kobiet po wczesnej stracie dziecka uzasadnia wartość poznawczą jak i praktyczną podejmowanych w Polsce badań, m.in. przez NIK. Trudno zarzucić badaniom ankietowym po poronieniu oddziaływanie traumatyczne, gdyż jeżeli dla kobiety miałyby mieć one taki charakter, może nie wziąć w nich udziału. Całkowita dobrowolność wypowiedzi zapewnia, że korzystają z tej oferty jedynie kobiety, które chcą się podzielić swoimi doświadczeniami, pomimo (a czasem właśnie z powodu) znajdowania się w trudnej psychicznie sytuacji.

Ponadto, celem uzyskania rzetelnych odpowiedzi na pytania, czy zdaniem kobiet szpitale spełniały swoją rolę w zakresie opieki nad nimi w związku z poronieniem /perinatalną śmiercią (w świetle wymagań określonych powyższym Rozporządzeniem) i czy są one zadowolone z jakości tej opieki, należy:

- sformułować kilka pytań szczegółowych ujmujących różne aspekty zadań personelu (a nie tylko jedno pytanie ogólne),

- skierować pytania do kobiet na różnych etapach radzenia sobie z doświadczeniem poronienia, tzn. w różnym okresie po nim,
- umotywić do szczerych odpowiedzi przez ukazanie znaczenia udziału w badaniach dla poprawy sytuacji w szpitalach.
- Jednym z praktycznych postulatów, który należy uwzględnić przy ocenie badań, jest wynikający z zasady troski o dobro pacjentki postulat właściwej proporcji ryzyka i korzyści wiążących się z ocenianym badaniem (the assessment of risks and benefits).

Biorąc pod uwagę potrzeby kobiet po wczesnej stracie dziecka (chęć podzielenia się z kimś swoimi przeżyciami, wentylacji negatywnych emocji) a jednocześnie ich świadomą zgodę i dobrowolność udziału w badaniu ankietowym, można mieć pewność, iż nie wprowadza ono żadnych szkód psychicznych, natomiast istnieje prawdopodobieństwo pojawienia się korzyści psychologicznych, tzn. lepszej adaptacji do sytuacji straty i prawidłowego przebiegu procesu żałoby.

Sam udział w badaniu może okazać się dla pacjentki psychoterapeutyczny. Kobieta może poczuć się lepiej, gdyż ma okazję: wypowiedzieć przed kimś swój ból; zwerbalizować negatywne doświadczenia; zmniejszyć poczucie niezrozumienia i osamotnienia (ktoś interesuje się jej przeżyciami, ktoś docenia ich powagę); zyskać poczucie wsparcia; podnieść poczucie sprawczości i kontroli dzięki przekonaniu o możliwości ewentualnego wpływu na standardy opieki położniczej. Zdecydowana większość kobiet potrzebuje wizyt kontrolnych po poronieniu, w czasie których mogłyby omówić swoje doświadczenie z nim związane, ale tylko niewiele ma ku temu rzeczywiście okazję. Z badań wynika, że znacznie więcej kobiet z klinicznie podwyższonym poziomem lęku jest wśród tych, które uważały, że nie miały możliwości przedyskutowania swoich uczuć podczas kolejnego badania lekarskiego i to miało szkodliwy wpływ na ich psychikę i pośrednio doprowadziło do negatywnego postrzegania opieki medycznej (Berth i in., 2009). Dlatego samo badanie prowadzone przez NIK poprzez zainteresowanie się doświadczeniem kobiet odnośnie oferowanej im w szpitalu opieki może mieć dla nich pozytywny skutek. Jeżeli natomiast kobieta uzyskała satysfakcjonującą opiekę, udział w badaniach jest okazją do „domknięcia” emocji związanych z pobytem w szpitalu i formą podziękowania za otrzymaną pomoc (ma przed kim pochwalić szpital za to, co było jej udziałem).

Kobiety biorące udział w badaniach ankietowych na temat otrzymanej opieki położniczej po stracie dziecka w okresie ciąży lub porodu zdają sobie sprawę, że ich aktywność badawcza nie przysporzy im jakiś korzyści, nie odmieni ich obecnej sytuacji, ale mogą kierować się przekonaniem, że przyczyniają się do zmiany systemowej w zakresie tej opieki, że wyniki takich badań mogą doprowadzić do podniesienia jakości oferowanych im usług położniczych, z których mogą same jeszcze kiedyś skorzystać a na pewno mogą pomóc innym kobietom w podobnej sytuacji. Udział w takich badaniach podwyższa poczucie solidarności z innymi kobietami, poczucie podmiotowości i autonomii,

wewnętrznej lokalizacji kontroli i sprawczości, może więc służyć polepszeniu obrazu własnej osoby i poczuciu własnej wartości oraz relacji na linii personel medyczny – pacjentka. Pozwala również budować zaufanie do personelu medycznego oraz instytucji państwa jako odpowiedzialnych za jakość opieki położniczej.

Przestrzeganie wszystkich zasad etycznych oraz psychologicznych w badaniach w grupie kobiet, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie na temat zapewnionej im w szpitalu opieki, daje podstawy do potwierdzenia zasadności takich badań, tym bardziej, że istnieje ogromna potrzeba w tym zakresie ze względów zarówno poznawczych jak i aplikacyjnych. Rolą państwa jest zapewnienie kobietom godnych warunków pobytu w szpitalu i zagwarantowanie im niezwykłych praw jako matek dzieci poronionych lub martwo urodzonych, dlatego każde badanie, które spełnia wymogi etyczne i swoimi wynikami może przyczynić się do zwiększania wiedzy w tym zakresie oraz umożliwić sformułowanie rekomendacji służących dobru kobiet, zasługuje na poparcie.

Wnioski końcowe

Bardzo ważne jest podjęcie starań skoncentrowanych na zapewnieniu opieki nad kobietą w ciąży od jej pierwszego kontaktu z lekarzem rodzinnym, ginekologiem położnikiem lub położną, poprzez opiekę szpitalną i poszpitalną, aby zapewnić wspierający pakiet usług dla każdej kobiety w procesie prokreacyjnym, zarówno tym prawidłowym jak i wtedy, gdy występują zaburzenia lub niepowodzenia. Poprawa opieki środowiskowej i szpitalnej nad kobietami w trakcie i po poronieniu może mieć ważny wkład w pozytywny stan zdrowia psychicznego zarówno kobiet jak i innych członków ich rodzin (ojca dziecka, dzieci w tej rodzinie), w relacje małżeńskie i dalsze plany prokreacyjne. Poprawa ta wiąże się z koniecznością prowadzenia specjalnych szkoleń dla pracowników służby zdrowia różnych szczebli w zakresie zaspokajania potrzeb rodziców w procesie prokreacyjnym, tworzenia systemu wsparcia dla nich (interwencje o charakterze medycznym wsparte środowiskowymi). Ze względu na bliski i znaczenie częstszy niż lekarza kontakt z kobietą roniącą pielęgniarzek i położnych istnieje ogromna potrzeba kształcenia ich w celu zapewnienia kobietom zindywidualizowanej i adekwatnej opieki (Radford, Hughes, 2015).

Wciąż niedoceniana jest konieczność edukacji rodziny i przyjaciół o psychospołecznych aspektach prokreacji (w tym o niepowodzeniach prokreacyjnych), aby mogli tworzyć bardziej przyjazne i wspierające rodziców środowiska. Kobiety w wieku prokreacyjnym powinny być objęte edukacją w zakresie sposobów mobilizowania wsparcia dla siebie w razie niepowodzenia prokreacyjnego, jak też w sytuacji ciąży, porodu i karmienia piersią. Należy też dostarczyć im użytecznych informacji o wiarygodnych zasobach internetowych, do których mogą mieć w razie potrzeby dostęp (Geller, Psaros,

Kerns, 2006; Rowlands, Lee, 2010, s. 284). Konieczne jest również zniwelowanie ukrytego charakteru poronień (jako coś bardzo intymnego i wstydlwego) i podnoszenie świadomości społecznej na temat wpływu niepowodzeń prokreacyjnych na funkcjonowanie kobiet i ich rodzin, aby gdy zajdzie taka potrzeba każdy, kto spotyka się z osobą doświadczoną trudnościami w prokreacji, mógł zapewnić jej adekwatne do sytuacji wsparcie.

Bibliografia:

- Abboud, L., Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3-18. <https://doi.org/10.1080/02646830512331330974>.
- Barton-Smoczyńska, I. (2015). *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.
- Beisert, M. (1993). Psychologiczne skutki zaburzeń w pełnieniu małżeńskiej funkcji prokreacyjnej, (w:) E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacji*, 117-143, Lublin: Redakcja Wydawnicza KUL.
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M.J., Bilardi, J.E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study, *BMC Womens Health Journal*, 18(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>.
- Berth, H., Puschmann, A.K., Dinkel, A., Balck, F. (2009). The trauma of miscarriage – factors influencing the experience of anxiety after early pregnancy loss [Article in German], *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(8), 314-320. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067540>.
- Białek, K.I., Malmur, M. (2020). Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage, *Medical Studies/Studia Medyczne*, 36(2), 134-141. <https://doi.org/10.5114/ms.2020.96794>.
- Bielan, Z., Machaj, A., Stankowska, I. (2010). Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu, *Seksuologia Polska*, 8(1), 41-46.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2014). Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny, (w:) I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny*, 411-436, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bielawska-Batorowicz, E., (2012). Strata ciąży i jej następstwa dla kobiety, stosunku do macierzyństwa, relacji z partnerem i kolejnym dzieckiem, (w:) E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska (red.), *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie*

- psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, 23-42, Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM.
- Bubiak, A., Bartnicki, J., Knihnicka-Mercik, Z. (2014). Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4(1), 69-78.
- Chazan, B. (1999). Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, 163-177, Lublin: Redakcja Wydawnicza KUL.
- Chazan, B. (2001). Dylematy ojcostwa, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*, 269-283, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Chazan, B. (2013). Nieudane rodzicielstwo - współczucie dla rodziców, szacunek dla ciała dziecka, (w:) J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, 207-214, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe.
- Chazan, B. (2010). Lekarz wobec poronienia, (w:) C. Klahs (red.), *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, Poznań: Wydawnictwo W Drodze.
- Dudziak, U. (2013). Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem, (w:) J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, 175-198, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe.
- Dziedzic, J. (2013). Wsparcie psychologiczno-pastoralne w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka, (w:) J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, 153-174, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe.
- Farren, J., Jalmbant, M., Falconieri, N., et al. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(367), e1-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>.
- Galewicz, W. (2009). O etyce badań naukowych, *Diametros*, 19, 48-57.
- Geller, P.A., Psaros Ch., Kornfield, S.L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want?, *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 111-24. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0147-5>.
- Geller, P.A., Psaros, Ch., Kerns, D. (2006). Web-based resources for health care providers and women following pregnancy loss, *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 35(4), 523-532. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00065.x>.
- Gersz, A. (2018). Największy koszmar w życiu musiały przeżyć w toalecie. Kobiety, które poroniły, przełamują tabu. 21.10.2018. <https://natemat.pl/252269,poronienie-nie-powinno-byc-tabu-kobiety-chca-o-tym-mowic>. [dostęp: 25.03.2020].

- Guzdek, P. (2017). *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie*, Kraków: Wydawnictwo Scriptum.
- Guzewicz, M. (2014). Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia, 1, 15-27.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2011). Czynniki utrudniające przebieg żałoby po stracie dziecka w okresie prenatalnym – rozważania teoretyczne, (w:) B. Bereza, M. Ledwoch (red.), *O jakości życia z perspektywy człowieka zdrowego i chorego*, Tom 2. Lublin: Wydawnictwo CPPP Scientific Press.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2014). *Witraże w ciemności, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. Książka niosąca światło*, Katowice: Wydawnictwo Księgarnia św. Jacka.
- Kleszcz-Szczyrba, R., Gałuszka, A. (red.) (2016). *Utrata i żałoba - teoria i praktyka*, Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Kodeks etyczno-zawodowy psychologa*. (1992). Warszawa: PTP.
- Kornas-Biela, D. (1993). Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym, (w:) E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacji*, 61-75, Lublin: Redakcja Wydawnicza KUL.
- Kornas-Biela, D. (1996). *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*. Lublin: TN KUL.
- Kornas-Biela, D. (2009). *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela, D. (1999). Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, 179-200, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Kornas-Biela, D. (2005). Psychodynamic approach to procreation failure, (w:) N. Gozdek, M. Sygit (red.), *Health Promotion. Theoretical and Practical Aspects*, 187-194, Lublin: Wydawnictwo WERSET.
- Kornas-Biela, D. (2018). Niepomyślna diagnoza prenatalna wyzwaniem dla rodziców, personelu medycznego oraz społeczeństwa, (w:) W. Sinkiewicz, R. Grabowski (red.), *Wyzwania i zagrożenia bioetyczne XXI*, 149-180, Bydgoszcz: Bydgoska Izba Lekarska, Komisja Bioetyczna.
- Łuczak, J., Pisarski, T. (1991). Stan psychiczny kobiet w ciąży po dwóch i więcej niepowodzeniach położniczych, *Ginekologia Polska*, supl. 2, 264-267.
- Łuczak-Wawrzyniak, J., Czarnecka-Iwańczuk, M., Bukowska, A., Konofalska N. (2010). Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży, *Ginekologia i Położnictwo*, 81, 374-377.
- Maker, C., Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity, *Psychology and Health*, 18, 403-415. <https://doi.org/10.1080/0887044031000069343>.

- Miernik, B. (2017). Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym, *Fides et Ratio. Kwartalnik Naukowy*, 1(29), 257-266.
- Murlikiewicz, M., Sieroszewski, P. (2013). Poziom depresji, lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 6(2), 93-98.
- Napiórkowska-Orkisz, M., Olszewska, J. (2017). Rola personelu medycznego we wsparciu psychicznym kobiety i jej rodziny po przeżytym poronieniu, *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(65), 529-536. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.72>.
- Nikcevic, A.V., Tunkel, S.A., Nicolaides, K.H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1998.11020123.x>.
- Norton, W., Furber, L. (2018). An exploration of how women in the UK perceive the provision of care received in an early pregnancy assessment unit: an interpretive phenomenological analysis, *British Medical Journal Open*, 8(8), e023579. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023579>.
- Petts, R.J. (2018). Miscarriage, religious participation, and mental health, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 57(1), 109-122. <https://doi.org/10.1111/jssr.12500>.
- Rowlands, I.J., Lee, Ch. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274-286. <https://doi.org/10.1080/02646831003587346>.
- Radford, E.J., Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1457-1465. <https://doi.org/10.1111/jocn.12781>.
- Sikora, K. (2014). Reakcje kobiet po stracie ciąży oraz zachowania partnerów, *Ginekologia i Położnictwo, Medical Project*, 3(33), 40-55.
- Simmons, R.K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study, *Social Science and Medicine*, 63(7), 1934-1946. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.024>.
- Stadnicka, S.K., Bień, A., Gdańska, P., Piechowska, J. (2016). Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa – udział położnej w opiece nad pacjentką w sytuacji utraty ciąży. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9), 379-390. <https://doi.org/10.5281/zenodo.62008>.
- Stankiewicz, K. (2015). Rodzina wobec śmierci dziecka. Żałoba, kryzys, wsparcie społeczne. *Paedagogia Christiana*, 2(36), 239-247. <https://doi.org/10.12775/PCh.2015.035>.
- Stratton, K., Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative, *Australian and New Zealand Journal of*

Obstetrics and Gynecology, 48(1), 5-11. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00806.x>.

Szymańska, M. (2008). *Postawa lekarza wobec niepowodzeń położniczych*, Białystok: Trans Humana.

Szymańska, M. (2011). Postawa lekarza w sytuacji niepowodzenia położniczego – aspekt zachowaniowy, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 4(2), 101-105.

Szymona-Pawłowska, K., Steuden, S. (2009). Doświadczenie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka, (w:) S. Steuden, K. Janowski (red.), *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, 41-57, Lublin: Wydawnictwo KUL.

The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, April 18, 1979. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>. [dostęp: 27.03.2020].

Walentynowicz-Morył, K. (2016). Utrata ciąży jako wyzwanie dla kobiecości – analiza doświadczeń kobiet znajdujących się w sytuacji utrudnionej prokreacji, *Rocznik Lubuski*, 42(1), 339-351.

Zbiór zasad i wytycznych pt. "Dobre obyczaje w nauce". 9.05.2000.

http://ichf.edu.pl/Dobre_obyczaje_w_nauce.pdf. [dostęp: 27.03.2020].

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym, <https://orcid.org/0000-0003-2584-6734>

Zakład Zdrowia Prokreacyjnego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Hanna Ruta, <https://orcid.org/0000-0003-3117-492X>

Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Ośrodek kompleksowego leczenia endometriozy jako odpowiedź na problemy zdrowotne szczególnej grupy pacjentek

Center of comprehensive endometriosis treatment as a response
to expectations of a particular group of patients

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.317>

Abstrakt: Endometrioza jest jednostką chorobową manifestującą się klinicznie jako złożony zespół objawów. Ze względu na różnorodny przebieg oraz zróżnicowane oczekiwania pacjentek wymaga kompleksowej i interdyscyplinarnej opieki medycznej. Stwierdzenie, że endometrioza to występowanie „tkanki zbliżonej do endometrium poza jamą macicy” nie oddaje złożonego charakteru i trudności terapeutycznych związanych ze schorzeniem. Brak w pełni skutecznych metod leczenia, częste nawroty i możliwe powikłania to jedynie niektóre napotykanne problemy. Stworzenie sieci referencyjnych ośrodków skoncentrowanych na leczeniu tej choroby jest uznanym sposobem na zapewnienie pacjentkom z endometriozą adekwatnej i efektywnej opieki. Udowodniono, że specyfika endometriozy sprawia, że ta wymagająca grupa pacjentek nie uzyskuje satysfakcjonujących wyników leczenia w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną oraz lokalne ośrodki ginekologiczne. Natomiast ośrodki referencyjne dzięki wyszkoleniu kadr, wdrożeniu protokołów terapeutycznych i wytycznych umożliwiają zapewnienie opieki na najwyższym poziomie przy współpracy specjalistów z różnych dyscyplin medycznych. Bieżąca ewaluacja wyników terapeutycznych stwarza możliwość prowadzenia badań naukowych oraz opracowywania nowych, praktycznych strategii leczniczych najlepiej służących pacjentkom. Zapewnienie odpowiedniej opieki nad tą szczególną grupą pacjentek narzuca konieczność ustanowienia również nowych programów zdrowotnych zapewniających odpowiednie środki na walkę z chorobą.

Słowa kluczowe: centrum referencyjne, endometrioza, niepłodność, terapia kompleksowa, zespół bólowy miednicy mniejszej

Abstract: Endometriosis is a disease that manifests itself as a complex set of clinical symptoms. Due to the diverse course and different expectations of patients, it requires comprehensive and interdisciplinary medical care. The statement that “endometriosis is the occurrence of endometrial-like tissue outside the uterine cavity” does not reflect the complex nature and therapeutic difficulties associated with the disease. The lack of fully effective treatment options, frequent relapses, and possible complications are just some of the problems that can be encountered. Creating a network of reference centers focused on this disease is a recognized way to provide patients with endometriosis with adequate and effective care. Due to the specificity of endometriosis, primary and secondary health care is often associated with poor treatment results of this demanding group of patients. In contrast, the provision of care at the highest level in cooperation with specialists from various medical disciplines can be obtained in reference centers, thanks to the training of staff and the implementation of therapeutic protocols and guidelines. The ongoing evaluation of therapeutic outcomes lead to the opportunity of scientific research and novel, practical therapeutic strategies that serve best to patients.

Ensuring adequate care for this demanding group of patients also requires the establishment of new health programs that provide adequate resources to fight the disease.

Key words: comprehensive treatment, endometriosis, infertility, pelvic pain syndrome, center of excellence

1. Określenie problemu zdrowotnego

Zachorowalność na endometriozę dotyczy dużej grupy kobiet w wieku prokreacyjnym, jak również może się rozciągać na okres okołomenopauzalny. Obecność schorzenia stwierdzana jest nawet u 10 % kobiet miesiączkujących, a frakcja ta zwiększa się do nawet 50 % kobiet zmagających się z zaburzeniami płodności (Maksym i Baranowski, 2020). W praktyce często lekarz rodzinny lub ginekolog podstawowej opieki zdrowotnej mają do czynienia z pacjentkami zgłaszającymi objawy choroby. Liczne analizy pokazują, że w przypadku braku odpowiedniego wyszkolenia specjalistów nie ma szans na trafną, a zarazem szybko postawioną diagnozę. Wykazano, że nawet u 65 % kobiet z błędnie postawioną wstępną diagnozą opóźnienie ostatecznego rozpoznania przekracza 8 lat (Hummelshoj i in., 2006). Pomimo rosnącej roli diagnostyki obrazowej ostateczne rozpoznanie może zostać postawione dopiero w trakcie operacji laparoskopowej. Podczas oceny klinicznej i stratyfikacji ryzyka wystąpienia choroby należy uwzględnić czynniki środowiskowe, genetyczne oraz aspekty epidemiologiczne, takie jak wysoki status socjoekonomiczny, rodzinne występowanie, brak zawarcia stałego związku, nierództwo, wczesny wiek menarche, zaburzenia miesiączkowania, niską masę urodzeniową oraz profil biofizyczny pacjentek. (Maksym i Baranowski, 2020; Stępniewska i in., 2020).

Endometrioza klasycznie manifestuje się obniżeniem płodności, w skrajnym przypadku powodującym uniemożliwienie prokreacji, oraz z zespołem dolegliwości bólowych utrudniających codzienną aktywność oraz funkcjonowanie w społeczeństwie. Krańcowo nasilone formy choroby pojawiają się rzadko, lecz rosnąca społeczna świadomość problemu sprawia, że identyfikuje się coraz szerszą grupę pacjentek zgłaszających objawy ze spektrum endometriozy. Wystąpienie typowych objawów takich jak: wydłużone staranie się o ciążę (*subfertility*), bolesne miesiączkowanie (*dysmenorrhea*), niecykliczne bóle brzucha (*pevic pain*), bolesne współżycie płciowe (*dyspareunia*), uczucie permanentnego zmęczenia (*neurastenia*), może wskazywać na konieczność skierowania do ośrodka referencyjnego w celu pogłębionej diagnostyki i leczenia. Znajomość grupy schorzeń autoimmunologicznych, układowych i neurologicznych często współistniejących z endometriozą również pozwala na wykonanie wczesnej diagnostyki różnicowej w kierunku endometriozy (Maksym i Baranowski, 2020). Skierowanie do ośrodka wyspecjalizowanego w opiece nad pacjentkami z endometriozą pozwala na optymalizację i dopasowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjentki. Objęcie kompleksową opieką pozawala, z jednej strony na wdrożenie efektywnej terapii, z drugiej strony umożliwia

uniknięcie nadmiernego, nieuzasadnionego eskalowania interwencji operacyjnych. Postępowanie lekarskie w tym przypadku powinno dążyć do poprawy jakości życia i chronić pacjentki przed groźnymi powikłaniami choroby i powikłaniami leczenia (Filipecka-Tyczka i in., 2020).

2. Znaczenie diagnostyki przedoperacyjnej

Należy podkreślić, że złotym standardem diagnostycznym pozwalającym na definitywne postawienie rozpoznania pozostaje ocena histopatologiczna próbek pobranych w trakcie laparoskopii diagnostyczno-terapeutycznej. Postawienie takiego rozpoznania wymaga jednak zastosowania interwencji inwazyjnej, która zasadniczo zarezerwowana jest dla odpowiednio przygotowanego zespołu operacyjnego pracującego w ośrodku referencyjnym. Od dłuższego czasu uważa się, że zastosowanie jedynie diagnostycznej laparoskopii i odroczenie właściwej operacji nie powinno mieć miejsca (Johnson i in., 2013; Dunselman i in., 2014). W związku z powyższym diagnostyka przedoperacyjna jest istotna dla wdrożenia leczenia przedoperacyjnego oraz odpowiedniego przygotowania pacjentki do operacji w ośrodku leczenia endometriozy. W razie stwierdzenia znacznego prawdopodobieństwa zajęcia okolicznych narządów przez zmiany głęboko naciekające pozwala również na skompletowanie interdyscyplinarnego zespołu specjalistów oraz zabezpieczenie odpowiedniej sali operacyjnej i sprzętu (Filipecka-Tyczka i in., 2019). W ostatnim okresie kładzie się zwiększony nacisk na rolę dynamicznego eksperckiego badania ultrasonograficznego (USG). Pomimo konieczności nabycia unikalnych umiejętności przez eksperta ultrasonografistę, dostrzega się przewagę w stosunku do badania rezonansu magnetycznego (MRI). Przede wszystkim dynamiczne USG pozwala na ocenę mobilności poszczególnych narządów i subiektywną odpowiedź pacjenta na ucisk sondą ultradźwiękową. Natomiast ze względu na niższe koszty i łatwiejszy dostęp do aparatów USG może być wykonywane wielokrotnie i służyć do monitorowania procesu leczenia. Rekomendacje z 2013 r. zespołu z European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) podkreślają istotną rolę jaką odgrywa USG eksperckie w procesie diagnostycznym. Spośród 13 zaleceń dotyczących rozpoznawania endometriozy trzy z nich mają najwyższy stopień rekomendacji a dwa z nich dotyczą USG (Dunselman i in., 2014). Jednak podstawowym warunkiem, aby dynamiczne USG zmian głębokich w endometriozie spełniało swoje zadanie jest wyszkolenie i wąskie wyspecjalizowanie odpowiednich diagnostów w tej dziedzinie. W praktyce ultrasonografista niewspółpracujący ściśle z ośrodkiem leczenia endometriozy ma małe szanse regularnego badania wystarczającej liczby pacjentek z ciężkim przebiegiem endometriozy oraz na nabycie wymaganego doświadczenia.

3. Kompleksowe leczenie w ośrodku leczenia endometriozy

Leczenie endometriozy zasadniczo musi być zawsze personalizowane ze względu na odmienną sytuację i różne cele leczenia u każdej pacjentki (Ebert i in., 2013). Dokładny wywiad i omówienie problemów związanych z prowadzeniem leczenia pozwala wspólnie z pacjentką podjąć kluczowe decyzje i uniknąć wtłaczania w sztywny schemat, co mogłoby prowadzić do błędów terapeutycznych i nieskuteczności procesu leczniczego. Postawa partnerska, edukacja zdrowotna i przejęcie odpowiedzialności przez pacjentkę jest niezmiernie istotne wobec długiego czasu opieki i konieczności ścisłej adhezji do zaleceń terapeutycznych (*compliance*). Wyróżnia się dwa klasyczne cele leczenia w endometriozie: opanowanie dolegliwości bólowych oraz poprawę warunków płodności (Johnson i in., 2013). W praktyce rzadko spotykane są inne wskazania obejmujące konieczność usunięcia ognisk ze względu na naciek powodujący uszkodzenie sąsiednich organów lub konieczność wycięcia zmian i postawienia diagnozy histopatologicznej w razie podejrzenia onkologicznego. Do najcięższych uszkodzeń wywoływanych przez endometriozę należą nacieki miednicznego odcinka moczowodów. Poprzez podstępny przebieg i niewielkie objawy może dochodzić do całkowitego zamknięcia odpływu moczu, wodonercza i w konsekwencji jedno lub obustronnej utraty nerek (Filipecka-Tyczka i in., 2020).

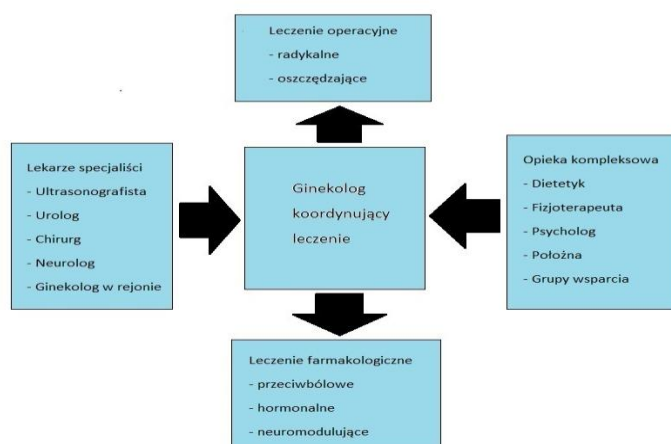
Istnieje szeroki konsensus, że leczenie zespołu bólowego powinno być rozpoczęte i zasadniczo prowadzone zachowawczo, a oszczędzające bądź radykalne leczenie operacyjne jest zarezerwowane dla pacjentek niereagujących na to leczenie. W leczeniu zachowawczym użyteczne są leki przeciwbólowe, neuromodulujące oraz leki o aktywności hormonalnej należące do różnych grup substancji. Nie bez znaczenia pozostaje uzupełnienie terapii o odpowiednią dietę, suplementację, włączenie aktywności ruchowej, ćwiczenia oddechowe oraz terapię psychologiczną obejmującą również pacjenckie grupy wsparcia (Johnson i in., 2013). Skuteczność i celowość leczenia komplementarnego jest przedmiotem szerokich dyskusji, lecz nie do rzadkości należą przypadki, w których pacjentka po wprowadzeniu modyfikacji diety i stylu życia obserwuje taką poprawę, że rezygnuje z innych elementów leczenia. W wypadku podjęcia leczenia operacyjnego, celem uniknięcia wznowy terapię należy również uzupełnić o leczenie hormonalne i inne nefarmakologiczne elementy.

Zupełnie odmienna strategia postępowania obowiązuje w przypadku, gdy pierwszorzędnym celem leczenia jest poprawa płodności. Podstawą leczenia w takim przypadku jest jednoetapowa operacja polegająca na jednoczesnej diagnostyce i doszczętnym usunięciu ognisk endometriozy. Operacja powinna być przeprowadzona laparoskopowo w ośrodku dysponującym w razie potrzeby możliwością rozszerzenia zabiegu przy obecności konsultantów innych specjalizacji, w tym chirurga i urologa. Nie rekomenduje się w takich przypadkach leczenia hormonalnego zarówno przed jak i po

operacji, gdyż nie udowodniono korzyści z takiego postępowania. Leczenie operacyjne poprawia szansę na zajście w ciążę niezależnie od stadium zaawansowania choroby (Johnson i in., 2013; Dunselman i in., 2014). Po leczeniu operacyjnym szanse na spontaniczne zajście w ciążę mogą dochodzić nawet do 80% w okresie 3 lat. Prawidłowe przeprowadzenie pierwotnej operacji jest kluczowe, gdyż kolejne interwencje nie przynoszą tak wyraźnej poprawy. Skupienie się na perfekcyjności leczenia operacyjnego jest niezmiernie istotne, gdyż zastępcze leczenie farmakologiczne, czy też technik wspomaganego rozrodu nie są w stanie zrekompensować efektów operacji przeprowadzonej w niewłaściwy sposób. W związku z powyższym uważa się, że lekarz koordynujący leczenie powinien być nade wszystko chirurgiem reprodukcyjnym, a podnoszenie umiejętności operacyjnych jednym z głównych celów tworzenia ośrodków leczenia endometriozy (Koninckx i Ussia, 2010).

Dla każdej pacjentki na podstawie protokołu operacyjnego, uwzględniając stopień zaawansowania choroby, stan narządu płciowego i czynniki demograficzne, można w prosty sposób obliczyć szanse na osiągnięcie spontanicznej ciąży i umożliwić jej świadomą decyzję co do dalszych planów prokreacyjnych i metod leczenia (Adamson i in., 2010). Dla osiągnięcia sukcesu kluczowa jest również diagnostyka i leczenie innych zaburzeń zdrowotnych, które mogą współwystępować z endometriozą i wpływać na płodność pary, czasem nawet istotniejszy niż sama endometrioza. Tego typu całościowa optymalizacja potencjału płodności, nieograniczająca się jedynie do kobiety, powinna rozpocząć się już na długo przed przeprowadzeniem operacji (Maksym i in., 2019).

Niezależnie od głównych wskazań i zastosowanych metod leczenia, koncepcja referencyjnego ośrodka leczenia endometriozy daje możliwość wielopłaszczyznowego zajęcia się pacjentką i uzyskania niezbędnych konsultacji specjalistycznych (Ryc. 1 przedstawia koncepcję funkcjonowania ośrodka leczenia endometriozy).



Ryc. nr 1. Koncepcja funkcjonowania ośrodka leczenia endometriozy. Lekarz ginekolog koordynujący leczenie korzysta z pomocy innych profesjonalistów medycznych ustalając strategię i przeprowadzając leczenie endometriozy

Całość procesu leczniczego koordynowana jest przez specjalistę ginekologii operacyjnej, który wraz z pacjentką decyduje o strategii terapeutycznej a jednocześnie uzyskuje wsparcie lekarzy specjalistów jak i profesjonalistów medycznych nie będących lekarzami. Do podstawowych zadań ginekologa koordynującego należą zebranie wywiadu i badanie fizykalne pacjentki, zlecenie badań obrazowych, okresowa kontrola pacjentek, włączanie w proces terapeutyczny innych specjalistów, przeprowadzenie leczenia operacyjnego oraz komunikacja z ginekologiem prowadzącym w rejonie.

Wśród współpracujących specjalistów kluczowe znaczenie ma ekspert ultrasonografista wyspecjalizowany w badaniu endometriozy. W trakcie szczegółowego badania ultrasonografista w sposób sformalizowany ocenia narząd płciowy wykorzystując właściwe protokoły i klasyfikacje: IOTA, IDEA, IETA, MUSA, ESHRE-ESGE. Do innych istotnych aspektów badania należą ocena rezerwy jajnikowej oraz kontrola układu moczowego. Na etapie ambulatoryjnym wśród innych istotnych profesjonalistów należy wymienić dietetyka, psychologa, fizjoterapeutę, położną oraz endokrynologa reprodukcyjnego, specjalistę medycyny bólu, gastroenterologa i proktologa. W zależności od umiejętności operacyjnych ginekologa oraz zakresu zaawansowania choroby, w trakcie procedur operacyjnych mogą być potrzebni inni specjaliści. Poza sprawnym zespołem instrumentariuszek wsparcie może zaoferować chirurg ogólny, urolog, chirurg naczyniowy oraz anestezjolog przygotowany do prowadzenia znieczuleń do długich operacji laparoskopowych w pozycji Trendelenburga (Filipecka-Tyczka i in., 2019; Stępniewska i in., 2020).

Dla optymalizacji funkcjonowania istotne jest ściśle zdefiniowanie zadań i granic kompetencji dla poszczególnych specjalistów w procesie diagnostycznym i leczniczym. Zadaniem lekarza prowadzącego w rejonie jest postawienie wstępnego rozpoznania i przekierowanie pacjentki do ośrodka referencyjnego w celu potwierdzenia rozpoznania i ustalenia planu leczenia. Jeśli to wskazane powinien niezwłocznie włączyć leczenie pierwszego rzutu, czyli leki przeciwbólowe oraz leczenie hormonalne. Następnie jego zadaniem jest kontynuowanie i nadzorowanie terapii według zaleceń ośrodka referencyjnego (Stępniewska i in., 2020).

Zadaniem lekarza koordynującego w ośrodku referencyjnym jest zaangażowanie lekarzy innych specjalności i kierowanie pracą tak stworzonego zespołu. Jako osoba najlepiej zorientowana w historii leczenia pacjentki, wskazaniach, celach i możliwościach terapeutycznych, odgrywa kluczową rolę w podejmowaniu strategicznych decyzji co do planu leczenia i odpowiada za jego powodzenie.

Endokrynolog reprodukcyjny lub inny lekarz kompetentny w dziedzinie medycyny rozrodu jest kolejnym istotnym członkiem zespołu. Wiele kobiet z endometriozą będzie zmagać się z zaburzeniami płodności. Niezbędnym elementem procesu terapeutycznego jest

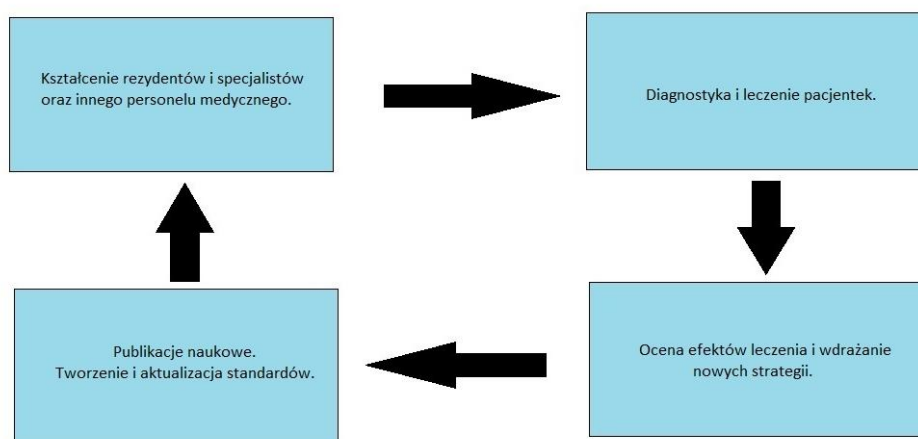
przedstawienie kobiecie rokowań co do szans na prokreację, bez względu na obecne plany i oczekiwania. Należy poinformować pacjentkę, iż w omawianej jednostce chorobowej może dochodzić do znacznego ograniczenia płodności jeśli plany prokreacyjne będą odsuwane w czasie. Należy jednak pamiętać, aby przedstawiać rzetelne dane, unikając narracji dyrektywnej i nadmiernych uproszczeń, pamiętając że wiele pacjentek z potwierdzoną endometriozą, które nie starały się wcześniej o dziecko, może zająć w ciążę bez istotnego czasu oczekiwania. Z drugiej strony rozpoznanie endometriozy u pacjentki niepełodnej, nie zwalnia z kompleksowej diagnostyki niepłodności i leczenia innych stwierdzonych przyczyn zaburzeń płodności (Maksym i in., 2019).

Do ważnych zadań związanych z organizacją pracy na oddziale zabiegowym należy optymalizacja opieki nad pacjentką w tym włączanie elementów protokołu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). ERAS to model planowej opieki okołoperacyjnej wprowadzany w celu zmniejszenia urazu, stresu i upośledzenia czynności narządów, dzięki czemu szybciej przebiega proces powrotu do zdrowia. Wiąże się to z krótszą hospitalizacją, mniejszą liczbą powikłań, rehospitalizacji i dni opuszczonych w pracy. Koncepcja zakłada odejście od tradycyjnych, opartych na przyzwyczajeniach protokołach i wprowadzenie zasad opartych na dowodach naukowych (EBM), które pomagają poprawić efekty zdrowotne i znacznie zmniejszyć koszty leczenia. Efekty są osiągnięte dzięki stworzeniu jasnych standardów i edukacji zdrowotnej pacjentek. Wśród ważnych modyfikacji można wymienić: przyjęcie do szpitala w dniu operacji, prowadzenie nawadniania doustnego do 2 godzin przed operacją, żywienie dojelitowe do 6 godzin przed operacją, unikanie przygotowania jelita (lewatywa stosowana jedynie w razie ewidentnych wskazań), unikanie sedacji i przewodnienia dożylnego, stosowanie przede wszystkim techniki laparoskopowej, unikanie tamponowania, zakładania drenów, unikanie hipotermii i zbędnego żywienia pozajelitowego. Wczesne uruchomienie i wypis do domu zakłada stały, zdalny kontakt z pacjentką, w tym możliwość całodobowych konsultacji telefonicznych we wczesnym okresie (Ferrari i in., 2020).

W obecnych realiach zebranie doświadczonego zespołu w jednej placówce może być znacznie utrudnione lub niepraktyczne. Realnym rozwiązaniem może być stworzenie multidyscyplinarnej sieci - wirtualnego centrum - w którym specjaliści pracują w różnych miejscach, ale dzięki współpracy prowadzą centralną, wspólną dokumentację medyczną dla każdego pacjenta, która jest utrzymywana i aktualizowana przy każdej przeprowadzonej konsultacji w centrum lub sieci. Jest mało prawdopodobne, aby tego typu sieci mogły efektywnie działać w skali międzynarodowej. Korzystne byłoby stworzenie sieci ośrodków na poziomie krajowym, które współpracowałyby między sobą na stopie organizacji i stowarzyszeń międzynarodowych (D'Hooghe i Hummelshoj, 2006).

4. Działalność centrum leczenia endometriozy niezwiązana bezpośrednio z leczeniem

Ze względu na znaczenie endometriozy jako problemu zdrowotnego oraz tworzenie ośrodków leczenia endometriozy w oparciu o szpitale kliniczne i akademickie, na ośrodkach spoczywają też dodatkowe zadania. Społeczna odpowiedzialność wymaga zaangażowania w kształcenie lekarzy rezydentów i specjalistów, prace badawcze, popularyzatorskie, działania profilaktyczne, współpracę z organizacjami pacjentów i kształtowanie polityki zdrowotnej. Przykładowy schemat różnych etapów działalności ośrodka, które w rzeczywistości w dużej mierze się przeplatają przedstawia Ryc. 2.



Ryc. nr 2. Cykl pracy ośrodka leczenia endometriozy. Aby oferować leczenie na najwyższym poziomie ośrodek uczestniczy w pracach badawczych, kształceniu specjalistów i podnoszeniu świadomości społecznej na temat endometriom

Leczenie dużych grup pacjentek z zachowaniem najwyższych standardów terapeutycznych daje duże możliwości prowadzenia analiz naukowych i badań klinicznych. Dzięki dogłębnej diagnostyce i kompleksowej opiece badania mogą brać pod uwagę wszystkie objawy i aspekty, które są powiązane z przebiegiem endometriozy. W szczególności można uwzględnić nawroty oraz powikłania związane z leczeniem chirurgicznym. Wyniki obserwacji mogą umożliwić lepsze zrozumienie patogenezы choroby, jej rozwoju oraz możliwości nawrotu. Duża liczba pacjentek pozwala na wdrożenie najwyższej jakości badań randomizowanych oraz pozyskiwanie próbek biologicznych wraz z danymi klinicznymi, co jest niezbędne w postępie nauk podstawowych (D'Hooghe i Debrock, 2003). Należy podkreślić, że rzetelne badania kliniczne oraz badania podstawowe są jedynym sposobem na pozyskanie nowej wiedzy użytecznej do leczenia endometriozy.

Unikalne doświadczenie, umiejętności praktyczne i wiedza zespołu dedykowanemu leczeniu pacjentek z endometriozą pozwala na opracowywanie nowych standardów leczenia i wdrażanie nowych rozwiązań terapeutycznych. Wysoki stopień kompetencji sprawia, że profesjonaliści są ekspertami w swoich dziedzinach i mogą być wykładowcami i praktycznymi instruktorami dla personelu medycznego w trakcie szkolenia. Wdrożenie nowoczesnych metod dydaktycznych wraz przejrzystą organizacją szkoleń i jasnym określeniem celów szkolenia, pozwala na maksymalne skrócenie krzywej uczenia i uzyskanie najwyższych kompetencji. Aby zapewnić wysoki poziom merytoryczny każdy z członków zespołu powinien nieustannie koncentrować się na leczeniu i diagnostyce endometriozy, uaktualniać wiedzę oraz stale doskonalić umiejętności (Stępniewska i in., 2020).

5. Ekonomiczny aspekt tworzenia ośrodków leczenia endometriozy

Endometrioza stanowi duże obciążenie nie tylko dla poszczególnych pacjentek, lecz również dla społeczeństwa jako całości. Objawy choroby odpowiadają za zaburzenie funkcjonowania społecznego i dotyczą głównie osoby młode – często mające plany prokreacyjne i zawodowe. Omówienie kosztów społecznych i finansowych leczenia niepłodności wykracza daleko poza ramy niniejszego opracowania. Koszty związane z absencją zawodową są również znaczne. Przykładowo w Wielkiej Brytanii wskazano, że znaczna większość objawowych kobiet z endometriozą traci średnio 5,3 dnia pracy w miesiącu z powodu jej objawów (Hummelshoj i in., 2006). W zależności od systemu ubezpieczeń społecznych wiąże się to z bezpośrednią utratą dochodu lub kosztami poniesionymi pośrednio przez społeczeństwo. Zmniejsza się również konkurencyjność poszczególnych chorych na rynku pracy, co redukuje szanse na samorealizację i karierę zawodową.

Pomimo istotnej wagi skutecznego leczenia endometriozy dla gospodarki narodowej, wdrożenie efektywnego leczenia endometriozy napotyka niestety również liczne przeszkody systemowe. W chwili obecnej struktura opieki zdrowotnej nie dysponuje racjonalnym mechanizmem refundowania leczenia ze środków publicznych i odpowiadającym realnym kosztom sposobem wyceny świadczeń medycznych dla pacjentek z endometriozą. Wieloaspektowy charakter endometriozy, obecność licznych chorób współistniejących (Maksym i Baranowski, 2020) oraz często ograniczone realizowanie zaleceń terapeutycznych (*low compliance*) sprawiają, że nawet ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest dużym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej. Koszty konsultacji i farmakoterapii w praktyce znacznie przewyższają koszty rutynowego nadzoru ginekologicznego nad pacjentką nieobciążoną. Dysonans pogłębia się jeszcze bardziej jeśli weźmie się pod uwagę leczenie operacyjne. Porównywalne pod kątem rozległości

i możliwych powikłań procedury ginekologii onkologicznej są obecnie wycenione na poziomie zwykle odpowiadającym realnym kosztom poniesionym przez świadczeniodawców. Ubezpieczyciel publiczny podobne procedury wykonywane u pacjentek z endometriozą z powodów nieonkologicznych, często wycenia na kilkukrotnie niższym poziomie. Powoduje to nadmierne obciążenie świadczeniodawców oraz odpływ pacjentów do ośrodków zagranicznych i poza system publicznej służby zdrowia. Niezapewnienie adekwatnego sposobu realizacji świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej, wraz z coraz szerszym praktycznym wykorzystaniem dyrektywy o transgranicznej opiece medycznej, może w dłuższej perspektywie doprowadzić do eskalacji kosztów, które i tak ostatecznie będzie musiał ponieść krajowy system finansowania opieki medycznej. Nieobecność lokalnej sieci placówek może wiązać się również z niezapewnieniem leczenia kompleksowego i odpowiedniego nadzoru pooperacyjnego „na odległość”, wobec czego potrzeby zdrowotne tej grupy pacjentek i tak nie będą odpowiednio zabezpieczone.

Podsumowanie

Stworzenie sieci ośrodków poświęconych kompleksowemu leczeniu endometriozy jest jednym z ważnych i aktualnych wyzwań medycyny. Wielokierunkowe wysiłki skoncentrowane na zapewnieniu leczenia endometriozy na najwyższym poziomie są istotne dla zdrowia dużej części populacji. Optymalizacja efektów leczenia pozwala ostatecznie na poprawę jakości życia pacjentek i uniknięcie bezpośrednich i pośrednich kosztów związanych z endometriozą. Dopasowanie leczenia do potrzeb pacjentek pozwala na najbardziej efektywne osiągnięcie celów związanych z redukcją dolegliwości bólowych i poprawy płodności. Referencyjne ośrodki leczenia endometriozy to uznane rozwiązanie mające na celu osiągnięcie wysokich standardów leczenia.

Bibliografia:

- Adamson, G.D., Pasta D.J. (2010). Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertility and Sterility*, 94 (5), 1609-15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.035>.
- D'Hooghe, T., Debrock S. (2003). Future directions in endometriosis research, *Obstetric Gynecology Clinical North America*, 30, 221-244. doi: 10.1016/s0889-8545(02)00063-3.
- D'Hooghe, T., Hummelshoj L. (2006). Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal, *Human Reproduction*, 1-6. <https://doi.org/10.1093/humrep/del123>.
- Dunselman, G.A., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A.W., Kiesel, L., Nap, A., Prentice, A., Saridogan, E.,

- Soriano, D., Nelen, Wm .(2014). European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis, *Human Reproduction*, 29 (3), 400-12. <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>.
- Ebert, A.D., Ulrich, U., Keckstein J., Müller, M., Schindler, A.E., Sillem, M., Tinneberg H.R., De Wilde R.L., Schweppe K.W.; Endometriosis Research Foundation, and the European Endometriosis League. (2013). Implementation of certified endometriosis centers: 5-year experience in German-speaking Europe, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 76 (1), 4-9. <https://doi.org/10.1159/000346457>.
- Ferrari, F., Forte S., Sbalzer, N., Zizioli, V., Mauri, M., Maggi, C., Sartori, E., Odicino, F. (2020). Validation of an enhanced recovery after surgery protocol in gynecological surgery: an Italian randomized study. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 8:S0002-9378(20)30720-1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.003>.
- Filipecka-Tyczka, D., Kajdy, A., Siekierski B.P., Stańczyk, M., Rogowski, A., Rabijewski M., Maksym, R.B. (2020). Deep infiltrating endometriosis as a cause of severe urogynecological complications despite invasive treatment – report of two cases from the center for endometriosis surgery, *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, zaakceptowane do publikacji.
- Filipecka-Tyczka, D., Maksym, R.B., Kajurek, K., Rogowski, A., Rabijewski, M. (2019) Endometrioza głęboko naciekająca – jak ją rozpoznać? *Ginekologia po Dyplomie*, 21 (2), 60-65.
- Koninckx, P.R., Ussia, A. (2010). “Centers of excellence in endometriosis surgery” or “centers of excellence in endometriosis”, *Gynecological Surgery*, 7, 109–111. <https://doi.org/10.1007/s10397-009-0549-4>.
- Hummelshoj, L., Prentice, A., Groothuis, P. (2006). Update on endometriosis, *Womens Health*, 2, 53–56. <https://doi.org/10.2217/17455057.2.1.53>.
- Johnson, N.P., Hummelshoj, L., World Endometriosis Society Montpellier Consortium. (2013). Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction*, 28 (6), 1552-68. <https://doi.org/10.1093/humrep/det050>.
- Maksym, R.B, Baranowski, W. (2020). Etiopatogeneza endometriozy – geny czy środowisko? (w:) W. Baranowski (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, 5-10, Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Maksym R.B., Skibińska, M. (2019), Diagnostyka niepłodności kobiecej w oparciu o międzynarodowe wytyczne, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3 (39), 30-43. <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.118>.
- Stępniewska, A., Biela, M., Ceccaroni M. (2020). Organizacja opieki nad pacjentkami z endometriozą – rola ośrodka referencyjnego, (w:) W. Baranowski, (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, 46-60, Warszawa: Medical Tribune Polska.

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym, <https://orcid.org/0000-0003-2584-6734>

Zakład Zdrowia Prokreacyjnego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Mgr Beata Mariańczyk, <https://orcid.org/0000-0003-4057-6971>

Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Wpływ karmienia piersią na rozwój endometriozy

The role of breastfeeding in the development of endometriosis

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.316>

Abstrakt: Patogeneza endometriozy wynika z współdziałania czynników środowiskowych i genetycznych. Ze względu na częste występowanie oraz duży wpływ na życie i stan zdrowia, ustalenie ważnych czynników sprawczych endometriozy jest istotnym problemem zdrowia publicznego. Do ciekawych zjawisk, niewątpliwie wpływających na ryzyko endometriozy należy karmienie piersią. Ciąża i laktacja jest istotnym elementem cyklu prokreacyjnego wpływającym gruntownie na całą gospodarkę endokrynologiczną kobiety z konsekwencjami trwającymi lata. Z drugiej strony możliwość karmienia pokarmem matki jest dla dziecka najlepszym źródłem składników odżywczych, ale również sygnałem programującym immunologicznie i epigenetycznie organizm na okres całego życia. Poniżej przedstawiono koncepcje i dowody naukowe wiążące karmienie piersią z ryzykiem występowania i etiopatogenezą endometriozy. Świadomość możliwych związków przyczynowych w tej dziedzinie jest kluczowa nie tylko dla leczenia pacjentek z endometriozą, lecz ma znaczenie w budowaniu strategii profilaktycznych niezbędnych w zapobieganiu tej chorobie. Zaprezentowana wiedza jest również pomocna dla profesjonalistów medycznych biorących udział w konsultowaniu i edukacji prozdrowotnej pacjentek.

Słowa kluczowe: endometrioza, karmienie piersią, laktacja, patogeneza, profilaktyka, środowisko

Abstract: The pathogenesis of endometriosis depends on the interaction of environmental and genetic factors. Due to its high prevalence and major impact on quality of life and health, identifying important causative agents of endometriosis is a major public health concern. One of the interesting phenomena that undoubtedly influences the risk of endometriosis is breastfeeding. Pregnancy and lactation is an important element of the reproductive cycle that has a profound effect on the entire endocrine system of a woman, with long-lasting consequences. On the other hand, the possibility of feeding on the mother's food is the best source of nutrients for the baby, but also a signal that programs the body immunologically and epigenetically throughout its entire life. The concepts and scientific evidence linking breastfeeding with the risk and etiopathogenesis of endometriosis are presented below. Awareness of possible causal relationships in this field is crucial not only for the treatment of patients with endometriosis but also for building prophylactic strategies necessary to prevent this disease. The presented knowledge is also helpful for medical professionals participating in consulting and pro-health education of patients.

Keywords: endometriosis, breastfeeding, lactation, pathogenesis, prevention, environment

1. Czynniki ryzyka endometriozy

Endometrioza to przewlekła nieonkologiczna choroba, w przebiegu której komórki zbliżone do endometrium lokalizują się poza jamą macicy i wywołują wielokierunkowe

reakcje i objawy chorobowe. Schorzenie to obserwowane jest nawet u ok. 10% kobiet w wieku rozrodczym oraz u 50% pacjentek z niepłodnością. Najczęstszymi objawami endometriozy są m. in. dolegliwości bólowe podczas miesiączki, przewlekły ból w obrębie miednicy oraz bolesne współżycie. Dolegliwości te mają znaczący wpływ na jakość życia kobiety i mogą zaburzać jej funkcjonowanie w społeczeństwie (Zondervan i in., 2020). Mimo, że endometrioza jest powszechną przypadłością i pierwsze przypadki opisano już ponad 100 lat temu, to nadal nie znamy dokładnej etiopatogenezy tego schorzenia. Natomiast opisano szereg czynników ryzyka, które mogą brać udział w rozwoju endometriozy lub akumulować się wybiórczo u pacjentek z endometriozą. Czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia endometriozy jest wczesny wiek pojawienia się pierwszej miesiączki (≤ 11 lat), krótkie cykle miesiączkowe (≤ 27 dni) oraz małą liczbą odbytych porodów (Cramer i Missmer, 2002). Jednocześnie warto zauważyć, że ciąża oraz laktacja, mają ochronny wpływ na ryzyko wystąpienia endometriozy (Farland i in., 2017). Dokładne mechanizmy nie są jeszcze potwierdzone, ale postuluje się, że wydłużony okres wyłącznego karmienia piersią wiąże się z hamowaniem wytwarzania FSH i LH, blokując w ten sposób owulację oraz miesiączkę (laktacyjny brak miesiączki). Zmiany hormonalne związane z laktacją (wyższy poziom oksytocyny i prolaktyny oraz niższy poziom estrogenu i progesteronu) mogą rzutować na zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia chorób zależnych od hormonów, jak: raka jajnika, raka piersi oraz rozwoju endometriozy (Farland i in., 2017; Heilier i in., 2007). Brak miesiączek występujący podczas laktacji wiąże się z reguły ze znacznym zmniejszeniem się dolegliwości bólowych i poprawą jakości życia, lecz postuluje się również bardziej złożone mechanizmy wywołane laktacją.

2. Hormonalna regulacja laktacji

By lepiej zrozumieć to zagadnienie konieczne są informacje na temat zmian endokrynych podczas karmienia piersią. Proces przygotowania gruczołu skutkowego do laktacji przebiega stopniowo i wiąże się ze znacznymi zmianami. Laktogeneza, czyli proces wzrostu i rozwoju gruczołu piersiowego i przygotowanie go do wydzielania mleka, zależna jest od mechanizmów hormonalnych, neurohormonalnych oraz autokrynych. Na ten złożony i wieloetapowy proces składają się przemiany komórek nabłonka laktocytów (pęcherzyków mlecznych) z niewydzielniczego na wydzielniczy.

Laktogenezę można podzielić na trzy etapy:

- laktogeneza I - trwająca od okresu ciąży do około 2 doby po porodzie;
- laktogeneza II - do ok 40 godzin po porodzie (zazwyczaj obserwuje się nawal pokarmu)
- laktogeneza III - utrzymanie produkcji pokarmu (Nehring-Gugulska i in., 2017).

Laktogeneza I rozpoczyna się pomiędzy 16. a 22 tygodniem ciąży. Pod wpływem progesteronu łożyskowego następuje proliferacja pęcherzyków mlecznych, natomiast estrogeny stymulują tworzenie się sieci przewodów mlecznych (Nehring-Gugulska i in., 2017; Żukowska-Rubik i in., 2006). W chwili porodu, po wydaleniu łożyska następuje gwałtowny spadek stężenia estrogenów i progesteronu. Jednocześnie poziom stężenia prolaktyny pozostaje wysoki. Następuje uruchomienie hormonalnej kaskady kompleksu laktogenego. W drugiej dobie po porodzie kończy się proces dojrzewania nabłonka wydzielniczego i następuje wzrost pęcherzyków (Nehring-Gugulska i in., 2017; Wartmann i in., 1996).

Przemiany hormonalne związane okresem laktacji są bardzo gwałtowne, co ma znaczenie dla endometriozy jako choroby hormonozależnej. Po około 30-40 godzinach od porodu, w surowicy krwi matki obserwujemy dziesięciokrotne zmniejszenie poziomu progesteronu oraz wysoki poziom prolaktyny (nierzadko rzędu 200 ng/ml). Hormony te inicjują laktogenezę II, podczas której następuje rozrost laktocytów. Dojrzałe laktocyty produkują większą ilość mleka (ok 700-800 ml), kobieta obserwuje nawał pokarmu. Zarówno laktogeneza I, jak i laktogeneza II są zależne od przemian hormonalnych. Nabłonek laktocytów produkuje pokarm na drodze procesów: egzocytozy, syntezy i wydzielania tłuszczów, sekrecji jonów i wody oraz transcytozy immunoglobulin oraz innych składników z przestrzeni międzykomórkowej (Nehring-Gugulska i in., 2017; Lawrence i in., 2005).

Za laktogenezę odpowiedzialny jest hormonalny kompleks laktogeny: prolaktyna, insulina i IGF-1, glikokortykosteroidy, somatotropina, hormony tarczycy, estrogeny oraz progesteron. Po około 2-4 tygodniach od porodu następuje stabilizacja laktacji (rozpoczyna się laktogeneza III), a produkcja pokarmu utrzymuje się zależna od stymulacji piersi (mechanizm autokryny). Podniesione poziomy prolaktyny nadal hamują gonadotrop podwzgórzowy zatrzymując cykl menstruacyjny i obniżając efektywne poziomy hormonów steroidowych (Wilde i in., 1995).

3. Długość laktacji a ryzyko endometriozy

Udowodniono, że zmiany hormonalne zachodzące podczas laktacji, mogą obniżać ryzyko wystąpienia wielu hormonozależnych chorób przewlekłych, w tym również raka jajnika i piersi (Nehring-Gugulska i in., 2017; Willet i in., 2010; Martin i in., 2005). Podobny wpływ zaobserwowano na rozwój endometriozy, która pomimo że nie jest chorobą nowotworową, dotyka znaczny odsetek populacji i w sposób istotny obniża jakość życia wielu kobiet przez dekady. Badanie przeprowadzone na grupie ponad 70 000 kobiet wskazało, istotny ochronny wpływ karmienia piersią na ryzyko rozwoju endometriozy u karmiących matek (Farland i in., 2017). Pomimo znacznych trudności metodologicznych obserwowanych zawsze w badaniach nad endometriozą wyniki wskazały na znamienne

znaczenie laktacji. U kobiet, które karmiły piersią przez okres 36 miesięcy w ciągu życia lub dłużej, ryzyko wystąpienia endometriozy spadało o 40% w porównaniu do kobiet, które nigdy nie karmiły piersią. Na każde kolejne 3 miesiące karmienia ryzyko zmniejszało się o kolejne 3%. Wydłużony czas trwania poporodowego braku miesiączki (6-12 miesięcy) również był związany z 42% zmniejszeniem ryzyka występowania endometriozy w porównaniu z utrzymanym miesiączkowaniem (Farland i in., 2017). Wydaje się, że można wskazać inne czynniki inne niż laktacyjny brak miesiączki, które mogą być odpowiedzialne za ochronny wpływ karmienia piersią.

4. Wpływ składu pokarmu kobiecego oraz mikrobiomu

Pokarm kobiecy posiada unikalny skład. Zawarte są w nim niezbędne składniki odżywcze, substancje bioaktywne wspierające układ odpornościowy oraz mające działanie przeciwzapalne. W mleku matki obecne są białka o unikalnej kompozycji, w tym kazeina, która zwiększa wchłanianie wapnia, miedzi i cynku. Możemy wyróżnić ponad 80 enzymów, które mają za zadanie ułatwienie trawienia. Niektóre z nich (szczególnie te zawarte w siarze), charakteryzują się aktywnością antyproteolityczną. Aktywność ta zapobiega inaktywacji biologicznie czynnych peptydów i białek w pokarmie (immunoglobuliny, laktoferyna, laktoalbumina, hormony białkowe). Zapobiega infekcjom przewodu pokarmowego u karmionych dzieci (Nehring-Gugulska i in., 2017; Pawlus i in., 2005). Do bardzo ważnych enzymów mleka kobiecego zaliczamy m.in. laktoperoksydazę, która działa bakteriostatycznie (szczególnie wobec paciorkowców), lizozym, który niszczy otoczki bakterii oraz laktoferyna, która hamuje wzrost takich drobnoustrojów jak *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Giardia lamblia*, *Candida albicans* (Nehring-Gugulska i in., 2017). Wiadomo, że skład mikrobiomu jest odmienny u kobiet z endometriozą. Postuluje się udział zaburzeń mikrobiologicznych w rozwoju endometriozy oraz wspólne źródło odchyłeń immunologicznych leżących u podłoża związanych z endometriozą zaburzeń (Maksym i Baranowski, 2020).

Zawarte w pokarmie tłuszcze są źródłem kalorii dla dziecka. Ich skład w pewnym stopniu jest zależny od diety matki. Istnieje zależność pomiędzy występowaniem niekorzystnych izomerów trans kwasów tłuszczowych w mleku, a obecnością tych związków w pokarmach spożywanych przez matkę. Cholesterol obecny w pokarmie nie jest zależny od diety matki. Jest on składnikiem błon komórkowych oraz bierze udział w produkcji kwasów żółciowych, hormonów oraz witaminy D3 (Nehring-Gugulska i in., 2017).

Węglowodany zawarte w mleku matki to przede wszystkim laktoza, która dostarcza dziecku energii, ale również ma wpływ na rozwój prawidłowej flory jelitowej. Kolejnymi bardzo istotnymi węglowodanami są oligosacharydy, które są pożywką dla bakterii kwasu

mlekowego i bifidobakterii. Oligosacharydy mają również działanie przeciwniebezpieczne (Nehring-Gugulska i in., 2017; Kleinman i in., 2009).

Czynniki bioaktywne w mleku kobiecym, to między innymi rozpuszczalna immunoglobulina IgA, która pokrywa błonę śluzową przewodu pokarmowego oraz układu oddechowego, dzięki czemu działa ochronnie przeciwko patogenom t.j: bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki. Innymi składnikami bioaktywnymi są hormony, czynniki wzrostu, glikany, nukleotydy, komórki krwi, cytokiny oraz komórki macierzyste, których potencjalna rola nie jest obecnie udowodniona. W skład pokarmu wchodzi także witaminy, składniki mineralne i mikroelementy oraz woda (Nehring-Gugulska i in., 2017).

Wiadomo, że mikroflora jelitowa ma znaczenie w rozwoju wielu chorób, w tym endometriozy (Maksym i Baranowski, 2020). Na skład flory bakteryjnej ma wpływ rodzaj diety oraz bakterie znajdujące się w środowisku. Zaobserwowano, że u dzieci karmionych wyłącznie piersią, profil szczepów bakteryjnych zawierał dziesięciokrotnie więcej bifidobakterii niż u niemowląt karmionych sztucznie. Kał niemowląt karmionych piersią zawiera więcej pałeczek kwasu mlekowego, natomiast kał niemowląt karmionych sztucznie zawiera więcej szczepów *Clostridium* i *Bacterioides* (Nehring-Gugulska i in., 2017; Agostoni i in., 2004; Hamosh, 2001, Kornacka, 2007).

Istotnym czynnikiem inicjującym i modyfikującym przebieg endometriozy jest dieta. Zauważono, że produkty zawierające antyoksydanty roślinne, fitoestrogeny, cynk i kwasy omega-3 działają przeciwzapalnie oraz regulują mikrobiom jelit, co korzystnie wpływa na zmniejszenie dolegliwości towarzyszących endometriozie. Jednocześnie zauważono, że spożywanie dużej ilości czerwonego mięsa oraz tłuszczów trans może być czynnikiem ryzyka rozwoju endometriozy (Zondervan i in., 2020).

Zaobserwowano, że dziewczynki, które były karmione piersią znacznie rzadziej rozwijały endometriozę w porównaniu do dziewczynek karmionych mieszankami sztucznymi w tym sojowymi. Zmiany sposobu karmienia mogły być związane zarówno z szerszym występowaniem wcześniactwa u tej grupy pacjentek jak i większym odsetkiem występowania endometriozy u ich matek. Sztuczne mieszanki powodowały podwojenie się ryzyka endometriozy (Vannuccini i in., 2016). Natomiast użycie mieszanek sojowych wiązało się z 2,4 razy większym ryzykiem rozwoju endometriozy w dorosłym życiu (Upson i in., 2015). Analiza wieloparametryczna wykazała, że właśnie sposób karmienia i wcześniactwo to najsilniejsze czynniki obecne we wczesnym dzieciństwie, które mogą „programować” występowanie tego schorzenia w przyszłości. Ponadto można podejrzewać, że prawidłowy mikrobiom jelit dziewczynek karmionych piersią, może mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia endometriozy.

5. Dioksyny i endometrioza a karmienie piersią

Dioksyny i podobne im związki organiczne o aktywności endokrynej to syntetyczne substancje chemiczne powstające w procesach niecałkowitego spalania węglowodorów i procesach chemii przemysłowej. Do ludzkiego organizmu dostają się wraz z pożywieniem (ryby, mięso, nabiał, jaja), przez skórę (kosmetyki, środki czystości) oraz drogą wziewną (farby, lakiery, środki ochrony roślin). Substancje te wykazują szkodliwe działanie rozprzegając osie regulacji hormonalnej. Ksenobiotyki te są związkami hydrofobowymi, z tego powodu z łatwością kumulują się w lipidach oraz błonach komórkowych i nawet po jednorazowej ekspozycji pozostają w organizmie latami. Obecność tych substancji można wykryć w moczu, krwi, włosach oraz mleku karmiących matek. Oznaczenie stężenia dioksyn w mleku kobiecym, jest uznanym markerem epidemiologicznym ekspozycji populacji na związki z grupy węglowodorów aromatycznych (Nehring-Gugulska i in., 2017; Brandys, 1999; Walker, 2002).

Należy zauważyć znaczny wpływ dioksyn na ryzyko powstawania endometriozy, który pierwotnie został zauważony u zwierząt laboratoryjnych a następnie potwierdzony u ludzi w trakcie badań epidemiologicznych. Związki z tej grupy wykazują negatywne działanie przede wszystkim na funkcjonowanie układu hormonalnego, odpornościowego i rozrodczego, które może być znacznie nasilone we wrażliwych oknach czasowych rozwoju osobniczego (Maksym i Baranowski, 2020).

U kobiet cierpiących na endometriozę obserwowano wyższe stężenia polichlorowanych bifenoli i dioksyn w mleku, surowicy, tkance tłuszczowej i płynie otrzewnowym (Gerkowicz i in., 2020; Martinez-Zamora i in., 2015).

Szybka utrata masy ciała po porodzie i znaczny ubytek energii, może oddziaływać na przenikanie do pokarmu szkodliwych substancji chemicznych, które kumulują się w tkance tłuszczowej. Dodatkowo zwyczajnych warunkach organizm pozbywa się jedynie niewielkich ilości tłuszczu, stąd okres karmienia piersią to jedna z nielicznych fizjologicznych sytuacji, gdy organizm ludzki może opuścić duża ilość tych lipofilnych związków. Podczas laktacji, z organizmu kobiety usuwane są związki dioksynopodobne, co może mieć działanie ochronne dla matek. Niestety dioksyny mogą negatywnie wpływać na rozwój dziecka. Daje to możliwość wdrożenia nowych strategii detoksykacji, które mogłyby by przygotować organizm wyjątkowo narażonych pacjentek do ciąży i laktacji. Jedną z obecnie proponowanych strategii eliminacji dioksyn z organizmu jest spożywanie syntetycznego tłuszczu Olestra, który nie ulega trawieniu i przechodzi transferem przez układ pokarmowy. Produkt ten wprowadzony do przemysłu spożywczego jako zamiennik tłuszczu, absorbuje i uczestniczy w wydalaniu szkodliwych związków lipofilnych (Geusau i in., 1999). Wobec aktualnej wiedzy medycznej, licząc się ze znacznymi zaletami karmienia piersią należy

uznać, że obecność związków rozprzęgających osie hormonalne w mleku matki nie jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią, a karmienie piersią jest skuteczną strategią zapobiegania endometriozie u córek (LaKind i in., 2008; Ułaszewska i in., 2011; Pandelova i in., 2010).

Podsumowanie

Dokładne poznanie etiopatogenezy endometriozy i udziału w nim karmienia piersią może pomóc we wczesnej diagnostyce, wdrażaniu efektywnych metod leczenia oraz profilaktyce. Karmienie piersią poza licznymi korzystnymi efektami, których omówienie przekracza znacznie formę prezentowanego opracowania, wywiera ochronny wpływ na ryzyko rozwoju endometriozy zarówno u matek karmiących, jak i u córek karmionych piersią. Warto w przyszłości dokładniej wyjaśnić mechanizmy, na drodze których karmienie piersią zapobiega powstawaniu i rozwojowi ektopowych zmian endometrialnych. Interesujący może być udział w tych procesach mikrobiomu oraz wpływ ksenobiotyków rozprzęgających osie hormonalne. Dodatkowa wiedza na ten temat może służyć opracowaniu nowych strategii prewencyjnych i terapeutycznych. Ważnym argumentem dla kobiet decydujących o sposobie karmienia noworodka, może być fakt podwojenia się odsetka endometriozy u córek karmionych mieszankami i wzrost ryzyka endometriozy o 40% w przyszłości u nich samych. W świetle aktualnych dowodów medycznych, ponad wszelką wątpliwość należy promować karmienie piersią, również jako element redukujący występowanie endometriozy.

Bibliografia:

- Agostoni, C., Axelsson, I., Braegger, C. i in. (2004). Probiotic bacteria in dietetic products for infants: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition, *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 38, 365-374.
- Brandys, J. (1999). *Toksykologia. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Cramer, D.W., Missmer, S.A. (2002). The epidemiology of endometriosis, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 955 (1), 11-22.
- Farland, L.V., Eliassen, A.H., Tamimi, R.M., Spielman, D., Michels, K.B., Missmer, S.A. (2017). History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study, *British Medical Journal*, Aug 29; 358:j3778.
- Gerkowicz, S.A., Curtis, S.W., Knight, A.K. (2020). Endometriosis, endocrine disrupters and epigenetics: an investigation into the complex interplay in woman with polybrominated biphenyl exposure and endometriosis, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 37 (2), 427-436.

- Geusau, A., Tschachler, E., Mixner, M., et. al. (1999). Olestra increases faecal excretion of 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-p-dioxin, *Lancet*, 354 (9186), 1266-1267.
- Hamosh, M. (2001). Bioactive factors in human milk. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 69-86.
- Heilier, J-F, Donnez, J., Nackers, F., Rousseau, R.J., Verougstraete, V., Rosenkranz, K., Donnez, O., Grandjean, F., Lison, D., Tonglet, R. (2007). Environmental and host-associated risk factors in endometriosis and deep endometriotic nodules: A matched case-control study. *Environmental Research*, 103, 121-129.
- Kleinman, R.E. (2009). *Pediatric nutrition handbook*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village.
- Kornacka, M.K. (2007). Flora bakteryjna pokarmu naturalnego, *Pediatrica Polska*, 82, 905-909.
- LaKind, J.S., Berlin, C.M., Mattison, D.R. (2008). The heart of the matter on breastmilk and environmental chemicals: essential points for healthcare providers and new parents, *Breastfeeding Medicine*, 3 (4), 251-259.
- Lawrence, R.A., Lawrence, R.M. (2005). *Breastfeeding. A guide for the medical profession*, Elsevier Mosby, Philadelphia, Pennsylvania.
- Pandelova, M., Piccinelli, R., Kasham, S. i in. (2010). Assessment of dietary exposure to PCDD/F and dioxin-like PCB in infant formulae available on the EU market, *Chemosphere*, 81, 1018-1021.
- Pawlus, B., Kordek, A., Łoniewska, B. (2005). Enzymy mleka kobiecego - najnowsze wiadomości. *Przegląd Pediatryczny*, 35, 168-170.
- Maksym, R., Baranowski, W. (2020). Etiopatogeneza endometriozy - geny czy środowisko? (w:) W. Baranowski (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, 5-10, Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Martin, R.M., Middleton, N., Gunnell, D. i in. (2005). Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis, *Journal of the National Cancer Institute*, 97, 1446-1457.
- Martinez-Zamora, M.A., Mattioli, L., Parera, J. i in. (2015). Increased levels of dioxin-like substances in adipose tissue in patient with deep infiltrating endometriosis, *Human Reproduction*, 30 (5), 1059-68.
- Nehring-Gugulska, M., Żukowska-Rubik, M., Pietkiewicz, A. (2017). *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*, Medycyna Praktyczna, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Ulaszewska, M.M., Zuccato, E., Capri, E. (2011). The effect of waste combustion on the occurrence of polychlorinated dibenzo-p-dioxins (PCDDs), polychlorinated dibenzofurans (PCDFs) and polychlorinated biphenyls (PCBs) in breast milk in Italy, *Chemosphere*, 82 (1), 1-8.

- Upson, K., Sathyanarayana, S., Scholes, D. & Holt, V.L. (2015). Early-life factors and endometriosis risk, *Fertility and Sterility*, 104, 964-971.e5.
- Vannuccini, S., Lazzeri, L., Orlandini, C., Tosti, C., Clifton, V.L. & Petraglia, F. (2016). Potential influence of in utero and early neonatal exposures on the later development of endometriosis, *Fertility and Sterility*, 105, 997-1002.
- Walker, M.L. (2002). *Core curriculum for lactation consultant practice*, Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Wartmann, M., Cella, N., Hofer, P. i in. (1996). Lactogenic hormone activation of Stat5 and transcription of the beta-casein gene in mammary epithelial cells is independent of p42 ERK2 mitogen-activated protein kinase activity, *Journal of Biological Chemistry*, 271, 31, 863-868.
- Wilde, C.J., Addey, C.V., Boddy, L.M., Peaker, M. (1995). Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk, *Biochemical Journal*, 305, 51-58.
- Willet, W.C., Tamimi, R.M., Haynkinson, S.E. i in. (2010). Nongenetic factors in the causation of breast cancer, (w:) J.R. Harris, M.E. Lippman, M. Morrow, C.K. Osborne (eds.), *Diseases of the breast*, Lippincott: Williams & Wilkins.
- Zondervan, K.T., Becker, C.M., Missmer, S.A. (2020). Endometriosis, *New England Journal of Medicine*; 382, 1244-1256
- Żukowska-Rubik, M., Banaszkiwicz, A. (2006). Regulacja hormonalna laktacji, (w:) M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska-Rubik (red.) *Karmienie piersią. Podręcznik*, Warszawa: KUKP.

Lek. Milena Skibińska, <https://orcid.org/0000-0003-2750-4893>

Studium Doktoranckie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym, <https://orcid.org/0000-0003-2584-6734>

Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Podłoże autoimmunologiczne rozwoju endometriozy

The autoimmune basis of the development of endometriosis

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.315>

Abstrakt: Endometrioza jest przewlekłym zaburzeniem ginekologicznym, które dotyka 2-10% kobiet w wieku rozrodczym. Pomimo wielu lat badań patogeneza endometriozy nie jest do końca wyjaśniona, a z leczenie endometriozy wiąże się z licznymi kontrowersjami. Endometrioza występuje rodzinnie i asocjuje z innymi chorobami. W grupie pacjentek chorujących na endometriozę odnotowuje się znacznie podwyższoną zapadalność na choroby autoimmunologiczne oraz celiakię, często przebiegającą w sposób skąpoobjawowy lub stwierdza się jedynie genetyczną do niej skłonność. Udowodniono współwystępowanie, a czasem wielokrotnie zwiększone ryzyko zapadalności na endometriozę u pacjentek z toczniem układowym, zespołem Sjogrena, reumatoidalnym zapaleniem stawów, autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy, stwardnieniem rozsianym, chorobą Addisona i nieswoistymi zapaleniami jelit. Chociaż nie ma przekonujących danych o możliwym mechanizmie przyczynowo- skutkowym łączącym te patologie z endometriozą lub o wspólnej przyczynie leżącej u podłoża tych zaburzeń to jednak postuluje się że dysregulacja immunologiczna ma związek z wytwarzaniem się niszy immunologicznej pozwalającej na powstawanie i progresję zmian typowych dla endometriozy. Diagnozując i lecząc pacjentki z endometriozą nie należy zapominać o spektrum chorób towarzyszących, spośród których część jest ciężkimi schorzeniami prowadzącymi do licznych powikłań.

Słowa kluczowe: Endometrioza, choroby autoimmunologiczne, celiakia

Abstract: Endometriosis is a chronic gynecological disorder that affects 2-10% of women of childbearing age. Despite many years of research, the pathogenesis of endometriosis is not fully understood, and the treatment of endometriosis is associated with numerous controversies. Endometriosis runs in families and is associated with other diseases. In the group of patients suffering from endometriosis, there is a significantly increased incidence of autoimmune diseases and celiac disease, which is often only mildly symptomatic or only genetically prone to it. The coexistence and sometimes multiple increased risk of endometriosis has been proven in patients with systemic lupus, Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis, autoimmune thyroiditis, multiple sclerosis, Addison's disease, and inflammatory bowel disease. Although there is no convincing data on a possible causal mechanism linking these pathologies with endometriosis or on a common cause underlying these disorders, it is postulated that immune dysregulation is associated with the formation of an immune niche that allows the formation and progression of lesions typical of endometriosis. When diagnosing and treating patients with endometriosis, one should not forget about the spectrum of comorbidities, some of which are serious diseases leading to numerous complications.

Keywords: endometriosis, autoimmune disorders, celiac disease

1. Etiopatogeneza endometriozy w kontekście chorób autoimmunologicznych

Endometrioza jest przewlekłym i nienowotworowym zaburzeniem ginekologicznym, które dotyka 2-10% kobiet w wieku rozrodczym, a jej objawy i powikłania mogą rozciągać się na okres pomenopauzalny. Pomimo wielu przeprowadzonych badań patogeneza endometriozy nie jest do końca wyjaśniona. Obecnie uważa się, że na rozwój endometriozy mają wpływ zarówno czynniki dziedziczne jak i wpływ środowiska oraz procesów wtórnie indukowanych przez ogniska endometriozy. Pomimo działania wielu czynników, uważa się, że pojawienie się ektopowych implantów endometrium w jamie otrzewnej możliwe jest dzięki zaburzeniom immunologicznym, które umożliwiają przeżycie nieprawidłowej tkanki, która w naturalny sposób byłaby wyeliminowana. Pojawienie się implantów sprzyja wzrostowi stresu oksydacyjnego i stopniowemu rozwojowi zapalenia. Makrofagi obecne w otrzewnej wytwarzają czynniki wzrostu i angiogenezy, a także cytokiny zapalne, które mogą być odpowiedzialne za utrzymanie zaburzeń i upośledzenie funkcji rozrodczych (Maksym i Baranowski, 2020).

W związku z tym endometrioza uważana za przewlekłą chorobę zapalną, w której stan zapalny nie ogranicza się do jamy otrzewnej, ale rozprzestrzenia się na poziom ogólnoustrojowy o czym mogą świadczyć podwyższone poziomy niespecyficznych markerów jak CA-125 oraz CRP w surowicy. Dokładniejsze badania mogą wykazać znacznie więcej subtelnych deregulacji immunologicznych. Endometrioza w ten sposób spełnia wiele kryteriów klasyfikacyjnych dla choroby autoimmunologicznej. W jej przebiegu ma miejsce aktywacja poliklonalnych limfocytów B, nieprawidłowości funkcjonowania limfocytów T i B, upośledzona apoptoza, uszkodzenie tkanek wielu narządów (Shiges i in., 2019).

W grupie pacjentek chorujących na endometriozę odnotowuje się znacznie podwyższoną zapadalność na choroby autoimmunologiczne oraz celiakię, często przebiegającą w sposób utajony lub stwierdza się jedynie genetyczną do niej predyspozycję. Celiakię można w tym kontekście traktować jako chorobę ze spektrum chorób autoimmunologicznych, gdyż zaburzona odpowiedź immunologiczna prowokowana glutenem, prowadzi ostatecznie do destrukcji własnych tkanek. Udowodniono wielokrotnie większe współwystępowanie endometriozy z toczeniem układowym, zespołem Sjogrena, reumatoidalnym zapaleniem stawów, autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy, stwardnieniem rozsianym, chorobą Addisona i nieswoistymi zapaleniami jelit. Chociaż nie ma przekonujących danych o możliwym mechanizmie przyczynowo-skutkowym łączącym te patologie z endometriozą lub o wspólnej przyczynie leżącej u podłoża tych zaburzeń to jednak postuluje się, że zaburzona regulacja immunologiczna ma związek z wytwarzaniem się niszy immunologicznej pozwalającej na powstawanie i progresję zmian typowych dla endometriozy (Maksym i Baranowski, 2020; Shiges i in., 2019).

W badaniu retrospektywnym, przeprowadzonym w 2019 roku przez Porpora i wsp. (2019), oceniono częstość występowania chorób autoimmunologicznych u 148 pacjentek z endometriozą obejmując sto czterdzieści osiem kobiet z endometriozą i porównano z częstością u 150 kobiet w grupie kontrolnej. Różnice w chorobowości były ewidentne. W grupie przypadków nieswoiste zapalenie jelit dotknęło pięciu pacjentek, a choroby nie obserwowano w grupie kontrolnej ($p = 0,07$). SLE stwierdzono u ośmiu pacjentek w grupie przypadków, podczas gdy tylko jeden stwierdzono w grupie kontrolnej ($p = 0,01$). Piętnaście kobiet w grupie przypadków cierpiało na celiakię, podczas gdy choroba była obecna tylko u jednej kobiety w grupie kontrolnej ($p < 0,0001$). Stwierdzono także istotną korelację między endometriozą a autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy: 80 pacjentów z endometriozą miało choroby tarczycy w porównaniu z 14 pacjentami w grupie kontrolnej ($p < 0,0001$). Tak wysoka akumulacja i znamienność statystyczna nie może być dziełem przypadku, lecz wskazuje na wspólne mechanizmy patogenetyczne (tamże).

2. Endometrioza a autoimmunologiczne zaburzenia tarczycy

Autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, jako jedna z najczęstszych chorób autoimmunizacyjnych, od dawna jest wiązana z endometriozą, a mechanizm łączący obie patologie pozostaje nadal nieznany. W badaniu przeprowadzonym w 2019 roku, Peyneau i wsp. (2019) wykazali, że metabolizm hormonów tarczycy ulega zmianie w komórkach endometriotycznych. In vitro ujawniono proliferacyjne i proksydacyjne role hormonów tarczycy w komórkach endometriotycznych. Ponad to udział żeńskich hormonów płciowych musi mieć pewne znaczenie, gdyż do autoimmunizacji dochodzi głównie u młodych kobiet. W przeprowadzonej retrospektywnie analizie pacjentki z endometriozą cierpiące na zaburzenia tarczycy wykazywały bardziej przewlekły ból miednicy, z cięższym przebiegiem klinicznym, niż pacjentki bez zaburzeń czynności tarczycy. Większość pacjentów z endometriozą z zaburzeniami czynności tarczycy cierpiało na zapalenie tarczycy Hashimoto i była odpowiednio leczona suplementacją hormonów tarczycy. Należy pamiętać, że obecność autoprzeciwciał wobec tkanki tarczycy wiąże się z zaburzeniami płodności i powołaniami ciąży, niezależnie od poziomu wyrównania funkcji tarczycy (tamże).

3. Związki endometriozy z nadwrażliwością na gluten

Związek występowania celiakii u pacjentek z endometriozą pozostaje nadal niejasny. Celiakia jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną wywoływaną ekspozycją na gluten. Charakteryzuje się różnego stopnia zanikiem kosmków jelitowych, rozrostem komórek krypt i zwiększeniem ilości limfocytów śród nabłonkowych. Gluten indukuje zarówno

wrodzoną jak i adaptacyjną odpowiedź immunologiczną. Celiakia jest chorobą, która często współwystępuje z innymi chorobami przewodu pokarmowego, pozajelitowymi, szczególnie autoimmunologicznymi: cukrzyca typu 1, autimmunologiczne choroby tarczycy, reumatoidalne zapalenie stawów, zespół Sjogrena. Obecnie wiadomo, że poza predyspozycją genetyczną do rozwinięcia się spektrum objawów celiaki, konieczny jest udział czynników środowiskowych. U wielu pacjentów pomimo nieprawidłowej immunizacji, odpowiedź zapalna jest w pewnym stopniu ograniczana, a choroba toczy się w sposób ukryty, uniemożliwiając postawienie rozpoznania klinicznego. U części objawy mogą być niezauważone lub manifestować się jedynie w określonych okolicznościach, np.: ograniczenie płodności można stwierdzić jedynie w razie starań o ciążę. W ostatnich latach ukazało się kilka badań wskazujących na potencjalny związek między występowaniem endometriozy a rozpowszechnieniem celiakii ze względu na występowanie w obu tych jednostkach chorobowych przewlekłego stanu zapalnego. Celiakia jest chorobą, w której występuje nieprawidłowa odpowiedź limfocytów T na gluten. Jest ona silnie związana z niektórymi genami HLA klasy II, w szczególności z homozygotycznością haplotypu HLA DQ2. Również stan heterozygotyczności dla tego haplotypu związany z obecnością DQ2, DQ7 lub DQ8 powoduje zwiększone ryzyko celiakii. Obecność zapalenia jelit, wynikającego z odpowiedzi immunologicznej wraz z nieprawidłową przepuszczalnością jelit, a w konsekwencji zwiększoną ekspozycją na antygen i wytwarzaniem autoantygenów może również być odpowiedzialna za powiązanie celiakii z innymi chorobami autoimmunologicznymi. Wiele autoantygenów jest przetwarzanych i prezentowanych przez komórki prezentujące antygeny limfocytom T z powodu przedłużającego się zapalenia jelit (Mormile i Vittori, 2013).

W przeprowadzonym we Włoszech w 2014 roku badaniu oceniającym występowanie celiakii, stwierdzono zwiększoną prawie trzykrotnie częstość występowania tej choroby wśród pacjentek z endometriozą w porównaniu z grupą kontrolną (2,2% w porównaniu z 0,8% w grupie kontrolnej) (Santoro i in., 2014). Ze względu na niski koszt badań genetycznych w kierunku predyspozycji do celiaki, traktowanie pacjentek z endometriozą jako grupy ryzyka nadwrażliwości na gluten i wykonywanie badań przesiewowych wydaje się rozsądną opcją, która może w wielu przypadkach pozwolić na postępowanie przyczynowe.

4. Endometrioza u pacjentów z chorobami reumatycznymi

Zaobserwowano statystyczny związek pomiędzy endometriozą a chorobami zapalnymi tkanki łącznej. Laparoskopowo potwierdzona endometrioza była istotnie związana z późniejszą diagnozą toczenia rumieniowatego układowego (SLE) (HR = 2,03; CI 1,17 do 3,51) oraz reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) (HR = 1,41; CI 1,05 do 1,89)

(Harris i in., 2016a). Istnieją koncepcje sugerujące, że endometrioza może być czynnikiem ryzyka lub mieć wspólny patomechanizm z rozwojem SLE. Konieczne są dalsze badania pozwalające udokumentować związek między tymi chorobami oraz zależność między czasem trwania i ciężkością obu tych chorób oraz możliwe implikacje kliniczne (Harris i in., 2016b).

5. Endometrioza i stwardnienie rozsiane

Pacjentki z endometriozą wydają się być również bardziej narażone na rozwój stwardnienia rozsianego. Mechanizmy molekularne odpowiedzialne za współwystępowanie obu tych chorób nadal są badane. Postuluje się, że rozwój stwardnienia rozsianego może być związany z nieprawidłową immunologiczną reakcją krzyżową wobec epitopów w układzie nerwowym. Przewlekły stan zapalny utrzymywany przez endometriozę mógłby pełnić rolę czynnika immunomodulującego, prowadzącego do odpowiedzi odpornościową na niewłaściwe tory (Katiyar i in., 2018).

Chociaż stwardnienie rozsiane i endometrioza są wyraźnie różne pod względem fenotypu, wydaje się, że charakteryzują się one wspólnym tłem autoimmunologicznym, prowadzącym zarówno do ustalenia endometriozy, jak i możliwego zwiększonego ryzyka rozwoju stwardnienia rozsianego u kobiet z endometriozą. Cechą wspólną tych chorób jest aktywacja makrofagów ze zwiększoną produkcją IFN- γ połączoną z wyższą aktywnością Th1. Postuluje się aktywne monitorowanie pacjentek z endometriozą, celem wczesnego wykrycia rozwijającego się stwardnienia rozsianego (Mormile i Vittori, 2014).

Podsumowanie

Współwystępowanie endometriozy z chorobami o podłożu autoimmunologicznym jest dobrze udokumentowanym faktem naukowym. Zjawisko to powinno być brane pod uwagę podczas poszukiwania przyczyny zaburzeń płodności u pacjentek dotkniętych tą chorobą. Dodatkowe obciążenia pacjentek mogą być istotną przyczyną występowania u nich zaburzeń płodności. Z drugiej strony wiele spośród chorób współtowarzyszących endometriozie, może mieć równie ciężki przebieg i prowadzić do znacznego upośledzenia zdrowia. W wyniku niezauważonego lub bagatelizowanego rozwoju chorób o podłożu immunologicznym może niejednokrotnie dochodzić do zagrożenia zdrowia i życia. O możliwości a nawet znacznym prawdopodobieństwie ich rozwoju nie powinno się nigdy zapominać w diagnostyce różnicowej objawów endometriozy i w długoletnim nadzorze nad pacjentkami (Maksym i Baranowski, 2020). Dokładne prześledzenie mechanizmów stojących za wspólnym rozwojem chorób, może być użyteczne w opracowaniu strategii terapeutycznych o wspólnym punkcie uchwytu.

Bibliografia:

- Harris, H.R., Costenbader K.H., Mu, F., et al. (2016a). Endometriosis and the risks of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis in the Nurses' Health Study II. *Annals of the Rheumatic Diseases* 75 (7), 1279-1284. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-207704>.
- Harris, H.R., Simard, J.F., Arkema, E.V. (2016b). Endometriosis and systemic lupus erythematosus: a population-based case-control study, *Lupus*, 25 (9),1045-1049. <https://doi.org/10.1177/0961203316631635>.
- Katiyar, A., Sharma, S., Singh, T.P., Kaur, P. (2018). Identification of Shared Molecular Signatures Indicate the Susceptibility of Endometriosis to Multiple Sclerosis, *Frontiers in Genetics*, 9, 42. <https://doi.org/10.3389/fgene.2018.00042>
- Peyneau, M., Kavian, N., Chouzenoux S., i in. (2019). Role of thyroid dysimmunity and thyroid hormones in endometriosis, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116 (24), 11894-11899. <https://doi.org/10.1073/pnas.1820469116>.
- Porpora, M.G., Scaramuzzino, S., Sangiuliano, C., Piacenti, I., Bonanni, V., Piccioni, M.G., Benedetti, Panici, P.L. (2019). High prevalence of autoimmune diseases in women with endometriosis: a case-control study, *Gynecological Endocrinology*, 36 (4), 356-359. <https://doi.org/10.1080/09513590.2019.1655727>.
- Maksym, R., Baranowski, W. (2020). Etiopatogeneza endometriozy – geny czy środowisko? (w:) W. Baranowski (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, 5-10, Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Mormile, R., Vittori, G. (2013). Celiac disease and endometriosis: what is the nexus? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288 (6), 1197-1198. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2928-3>.
- Mormile, R., Vittori, G. (2014). Endometriosis and susceptibility to multiple sclerosis: is there any absolute truth? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 179, 253. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.044>.
- Santoro, L., Campo, S., D'Onofrio F., i in. (2014). Looking for celiac disease in Italian women with endometriosis: a case control study, *BioMed Research International*, 236821. <https://doi.org/10.1155/2014/236821>.
- Shigeshi, N., Kvaskoff, M., Kirtley S., i in. (2019). The association between endometriosis and autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis, *Human Reproduction Update*, 25 (4), 486-503. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz014>.

Dr n. med. Katarzyna Piasecka, <https://orcid.org/0000-0002-3717-5926>

Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego i Medycyny Rodzinnej

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr n. med. Anna Irzmańska-Hudziak, <https://orcid.org/0000-0003-4446-2592>

Zakład Onkologii

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Problem kontynuacji recept na preparaty antykoncepcji hormonalnej przez pielęgniarki i położne w aspekcie filozoficzno-prawnym

The problem of giving repeat prescriptions for hormonal contraceptive preparations by nurses and midwives in the philosophical and legal aspect

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.321>

Abstrakt: Artykuł omawia w aspekcie filozoficzno-prawnym problematykę związaną z kontynuacją recept na środki antykoncepcyjne przez pielęgniarki i położne. Już w Ślubowaniu Florencji Nightingale pojawiło się sformułowanie, że pielęgniarka nigdy nie poda nikomu tego, co mogłoby mu zaszkodzić. Z kolei Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej wspomina, że pielęgniarka i położna mają prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach medycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nie normami etycznymi. Obecnie bezwzględne wykonanie prawa może pozostawać w kolizji z kodeksem etycznym pracowników opieki zdrowotnej. Polskie prawo gwarantuje jednak każdemu - także pracownikom medycznym - wolność sumienia, rozumianą jako wolność przyjmowania określonego światopoglądu. Pielęgniarka i położna mogą się więc powoływać na wolność sumienia i odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego związanego np. z wystawieniem recepty na środki antykoncepcyjne. Wspomniano także o wytycznych, jakie należy spełnić, aby udokumentować odmowę wypisania kontynuacji takiej recepty. Opisano tu również potrzebę wejścia w dialog z pacjentem żądającym antykoncepcji.

Słowa kluczowe: antykoncepcja, klauzula sumienia, pielęgniarka, położna, prawo, recepty

Abstract: The article discusses in the philosophical and legal aspect related to repeat prescriptions given by nurses and midwives for contraceptives. Already the original Florence Nightingale Pledge included a vow not to administer any harmful drug. Then, the Code of Professional Ethics for Nurses and Midwives of the Republic of Poland mentions that the nurse and midwife have the right to refuse participation in medical procedures that are contrary to their ethical standards. Currently, strict compliance with the law may conflict with the code of ethics for healthcare professionals. Polish law, however, guarantees everyone - including medical workers - the freedom of conscience, understood as the freedom to adopt a particular worldview. The nurse and midwife may therefore invoke the freedom of conscience and refuse to provide health services related to e.g. issuing a prescription for contraceptives. The article also mentions the guidelines that must be followed to document the refusal to give such a repeat prescription. It also describes the need for dialogue with a patient requesting contraception.

Key words: contraception, conscience clause, nurse, midwife, law, prescriptions

1. Ślubowanie Florencji Nightingale i zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej

Ślubowanie Florencji Nightingale (w 1860r. założyła pierwszą szkołę pielęgniarską w Londynie) jest pierwszym ślubowaniem pielęgniarek, które zostało sformułowała w 1893 roku przez Lystrę Gretter, kierowniczkę szkoły pielęgniarskiej w Detroit w Stanach Zjednoczonych o następującej treści:

„Przyrzekam uroczyście przed Bogiem w obecności wszystkich tu zebranych, że w życiu moim będę zawsze postępować nieskazitelnie, a w pracy zawodowej zawsze będę zasługiwać na zaufanie. Będę daleka od tego wszystkiego, co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam tego, co mogłoby mu szkodzić. Będę dokładać wszelkich starań, aby przyczynić się do podnoszenia poziomu mojego zawodu, a także będę zachowywać w tajemnicy wszystkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta, które zostaną mi powierzone w czasie praktyki zawodowej. Będę lojalnie pomagać lekarzowi i w jego pracy oraz pracować z poświęceniem dla dobra tych, którzy będą powierzeni mojej opiece” (za: Poznańska, 1988, s. 176; por. także: Wrońska, 1993, s. 35).

Przechodząc do obecnych czasów należy wspomnieć o międzynarodowym kodeksie dla pielęgniarek, wg którego „podstawowa odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki ma cztery aspekty: wzmacnianie zdrowia, zapobieganie chorobie, przywracanie zdrowia i łagodzenie cierpienia” (tamże s. 37; 176-177). W aspekcie niniejszej pracy warto przywołać nasz rodzimy odpowiednik - Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, mówi m.in., że „pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.” oraz „pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi” (Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, s. 1, 3)

2. Filozoficzne ujęcie sumienia a prawne wytyczne dotyczące klauzuli sumienia

2.1. Sumienie

Sumienie towarzyszy człowiekowi na co dzień, a przede wszystkim wtedy, gdy podejmuje on decyzje (Szczucki, 2015). W ujęciu zaś filozoficznym sumienie jest zdolnością do wydawania sądów (Krąpiec, 1993, Piechowiak, 2006). Sumienie jawi się jako kategoria pozwalająca osobie na kierowanie się normami prawa naturalnego (rozumianego jako wola Boga lub nakaz rozumu) (Szczucki, 2015). Wagę i potrzebę sumienia uświadamiamy sobie

zwykle dopiero wówczas, gdy podejmujemy decyzję w sprawach kontrowersyjnych, wątpliwych z perspektywy moralnej (Krapiec, 2008; Szczucki, 2015).

2.2. Działanie zgodne z sumieniem

Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich w art. 18 ust. 1 mówi o tym, że „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje wolność posiadania lub przyjmowania wyznania lub przekonań według własnego wyboru oraz do uzewnętrznienia indywidualnie czy wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań przez uprawianie kultu, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie” (Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Dz.U. 1977). Z kolei zgodnie z Konstytucją RP „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych” (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. art. 30). Związek godności człowieka z prawem do działania w zgodzie z własnym sumieniem jest więc bezsprzeczny. Podobny wniosek znajduje się w Orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 1991r., sygn. U 8/90: „Wolność sumienia nie oznacza jedynie prawa do reprezentowania określonego światopoglądu, ale przede wszystkim prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem”. Polskie państwo ma prawny obowiązek ochrony tego szczególnego uprawienia (Skwarzyński, 2015), tworząc prawo chroniące wolność światopoglądową i gwarantując każdemu wolność sumienia. Rozwiązanie to stosuje się także do lekarzy i innych pracowników medycznych, co pozwala im na odmowę przeprowadzania procedur, które byłyby sprzeczne z ich systemem wartości.

2.3. Klauzula sumienia

Klauzula sumienia jest figurą prawną, która stanowi część prawa do wolności myśli, sumienia i wyznania (Orzeszyna 2017), pozwalającą człowiekowi na powstrzymanie się od działania niezgodnego z jego sumieniem. Poszanowanie wolności sumienia jest wyznacznikiem praworządności państwa i zabezpiecza przed praktykami właściwymi dla państwa totalitarnego (Bosek, 2014). Zakładając, że sumienie danej osoby jest prawidłowo ukształtowane, umożliwia ona zawsze działanie zgodne z prawem naturalnym. Problem pojawia się wówczas, gdy ustawodawca nakłada nakazy lub zakazy, których spełnienie jest równoznaczne z naruszeniem prawa naturalnego. Człowiek stawiany jest wtedy w bardzo trudnej sytuacji, polegającej na wyborze między posłuchem dla prawa a kierowaniem się własnym sumieniem i w konsekwencji prawem naturalnym. Rozwiązaniem w takim stanie rzeczy, kiedy ustawodawca nie chce lub z przyczyn politycznych nie może uchwalić prawa

o innej treści, jest właśnie wprowadzenie do systemu konstrukcji nazywanej klauzulą sumienia (Szcucki, 2015). Można więc ją niejako porównać do wyjścia awaryjnego. Klauzula sumienia powinna być jednak raczej wyjątkiem niż regułą (Orzeszyna 2017). Jej ideą nie jest bowiem kwestionowanie całego prawa, lecz konkretnego przepisu, który w przekonaniu korzystającego z klauzuli sumienia jest niegodziwy (Szostek, 2013).

W przypadku personelu medycznego konflikt sumienia wydaje się wyjątkowo newralgiczny, w szczególności z uwagi na dylematy, jakie niesie ze sobą (Nawrot, 2014) medycyna reprodukcyjna (Biesaga, 2016). Jeśli więc lekarz, kierując się normami prawa naturalnego (Szcucki, 2015), słusznie uznaje, że dziecko w stanie prenatalnym też jest pacjentem, to nie można wymagać od niego przeprowadzenia aborcji nawet w przypadku, gdy jest ona wyraźnie dopuszczona przez prawo (Chyrowicz, 2014).

3. Uregulowania prawne świadczenia zdrowotnego związane z wystawieniem recept

Ustawowa definicja świadczenia zdrowotnego zawarta w art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej mówi, że świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Ponadto Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Art. 4. 1. mówi, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na „udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.”

3.1. Wystawienie recepty

Wystawienie recept reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne. Stanowi to pewien element procesu diagnostyczno-leczniczego (pewnego rodzaju czynność techniczną).

Procedura ta polega na uprzednim zebraniu wywiadu od pacjentki, fizykalnym zbadaniu kobiety, wykonaniu zgodnie z aktualną wiedzą koniecznych badań dodatkowych i postawieniu diagnozy przed przepisaniem leków, w tym środków antykoncepcyjnych. Należy zwrócić uwagę, że leki przepisane pacjentce bez jej zbadania, zebrania wywiadu

i postawienia aktualnej diagnozy (czyli tzw. przedłużenie recepty) mogą kobietę narazić na pogorszenie stanu zdrowia, a nawet zagrozić jej życiu. Pominięcie któregoś ze wspomnianych elementów niesie ze sobą nie tylko skutki prawne, lecz także zawodowe i etyczne¹.

3.2. Przeciwwskazania ze względów medycznych

Bardzo wąski zakres badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne mogą wystawić skierowanie, umieszczony został w załączniku nr 4 w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych. Jedyne cztery parametry do zbadania stanu zdrowia pacjentki pod kątem przedłużania środków antykoncepcyjnych, które są w aktualnym wykazie badań, to badanie: hematologiczne (morfologia z płytkami krwi), układu krzepnięcia (INR), glukozy oraz TSH. Zatem regulacje prawne uniemożliwiają pielęgniarce i położnej wystawienie skierowania na inne równie istotne badania laboratoryjne lub diagnostyczne np. usg narządu rodnego, piersi co stoi na przeszkodzie wyczerpującej diagnostyce aktualnego stanu zdrowia pacjentki na koszt NFZ.

Zdarza się, że pacjentka przynosi do gabinetu pielęgniarki lub położnej wyniki z wizyty lekarskiej np. sprzed miesiąca. Honorowanie takiej dokumentacji jest złą praktyką². Stanowi to kolejny argument, że pielęgniarka i położna nie posiadają wystarczających kompetencji do oceny faktycznego stanu zdrowia zgłaszającej się po preparaty antykoncepcyjne kobiety.

4. Dostęp do metody i środków służących świadomej prokreacji

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego są zobowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji (Kubiak, 2015). Pielęgniarka lub położna powinna zatem poinformować pacjentkę o dostępnych środkach oraz zarówno ich zaletach jak i negatywnych konsekwencjach. Ponadto na podstawie stanu zdrowia pacjentki, powinna zaproponować jej możliwie najlepszą metodę. W przypadku konieczności unikania ciąży, pielęgniarka lub położna może

¹ Portal pielęgniarek i położnych: Biegły sądowy: "przedłużanie" recept przez pielęgniarki to błąd <https://www.piellegniarki.info.pl/article/view/id/10197> (08.06.2020).

² Portal pielęgniarek i położnych: Biegły sądowy: "przedłużanie" recept przez pielęgniarki to błąd <https://www.piellegniarki.info.pl/article/view/id/10197> (08.06.2020).

być niechętna polecaniu środków antykoncepcyjnych (Suszczewicz, Ślizień-Kuczapska, 2012), słusznie kierując się dostępnymi wynikami badań naukowych o szkodliwości środków antykoncepcyjnych lub po prostu swoimi przekonaniem etycznymi i religijnymi w tym temacie. Zdecydowanie godne polecenia jako znacznie korzystniejsza alternatywa są tu obserwacje cyklu - metody naturalne, ekologiczne, nieporównywalnie tańsze i bez efektów ubocznych.

Jedną z nich jest np. metoda objawowo-termiczna o skuteczności i wskaźniku Pearl odpowiednio 99,8% i 0,44 (w liczbie cykli 17 638 900) czyli porównywalnej do tabletki hormonalnej 99,7% i 0,5 (Dmochowski, Cerańska-Goszczyńska, Kinle, 2013). Warto tu zwrócić uwagę, że metody obserwacji cyklu są niezwykle uniwersalne - ta sama metoda, która w jednym punkcie czasu służy odkładaniu poczęcia w innym czasie pomaga w planowaniu poczęcia. Ponadto obecnie wiele pisze się o znaczeniu obserwacji cyklu w profilaktyce zaburzeń zdrowia prokreacyjnego (Szymaniak, Ślizień-Kuczapska, 2016).

Pielęgniarka i położna powinna służyć wiedzą i wprowadzić kobietę w metodę obserwacji cyklu w ramach kompetencji związanych z edukacją zdrowotną. Jeśli dany pracownik ochrony zdrowia nie posiada wystarczającej wiedzy na ten temat, należy przekierować pacjentkę do instruktorów wybranej metody rozpoznawania płodności, np. do Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny, które ma przedstawicielstwo i instruktorów w każdym województwie na stronie Internetowej www.psnnp.com.

5. Uregulowania prawne związane z odmową świadczenia zdrowotnego

Jeśli więc pielęgniarka i położna nie chce się podjąć wypisania recepty na kontynuację środka antykoncepcyjnego, jest zobowiązana do następujących czynności, wynikający z ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej art. 12 pkt. 2:

„2. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1. 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. 4. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.”

Zapis ten obliguje zatem pielęgniarkę i położną do wskazania pacjentce realnej możliwości uzyskania świadczenia gdzie indziej. Jest to w kilku aspektach trudny do

wykonania obowiązków. Zapis „realne możliwości” sugeruje, że pielęgniarka i położna muszą posiadać wiedzę, gdzie mogą być wykonane świadczenia zdrowotne, których udzielania odmawiają. Jednakże ze względu na ochronę danych osobowych, a zwłaszcza wrażliwych, do których zalicza się informacje o przekonaniach religijnych i filozoficznych (o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych) pielęgniarka i położna praktycznie nie mają możliwości ustalenia, jaki pracownik medyczny byłby skłonny takie świadczenie wykonać. W literaturze proponuje się więc, aby informacje takie gromadziły różne instytucje, na przykład NFZ (Kubiak, 2015) lub Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (w odniesieniu do pielęgniarek i położnych prowadzących praktykę zawodową lub zatrudnionych w takiej praktyce). Warunkiem rzetelności takich rejestrów byłoby np. uzyskiwanie miarodajnych danych od pielęgniarek i położnych, które musiałyby złożyć deklarację moralną, określając swoje przekonania. Wymóg taki wydaje się jednak pozostawać w sprzeczności z treścią art. 53 ust. 7 Konstytucji RP, który stanowi, że „nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”. Można zatem mieć wątpliwości co do prawidłowości omawianego obowiązku nałożonego na pielęgniarki i położne. Potęgują się one biorąc pod uwagę aspekt etyczny. Zmuszenie pielęgniarki i położnej do poszukiwania innego podmiotu, który udzieli tego świadczenia, powoduje w rzeczywistości złamanie sprzeciwu sumienia pielęgniarki i położnej jest więc równocześnie sprzeczne z klauzulą sumienia. Jak pisze L. Bosek (2014), „art. 39 UZL wprowadza prawny obowiązek pomocnictwa w uzyskaniu świadczenia niegodziwego. Autor uznaje zatem, że omawiany wymóg jest „rażąco dysfunkcyjny” (tamże, s. 109; por. także: Kubiak, 2015, s. 156; Zoll, 2014).

5.1. Rozmowa z pacjentem i uzasadnienie przyczyn odmowy kontynuacji recepty

Wymóg wpisu o odmowie świadczenia zdrowotnego ma tu z kolei istotne znaczenie dowodowe. Pozwala po pierwsze zweryfikować legalność skorzystania z klauzuli sumienia, po drugie – poznać motywy działania pielęgniarki i położnej, które będą również ujawnione pacjentowi. Argumentacja pielęgniarki lub położnej ujęta w dokumentacji medycznej, po pierwsze umożliwi zrozumienie postawy pracownika, po drugie - da możliwość sprawdzenia czy nie nadużył on swoich uprawnień. W celu jednak uniknięcia ewentualnych sporów warto, aby pielęgniarki i położne nie ograniczały się jedynie do dokonania wpisu i oczekiwania na ewentualne żądanie przez pacjentkę dostępu do dokumentacji, lecz aby same poinformowały ją o swojej motywacji. Zapoznając się z sytuacją pacjenta, powinny one, przyjąwszy otwartą postawę w dyskusji, życzliwie, rzeczowo i przystępnym językiem przedstawić swoje stanowisko i wyjaśnić przyczyny odmowy. Zachowanie takie nie tylko

korzystnie wpłynie na relacje między tymi osobami, ale pomoże zniwelować rozgoryczenie kobiety i w konsekwencji uniknąć z jej strony postawy roszczeniowej.

5.2. Upřednie powiadomienie na piśmie przełożonego

Warunek ten został zawężony tylko do pielęgniarek i położnych wykonujących swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby (wówczas bowiem mają przełożonego, który jest zobowiązany do zapewnienia właściwej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych). Warto zauważyć, iż obowiązek ten dotyczy jedynie powiadomienia, a nie uzyskania zgody przełożonego.

Takie ujęcie sugeruje, że pielęgniarki i położne powinny składać swoje deklaracje np. w momencie zatrudnienia. Oświadczenie powinno być dostatecznie precyzyjne, tj. wymieniać odmowę wystawiania kontynuacji na środki antykoncepcyjne, z powodów światopoglądowych. Poza tym warto zwrócić uwagę, że odmowa zatrudnienia pielęgniarki i położnej z powodów wyznaniowych i światopoglądowych może być potraktowana jako przejaw dyskryminacji w rozumieniu oraz art. 18^{3a} Kodeksu pracy o równym traktowaniu w zatrudnieniu, co uzasadnia wystąpienie przez kandydata na pracownika ze stosownymi roszczeniami.

Uchylenie się od wykonania dokumentacji, powiadomienia pacjenta i przełożonego o powstrzymaniu się od udzielenia świadczenia zdrowotnego może być potraktowane jako przewinienie zawodowe i uzasadniać odpowiedzialność zawodową. Warto zatem, aby pielęgniarki i położne знаły swoje prawa w tym zakresie i chcąc skorzystać z klauzuli sumienia precyzyjnie spełniały punkty dotyczące odmowy świadczenia zdrowotnego.

Pożądanym wydaje się trzymanie się tradycyjnego systemu wartości, proponowanie pacjentkom godziwych metod i środków zaradczych, a w przypadkach spornych powoływanie się na klauzulę sumienia.

Bibliografia:

- Biesaga, T. (2016). Spór o klauzulę sumienia lekarzy w Polsce. (w:) J. Grzeszczak, K. Stachewicz (red.), *Primum philosophari. Opuscula Antonio Siemianowski dedicata*, 1-18, Poznań: „Opuscula Dedicata”, t.11. <http://biesaga.info/wp-content/uploads/2015/02/B.T.-Sp%C3%B3r-o-klauzul%C4%99-sumienia-lekarzy-w-Polsce.pdf>.
- Bosek, L. (2014). Klauzula sumienia – czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest zgodna z Konstytucją RP, *Medycyna Praktyczna*, 1. <https://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/95011,klauzula-sumienia-czy-ustawa-o-zawodach-lekarza-i-lekarza-dentysty-jest-zgodna-z-konstytucja-problem-zakresowej-niekonstytucyjnosci-art-39-ustawy-o-zawodach>.

- Chyrowicz, B. (2014). Moralna autonomia i klauzula sumienia, *Medycyna Praktyczna*, 1.
https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/94858,moralna-autonomia-i-klauzula-sumienia.
- Dmochowski, T., Cerańska-Goszczyńska, H., Kinle, M. (2013). Efektywność metod naturalnego planowania rodziny, (w:) M. Troszyński (red.), *Podręcznik rozpoznawania płodności*, 120-124, Warszawa Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny.
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. (2003). Uchwała nr 9, IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 roku
<https://sites.google.com/site/oipioplomza/aspekty-prawne-w-wykonywaniu-zawodu/kodeks-etyki-zawodowej-pielgniarke-i-poonej-rzeczypospolitej-polskiej---obowizujcy-od-dnia-9-grudnia-2003-r-przyjty-uchwa-nr-9-iv-krajowego-zjazdu-pielgniarke-i-poonych>
- Kodeks pracy art. 18^{3a}, Pracownicy powinni być równo traktowani w zakresie nawiązania i rozwiązania stosunku pracy (...) <https://www.lexlege.pl/kp/art-18-3a/>
- Konstytucja RP (1997). art. 30 z dnia 2 kwietnia 1997r.
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>.
- Konstytucja RP (1997). art. 53 ust. 7 z dnia 2 kwietnia 1997r.
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>.
- Krąpiec, M.A. (1999). *Człowiek i prawo naturalne*, ss.252 Dzieła, t. X, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Krąpiec, M.A. (2000). *Ludzka wolność i jej granice*, Dzieła t. XVIII, Lublin, Wydawnictwo KUL.
- Kubiak, R. (2015), Prawne możliwości i ograniczenia dotyczące odmowy przepisywania środków antykoncepcyjnych na podstawie tzw. Klauzuli sumienia, (w:) D.Ł. Jarczeńska (red.), *Szkodliwość doustnej antykoncepcji hormonalnej*, 143-162, Warszawa: Medipage.
- Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich , Dz.U. 1977, nr 38, poz.167
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19770380167/T/D19770167L.pdf>
- Nawrot, O. (2014). Sumienie lekarza a prawa człowieka w świetle standardów Rady Europy. *Medycyna Praktyczna*, nr 1,
<https://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/95012,sumienie-lekarza-a-prawa-czlowieka-w-swietle-standardow-rady-europy>.
- Orzeszyna, K. (2017). Klauzula sumienia jako gwarancja realizacji prawa do wolności sumienia. *Medyczna Wokanda*, nr 9, Naczelna Izba Lekarska, 17-29.
https://nil.org.pl/uploaded_files/1579509185_medyczna-wokanda-nr-9-2017-r.pdf.

- Piechowiak, M. (2006). Prawo naturalne a prawa człowieka, (w:) A. Maryniarczyk, K. Stępień (red.), *Substancja. Natura. Prawo naturalne*, 392-409, Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
http://katedra.uksw.edu.pl/publikacje/marek_piechowiak/prawo_naturalne_a_prawa_czlowieka.pdf
- Poznańska, S. (1988), *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, Warszawa: PZWL.
- Skwarzyński, M. (2015). Korzystanie z klauzuli sumienia jako realizacja wonności wewnętrznej czy/i zewnętrznej, *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne*, 13, 4, 9-21.
- Suszczewicz, N., Ślizień – Kuczapska E. (2012). Medycyna wobec płodności – wybrane zagadnienia. Antykoncepcja hormonalna dlaczego nie? Medyczny punkt widzenia, *Życie i Płodność*, 1, 15-33.
- Szczucki, K. (2015), Filozoficzne ujęcie sumienia a implikacje prawne dotyczące klauzuli, (w:) D.Ł. Jarczewska (red.), *Szkodliwość doustnej antykoncepcji hormonalnej*, 163-167, Warszawa: Medipage.
- Szostek, A. (2013). Sprzeciw sumienia a prawo naturalne. *Teoria i Moralność*, 2 (14), 7-8.
- Szymaniak, M., Ślizień–Kuczapska, E. (2016). Metody rozpoznawania płodności jako istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego, *Życie i Płodność*, 1, 11-27.
- Ustawa o ochronie danych osobowych - tekst jedn. z dnia 29 sierpnia 1997r. art. 27 ust. 1
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19971330883/O/D19970883.pdf>.
- Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r art. 2 ust. 2b.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930170078/O/D19930078.pdf>.
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, z dnia 30 sierpnia 1991 r. art. 3.
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19910910408/O/D19910408.pdf>.
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, z dnia 15 lipca 2011 r. art. 4.
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111741039/O/D20111039.pdf>.
- Wrońska, I. (1993). *Podstawy etyki pielęgniarstwa*. Warszawa: PTP.
- Zoll, A., (2013). Charakter prawny klauzuli sumienia, *Medycyna Praktyczna*, 1,
<https://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/94631,charakter-prawny-klauzuli-sumienia>.

Netografia:

- Portal pielęgniarek i położnych: Biegły sądowy: "przedłużanie" recept przez pielęgniarki to błąd? [https://www.pielengniarki.info.pl/article/view/id/10197\(08.06.2020\)](https://www.pielengniarki.info.pl/article/view/id/10197(08.06.2020)).

Mgr Grażyna Domanowska, <https://orcid.org/0000-0002-5547-5607>

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Stres i wzrost pourazowy w kontekście obrazu ciała i płodności u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego

Post-traumatic stress and growth in terms of body image
and fertility in women with breast cancer

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.325>

Abstrakt: Zachorowanie na nowotwór gruczołu piersiowego wiąże się z zagrożeniem życia, doświadczaniem wielu negatywnych konsekwencji choroby, w tym zmian w obrazie ciała. Piersi uważane są za atrybut kobiecości, płodności i macierzyństwa, stanowią bardzo ważny element ciała kobiety. Rakowi piersi, jako potencjalnie traumatycznemu wydarzeniu, mogą towarzyszyć negatywne reakcje, takie jak zespół stresu pourazowego (PTSD) lub pozytywne zmiany, takie jak wzrost pourazowy (PTG).

Słowa kluczowe: rak piersi, obraz siebie, płodność, stres traumatyczny, wzrost traumatyczny

Abstract: A breast cancer is associated with life threatening, experiencing many negative consequences of this disease, including changes in body image. Breasts are a very important area in a woman's body, which is an attribute of her femininity, fertility and motherhood. Breast cancer as a potential traumatic event can be accompanied by negative reactions such as post-traumatic stress disorder (PTSD) or positive changes such as post-traumatic growth (PTG).

Key words: breast cancer, self-image, fertility, traumatic stress, traumatic growth

Wprowadzenie

Rak piersi zajmuje drugą pozycję w wykazie przyczyn zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u kobiet (Nowotwory piersi u kobiet, 2018). Diagnoza choroby nowotworowej jest krytycznym, wręcz traumatycznym przeżyciem, należy do jednej z najbardziej stresujących sytuacji, z jaką spotyka się człowiek (Spiegel, 2007). Konfrontacja z wydarzeniem powodującym realne zagrożenie życia wywołuje silny stres uruchamiający szereg negatywnych reakcji psychologicznych. Do najczęstszych konsekwencji emocjonalnych należą: odczuwanie smutku, bezradności, beznadziejności, często rozpacz. Nie ulega wątpliwości, że mają one wpływ na jakość życia na wielu poziomach, manifestują się we wszystkich sferach: fizycznej, psychicznej i społecznej. Znacznie zaburzają codzienne funkcjonowanie kobiet i powodują szereg dramatycznych zmian w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu. Choroba nowotworowa, na różnych etapach diagnozy i leczenia, determinuje

myślenie, wpływa na emocje oraz zachowania. Powoduje nie tylko zagrożenie, ale prowadzi do destabilizacji życia, blokuje dążenia i cele człowieka, wymusza modyfikacje hierarchii wartości i dotychczasowego stylu życia, ogranicza pełnienie ról społecznych oraz zaburza relacje damsko-męskie. Leczenie onkologiczne wiąże się z cierpieniem, nieodwracalnymi zmianami w organizmie, szczególnie w wyglądzie ciała kobiety. Chemio i radioterapia, stosowane w leczeniu nowotworu, łączą się z utraty włosów, amputacji piersi, zmienia się funkcjonowanie organizmu, co powoduje konieczność stawienia czoła tym trudnym sytuacjom (Jassem i in., 2018). Leczenie onkologiczne może przyczynić się do poczucia rezygnacji, wzbudzać bezradność, a lęk przed śmiercią wyczerpuje wewnętrzną energię. Diagnoza nowotworu, wraz z jego konsekwencjami, brak akceptacji zmienionego ciała mogą inicjować też zaburzenia w sferze seksualnej. Kobieta z rakiem piersi czuje się mniej kobieco, ma poczucie spadku swojej atrakcyjności. Relacje seksualne z partnerem bywają ograniczane lub całkowicie wyeliminowane (Lachowicz, Etowska, 2007).

Reasumując, rak piersi u kobiet manifestuje się nie tylko objawami fizycznymi i psychicznymi, ale także zaburzeniami funkcjonowania w sferze społecznej, rodzinnej i seksualnej. Diagnoza raka piersi i leczenie często wpływają na wygląd ciała i potencjalnie mogą osłabiać poczucie pozytywnej tożsamości seksualnej kobiety. Piersi są bowiem obiektem identyfikującym kobiecość, płodność i macierzyństwo. Wiąże się z obrazem siebie jako kobiety i matki.

Okazuje się, że to trudne doświadczenie może mieć również charakter pozytywny. Proces zmagania się ze skutkami choroby nowotworowej prowadzi także do korzystnych zmian w życiu kobiety. Daje szansę do psychologicznego wzrostu, w tym wartościowych zmian w poglądach dotyczących siebie, świata czy związkach z innymi ludźmi. Choć nowotwór jest wyjątkowo stresującym doświadczeniem, badania pokazują, że wydarzenie to może być przez kobietę postrzegane jako doświadczenie prowadzące do osobistego rozwoju i transformacji życia.

Badaniem pozytywnych zmian doświadczanych przez ludzi w wyniku cierpienia, psychologia zajmuje się od dawna, choć nowością w tym zakresie jest duża liczba badań empirycznych, prowadzonych w okresie ostatnich dwudziestu lat w różnych populacjach na całym świecie. Badania te mają na celu zgłębianie psychologicznych mechanizmów zjawiska rozwoju/wzrostu po traumie, odkrycie ścieżek zmierzających do pozytywnej adaptacji czy poznanie sposobów efektywnych interwencji psychologicznych (Tedeschi, Park, Calhoun, 1981, Tedeschi, Calhoun, 2004;).

Zjawiskiem pozytywnym, w zmaganiu się z traumą choroby nowotworowej, jest wzrost potraumatyczny (posttraumatic growth, PTG). Jego efektem są pozytywne zmiany w zakresie funkcjonowania chorych onkologicznie. Zmiany dotyczą percepcji siebie, relacji interpersonalnych, filozofii życiowej. Osoba chora zmienia w ten sposób postrzeganie otaczającego świata, nadając większe znaczenie i głębiej interpretując rzeczywistość.

Dochodzi w ten sposób do przekształcenia doświadczanego cierpienia i straty w istotną, pozytywną dla jednostki wartość (Tedeschi, Calhoun, 2004; Tedeschi, Park, Calhoun, 1998).

Zjawiskiem negatywnym mogącym towarzyszyć chorobie nowotworowej jest zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder, PTSD), będący opóźnioną lub/ i przedłużoną reakcją na diagnozę/leczenie w chorobie nowotworowej, która wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem życia (APA, 2002).

Większość badań odnoszących się do choroby nowotworowej uwzględnia zmiany, jakie powoduje ona w funkcjonowaniu pacjentów. Koncentrują się one wokół konsekwencji negatywnych (objawów stresu potraumatycznego, poziomu depresji czy nasilenia lęku), ale zauważone są też pozytywne (poziomu dobrostanu, zadowolenia z życia, szczęścia, poczucia jakości życia, potraumatycznego wzrostu).

W niniejszej pracy uwzględniono obie kategorie zmian, zarówno pozytywnych jak i negatywnych, tj. PTG i PTSD, rozważanych w kontekście zmian obrazu ciała i związanego z nim zagrożenia w obszarze kobiecości, płodności i macierzyństwa.

1. Medyczne aspekty nowotworu gruczołu piersiowego u kobiet

Zmiany nowotworowe gruczołu piersiowego różnicowane są na podstawie klasyfikacji zaawansowania klinicznego, klasyfikacji patologicznej, histopatologicznej oraz określania stopnia złośliwości nowotworu (Piotrowski, 2014). Etiopatogeneza raka piersi nie jest do końca poznana. Wyróżnia się szereg czynników ryzyka, m.in. obciążenie rodzinne, czynniki genetyczne, wczesne rozpoczęcie miesiączkowania wraz z późną menopauzą, wiek pomenopauzalny, czy długotrwałe przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (Piotrowski, 2014). Inni autorzy zwracają uwagę, że choroba ta najczęściej występuje po menopauzie, czyli ryzyko zachorowania wzrasta po 50. roku życia (Koszarowski, Kułakowski, Lewiński, 1981). Istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka piersi jest również stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (Kordek, Woźniak, Biernat, 2001).

Najlepsze rokowania dotyczą wykrycia guza bez przerzutów do węzłów chłonnych pachowych. Dlatego wysokie znaczenie przypisywane jest regularnemu samobadaniu piersi przez kobiety, badaniu palpacyjnemu wykonanemu przez lekarza czy wykonywaniu okresowych badań przesiewowych mammograficznych (Jassem, Krzakowski, 2013, Jassem, Krzakowski, Bobek-Billewicz, 2018, Ignatowicz-Pacyna, 2016, Piotrowski, 2014).

W ramach leczenia zasadniczego stosowane jest usunięcie całego gruczołu piersiowego wraz z węzłem wartowniczym, bądź całą grupą regionalnych węzłów chłonnych (mastektomia) lub przeprowadzenie operacji oszczędzającej (wyłuszczenie guza z marginesem tkanek zdrowych) (Jassem, Krzakowski, 2013, Ignatowicz-Pacyna, 2016). Do

komplementarnie stosowanych metod zaliczana jest radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia (Jassem, Krzakowski, 2013).

W chirurgii raka piersi stosowane zabiegi dzieli się na cztery typy: diagnostyczne, lecznicze, paliatywne i rekonstrukcyjne (Jassem, Krzakowski, 2013). Leczenie chirurgiczne stanowi jedną z głównych metod leczenia raka piersi. Obejmuje ono między innymi zabieg mastektomii, należący do szczególnie trudnych doświadczeń w życiu kobiety, gdyż prowadzi do zmian percepcji siebie i wymaga ponownej akceptacji własnego wyglądu (Chojnacka-Szawłowska, 2012).

Funkcjonowanie pacjentek w chorobie onkologicznej można dzielić na poszczególne etapy, odpowiednio do postępu procedur diagnostycznych i leczniczych, rozróżniając okres od zauważenia zmian chorobowych i postawienia diagnozy, poprzez rozpoczęcie i prowadzenie leczenia, aż do okresu jego zakończenia. Kozaka (2015) przedstawia rozróżnienie poszczególnych faz wraz z ich charakterystykami i wyszczególnieniem zadań natury psychologicznej, z którymi konfrontuje się pacjent onkologiczny.

Okres diagnostyczny jest zarazem okresem wstępnym. Kluczowy wówczas staje się jak najszybszy kontakt z lekarzem; już trzymiesięczne opóźnienie w rozpoznaniu nowotworu i podjęciu specjalistycznych działań medycznych pogarsza prognozę choroby o 10-20% (de Walden-Gałuszko, 1992). Powody zwlekania pacjentek ze zgłoszeniem się do lekarza onkologa są różnorodne. Mogą wynikać z lekceważenia wykrytych zmian chorobowych bądź wyolbrzymiania ich, czy przekonania, że jest za późno na rozpoczęcie leczenia, czy z obawy przed bolesnymi metodami diagnostycznymi, np. biopsją (de Walden-Gałuszko, 1992). Stosowane procedury lecznicze mogą być radykalne, zabiegi bywają uciążliwe, bolesne oraz wiążą się ze skutkami ubocznymi i powikłaniami (Rucińska, Rogiewicz, Chrystowska-Jabłońska, de Walden-Gałuszko, 2011). Leczenie operacyjne rodzi nadzieję, ale również obawy. Operacja oszczędzająca także wiąże się ze zmianami obrazu ciała, bowiem prowadzi zwykle do deformacji piersi (Rucińska, Wojtasik, 2015).

Leczenie onkologiczne stanowi dla kobiety obciążenie fizyczne i psychiczne, co może wywołać negatywne stany emocjonalne, lęk i obniżenie nastroju. Z punktu widzenia prowadzonych rozważań szczególnie istotne jest, iż hormonoterapia może skutkować m.in. przebyciem jatrogennej menopauzy, przyspieszeniem starzenia się kobiety i zaburzeniami funkcji seksualnych (Rucińska, Chrystowska-Jabłońska i in., 2015), co wydaje się niezwykle ważne w kontekście zarówno obrazu ciała kobiety jak i funkcji prokreacyjnej.

Przy radioterapii procedura naświetlania uznawana jest przez pacjentki za nieprzyjemną. Pojawiają się powikłania ogólnoustrojowe, takie jak: osłabienie, brak apetytu i męczliwość (Rucińska, Rogiewicz i in., 2015). Największy lęk wiąże się ze stosowaniem chemioterapii, w którym leczenie cytostatykami zakłada niszczenie komórek nowotworowych i komórek zdrowych, dlatego utożsamiane jest z wyniszczeniem organizmu. Wśród skutków ubocznych chemioterapii wymieniane są m.in.: nudności,

zawroty głowy, ból, kaszel, duszności, zaparcia, jadłowstręt, drgawki, ogólne osłabienie, wypadanie włosów, wymioty, biegunka, uczucie metalicznego posmaku w ustach czy neuropatie (Rucińska, Rogiewicz i in., 2015). Objawy te, doświadczane są przez pacjentki jako szczególnie uciążliwe, obniżają jakość życia, zmieniają obraz ciała kobiety i poczucie jej atrakcyjności.

Mniej znanym skutkiem ubocznym chemioterapii jest tzw. neurotoksyczność, wywierająca negatywny wpływ na mózg i funkcje poznawcze, co przejawia się, m.in. w trudnościach z koncentracją, wydłużonym czasem reakcji, osłabieniem pamięci (Czerw, Marek, Deptała, 2015). Zjawisko to opisywane jest jako chemobrain (Czerw i in., 2015).

Krawczyk (2013) zauważa, że na wszystkich etapach leczenia, a także po jego zakończeniu, u pacjentów onkologicznych obserwowane są symptomy przewlekłego zmęczenia opisywane jako wyczerpanie niewspółmierne w stosunku do podejmowanych aktywności, brak energii, niemoc. W trakcie trwającego leczenia onkologicznego pacjenci mają tendencję do błędnego utożsamiania symptomów z postępem nowotworu, co utrudnia im przystosowanie do choroby (Krawczyk, 2013).

Podsumowując, metody terapeutyczne stosowane w onkologii są agresywne i budzą lęk z powodu sposobu ich wykonania, objawów ubocznych i przewidywanych skutków (de Walden-Gałuszko, 1992).

2. Negatywne psychologiczne aspekty raka piersi

Doświadczenie związane z diagnozowaniem, leczeniem raka piersi jest niewątpliwie stresujące dla kobiet. Nowotwór odbierany jest przez kobiety jako bardzo silne przeżycie traumatyczne. Pacjentki mają początkowo do czynienia z obawami dotyczącymi diagnozy i lęku o życie, następnie z radzeniem sobie z efektami ubocznymi prowadzonego leczenia, a na koniec z obawami przed możliwym nawrotem raka, po zakończeniu leczenia. Piersi symbolizują kobiecość i macierzyństwo, utrata lub ich deformacja budzi poczucie wstydu oraz obawy utraty atrakcyjności seksualnej i prokreacyjnej.

Choroba, zagrażająca życiu, wiążąca się z okaleczeniem, jest zaliczana do krytycznych wydarzeń życiowych, które burzą dotychczasowy porządek, konfrontując kobietę z nowym i trudnym doświadczeniem o charakterze kryzysowym (Bulsa, Rzepa i in., 2002, Chojnacka-Szawłowska, 1994). U większości kobiet choroba nowotworowa wyzwała takie negatywne emocje jak: lęk, poczucie zagrożenia i niepokoju, drażliwość, nadpobudliwość, gniew, a także depresję (Ślubowska, Ślubowski, 2008). Szczególnie mastektomia jest zabiegiem powszechnie uznawanym za oszpecający, ingerujący w ciało kobiety, stygmatyzującym, obniżającym samoocenę, naznaczającym piętnem utraty atrakcyjności seksualnej, związanej z płodnością i macierzyństwem.

Wśród negatywnych psychologicznych następstw choroby nowotworowej występuje doświadczanie podwyższonego poziomu cierpienia psychicznego (Bloom, 2002, Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker i Piantadosi, 2001), objawy depresji i niepokoju (Deimling, Kahana, Bowman i Schaefer, 2002), a także obawy o nawrót choroby (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner i Kahana, 2006). Badania kobiet, będących we wczesnym stadium raka piersi, ujawniają istotne klinicznie poziomy depresji (7% do 46%) i lęku (32% do 45%) (Gallagher, Parle i Cairns, 2002, Omne-Ponten, Holmberg, Burns, Adami, i Bergstrom, 1992).

Reakcje emocjonalne w zderzeniu z sytuacją kryzysu w chorobie nowotworowej przebiegają ścieżkami modelu PTSD: szok - niedowierzanie, zaprzeczenie połączone z zaburzeniem integracji wszystkich funkcji psychicznych; gniew, bunt; pertraktacje - próby układania się z losem, z opatrnością, Bogiem; depresja - lęk, obniżenie nastroju i poczucie winy; akceptacja - rozwiązywanie problemów i konfliktów emocjonalnych (O'Donnell, Elliott, Wolfgang i in., 2007).

Doświadczanie choroby nowotworowej jest traumą, która w klasyfikacji DSM-IV definiowana jest jako zagrażające uszkodzeniem ciała lub śmiercią (Zdankiewicz-Scigała, 2004). Uderza w bazowe poczucie bezpieczeństwa i sens życia, wywołuje ból, podważa podwaliny egzystencji, wywołuje obawy przed społecznym odrzuceniem oraz lęk o przyszłość.

Analizując psychologiczne uwarunkowania zmagania się z chorobą nowotworową należy zwrócić uwagę na dwa mechanizmy: myślenie antycypujące śmierć i doświadczanie przeżyć związanych z diagnozą i leczeniem raka. Choroba nowotworowa uniemożliwia zaspokojenie ważnych potrzeb biologicznych, psychologicznych i egzystencjalnych oraz zaburza układ celów, co najczęściej wiąże się z permanentnym lękiem i utratą poczucia sensu życia.

W ramach poznawczo-transakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984) i Lazarusa (1993) sytuacja choroby może być odzwierciedlana w pierwotnej ocenie poznawczej jako krzywda/strata, co wiąże się ze spostrzeganiem jej w kategoriach żalu, smutku, przygnębienia czy rozpacz. Osoba chora zastanawia się, dlaczego zachorowała, jaką ponosi za to odpowiedzialność. Choroba może być również traktowana jako zagrożenie dla cenionych wartości i w tym rozumieniu pojawiają się negatywne formy myślenia z towarzyszącymi im uczuciami niepokoju i lęku, a nawet rozpacz. Zagrożonymi wartościami w zmaganiu się z rakiem piersi mogą być przede wszystkim: życie i jego jakość, sprawność fizyczna, samoocena, seksualna atrakcyjność, relacje z mężczyznami, płodność i macierzyństwo.

Znaczenie, jakie pacjentka nadaje treści diagnozy stwierdzającej chorobę nowotworową, implikuje podejmowane przez nią zachowania zaradcze, co pozostaje w związku z pozytywnym bądź negatywnym rozwojem choroby oraz przebiegiem leczenia onkologicznego (Mausch, 2002; Wirga i in., 2002).

3. Pozytywne psychologiczne reakcje w chorobie nowotworowej piersi

W polskiej literaturze wyróżniane są następujące typy procesów adaptacyjnych w radzeniu sobie z chorobą: walka - aktywne próby usunięcia choroby onkologicznej, stosowanie się do zaleceń, wprowadzanie własnych sposobów radzenia sobie (np. dieta, zmiana stylu życia itd.); zaprzeczanie - utwierdzanie się w przekonaniu, że choroba nie dotyczy danego pacjenta, że zniknie, pomniejszanie wagi choroby, zaprzeczanie jej istnieniu częściowo lub całkowicie, odrzucanie myśli o chorobie; stoicyzm - realne postrzeganie choroby, pogodzenie się z jej faktem, przekonanie, że każdego czeka śmierć; przewartościowanie - zmiana sposobu patrzenia na dotychczasowe życie, zmiana w zakresie celów dotychczasowych i przyszłych, zmiana w zakresie relacji z innymi i z samym sobą (de Walden-Gałuszko, 2011).

Zgodnie z teorią R.G. Tedeschi'ego i L.G. Calhouna (2004) potraumatyczny wzrost wyraża się w pozytywnych psychologicznych zmianach doświadczanych w rezultacie skutecznego zmagania się z traumatycznym wydarzeniem, burzącym dotychczasowy ład osoby i jej przekonania na temat świata i swego miejsca w nim.

W wielu badaniach potwierdzono występowanie wzrostu traumatycznego (PTG) w związku ze zmaganiem się z chorobą nowotworową (Bellizzi i Blank, 2006; Cordova, Cunningham, Carlson i Andrykowski, 2001, Manne i in., 2004; Petrie, Buick, Weinman i Booth, 1999; Sears, Stanton i DanoffBurg, 2003). Dotychczas prowadzone badania potwierdzają, iż zdarzenia zagrażające zdrowiu i życiu, prowadzące do skonfrontowania się z ewentualnością własnej śmierci oraz generujące wysoki poziom stresu mogą uruchamiać zmiany sprzyjające pojawieniu się potraumatycznego wzrostu. Osoba chora zmienia wówczas postrzeganie otaczającego świata, nadając większe znaczenie i głębiej interpretując przeżywaną rzeczywistość. Dochodzi do przekształcenia doznawanego cierpienia i straty w istotną, pozytywną dla niej wartość. Konfrontacja z perspektywą skończoności życia uruchamia docieranie do świadomości głębokich wartości. Wizja utraty pozwala dostrzec, co jest dla człowieka naprawdę ważne, jaki jest jego prawdziwy sens życia. U części kobiet zmagających się z traumą diagnozy i leczenia nowotworowego dochodzi do pogodzenia się z następstwami choroby, zaakceptowania swojego wyglądu, w ramach procesu wzrostu po traumie (PTG), nawet mimo utraty piersi. Każde indywidualne doświadczenie choroby może stanowić czynnik wzrostowy, doprowadzić do adaptacyjnego przewartościowania celów i priorytetów życiowych, a wsparcie uzyskane od bliskich przyspiesza niewątpliwie powrót do zdrowia i aktywnego życia we wszelkich jego obszarach (Domanowska i in., 2018).

W wielu badaniach przekrojowych oceniano związek między wzrostem po traumie a cierpieniem psychicznym kobiet. Na przykład Ruini, Vescovelli i Albieri (2013) porównali

kobiety z wysokim PTG i niskim PTG z rakiem piersi, aby przeanalizować, czy wyższy poziom PTG był związany ze zmniejszeniem stresu i poprawą samopoczucia psychicznego badanych. Kobiety z wysokim PTG ogólnie wykazywały lepsze samopoczucie psychiczne, niż kobiety z niskim PTG. Wysokie PTG wiązało się również ze zmniejszeniem u nich odczuwanego stresu.

Podobnie w badaniu Romeo i in. (2017) autorzy wykazali znaczące różnice we wzroście po traumie między kobietami, które przeżyły raka piersi z objawami depresyjnymi i bez nich. W szczególności kobiety z objawami depresyjnymi wykazywały znacznie niższy poziom wzrostu po traumie w zakresie oceny życia i ujawniania nowych możliwości w podskalach Inwentarza wzrostu pourazowego (PTGI).

W swoich badaniach Taku i in. (2015) sugerowali, że zmiana podstawowych przekonań, a także przetwarzanie poznawcze bardziej determinują wzrost po traumie, niż obiektywne nasilenie zdarzenia. Mimo zakłócającego charakteru powodującego zwiększony niepokój, działają także jako potencjalne czynniki napędzające proces wzrostu po traumie. Po uruchomieniu procesu tworzenia znaczeń związanego z pozytywną zmianą, osoby mogą być w stanie zrekonstruować swoje przekonania o sobie i świecie. To z kolei może prowadzić w kierunku lepszego dostosowania w zderzeniu z traumatycznym zdarzeniem i zmniejszyć odczuwany stres psychiczny (Joseph i Linley, 2006).

Literatura dotycząca badań empirycznych wykazuje niespójne wyniki dotyczące obecności wzrostu po traumie i obecności myśli intruzywnych (wiążących się z występowaniem objawów PTSD). W badaniach naukowcy nie znaleźli powiązań między PTG a natrętnymi myślami (Manne i in., 2004) oraz między PTG a negatywnymi stanami nastroju (Widows i in., 2005). Inne badania wykazały pozytywne powiązania między natrętnymi myślami a PTG (Sears i in., 2003; Thornton i Perez, 2006). W tym badaniu 27,3% uczestników zgłosiło wyniki wyjściowe, które plasowały ich w grupie z wysokim PTG.

Badania oceniające związek między wzrostem potraumatycznym a cierpieniem psychicznym przynoszą więc niespójne wyniki. Niektórzy badacze stwierdzili dodatnią korelację między cierpieniem a wzrostem potraumatycznym (Mystakidou i in., 2008; Soo i Sherman, 2015), podczas gdy inni nie wykazali takiego związku (Cordova i in., 2001). W szczególności w badaniu Soo i in. (2015) wykazano obecność depresji, lęku i stresu u dużej liczby pacjentek z rakiem piersi, z co najmniej umiarkowanym poziomem objawów depresyjnych i lękowych u 17% badanych kobiet. Niemniej jednak część pacjentek, które wykazywały znaczące objawy depresji, lęku lub stresu, zgłaszały również wzrost potraumatyczny. Dane te pokazały, że cierpienie psychiczne i wzrost pourazowy nie wykluczają się wzajemnie.

Badania pokazują też powiązania między wzrostem pourazowym a adaptacyjnym radzeniem sobie z traumą choroby nowotworowej. Cordova i in. (2001), stwierdzają, że w porównaniu z kobietami, które nie zmagają się z chorobą nowotworową, pacjentki

cierpiące na raka piersi wyrażają większy wzrost pourazowy, w takich jego obszarach, jak docenienie życia i relacje z innymi. Autorzy badań porównywali opisy kobiet cierpiących na raka piersi z depresją, dobrym samopoczuciem i wzrostem potraumatycznym z wynikami zdrowych kobiet, w podeszłym wieku i wykształconych oraz zidentyfikowali korelaty wzrostu pourazowego wśród kobiet, które przeżyły raka piersi. Grupy nie różniły się pod względem depresji lub dobrego samopoczucia, ale grupa kobiet z rakiem wykazała wzorzec większego wzrostu potraumatycznego, szczególnie w odniesieniu do relacji z innymi, oceny życia i zmiany duchowej.

Jeszcze inne badania wykazały związki lub identyfikowały różne trajektorie między stresem psychicznym towarzyszącym zmaganiu się z chorobą nowotworową a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego (Groarke i in., 2017; Lechner, Carver, Antoni, Weaver i Phillips, 2006, Danhauer i in., 2015; AWT Wang, Chang, Chen, Chen i Hsu, 2014; Wang i in. al., 2017). W badaniu Lechnera i in. (2006). Kobiety z nieprzerzutowym rakiem piersi były oceniane w ciągu roku po operacji i ponownie 5-8 lat później w celu zbadania związków między ustalaniem korzyści (*benefit-finding*), a różnymi wskaźnikami dostosowania psychologicznego. W porównaniu z pośrednią, grupy o niskim i wysokim wskaźniku znajdowania korzyści miały lepszą adaptację w zakresie psychospołecznym, co sugeruje istotny krzywoliniowy związek między znajdowaniem korzyści w chorobie nowotworowej, a wynikami psychologicznymi.

W badaniu Danhauera i in. (2015), badacze zidentyfikowali sześć różnych wzorów trajektorii, za pomocą kwestionariusza PTGI wzrostu po traumie, w ciągu pierwszych 24 miesięcy od diagnozy raka piersi. Kobiety, które doświadczyły umiarkowanego do wysokiego poziomu tego wzrostu, konsekwentnie lub stopniowo z upływem czasu miały względnie wyższy poziom myśli intruzyjnych związanych z chorobą, objawów depresyjnych oraz adaptacyjnego radzenia sobie na początku badania niż kobiety zgłaszające niski poziom wzrostu potraumatycznego. Przeciwnie, kobiety, które doświadczyły niskiego poziomu wzrostu zgłaszały niski lub umiarkowany poziom objawów depresyjnych i inwazyjności choroby, wraz z niskim poziomem aktywnego-adaptacyjnego radzenia sobie. Jest zatem możliwe, że kobiety z umiarkowanym poziomem objawów depresyjnych i inwazyjności choroby znajdujące się w trudnej sytuacji, nie miały zasobów psychospołecznych, aby sobie z tym poradzić.

Przytoczone powyżej wyniki badań wskazują, że kobiety, u których diagnoza raka jest bardzo zakłócająca życie, są bardziej narażone na stres, a stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie może być ważne dla radzenia sobie z chorobą i osiągnięcia wyższego poziomu wzrostu potraumatycznego.

4. Rak piersi – rozważania w kontekście obrazu ciała kobiety i płodności

Specyfika raka piersi wiąże się z doświadczaniem tego nowotworu w kontekście stereotypu „kobiecości”, który ulega zagrożeniu wraz z utratą lub deformacją piersi., jako skutku leczenia onkologicznego. Akceptacja swego ciała jest niezmiernie ważna dla właściwego funkcjonowania indywidualnego, interpersonalnego oraz społecznego kobiet. Stres psychiczny wywołany faktem rozpoznania choroby nowotworowej, a zwłaszcza jej umiejscowienia (rak piersi), może powodować u kobiet utratę poczucia własnej wartości, brak akceptacji swojego okaleczonego ciała, co może prowadzić do zaburzeń seksualnych czy zaburzeń płodności.

Uraz i lęk, związany z całkowitą lub częściową amputacją piersi, jest ogromny. Kobiety odczuwają obawę przed utratą kobiecości i atrakcyjności seksualnej po operacji. Pacjentki po mastektomii mogą być zagubione i przekonane o swojej nieatrakcyjności fizycznej, czują się niepełnowartościowe, odczuwają strach przed rozbiciem rodziny lub odejściem partnera.

Psychoseksualność i seksualność jest sferą życia szczególnie podatną na zakłócenia stanu fizycznego i psychicznego. Nie można pominąć tych aspektów życia pacjentek cierpiących na nowotwór piersi, ponieważ kobiece piersi stanowią bardzo ważny obszar w ciele kobiety, będący elementem jej atrakcyjności fizycznej oraz atrybutem kobiecości, płodności i macierzyństwa.

W wyniku operacji oraz leczenia onkologicznego i uzupełniającego zaburzeniu ulega obraz ciała kobiety oraz wyobrażenie własnej seksualności, co potwierdza wczesna jatrogenna menopauza i obniżenie popędu płciowego, a także płodności.

Jednym z czynników, który prawdopodobnie wpływa na nawiązywanie relacji z mężczyzną po zachorowaniu na raka piersi, jest wizerunek ciała kobiety, tj. postrzeganie wyglądu fizycznego i stosunku do ciała (Moreira, 2010). Leczenie raka piersi wiąże się u kobiet z wieloma negatywnymi skutkami ubocznymi wpływającymi na ich wygląd, w tym po amputacji piersi, z bliznami, przyrostem masy ciała, wypadaniem włosów i obrzękiem limfatycznym (Choi, 2014, Fallowfield, Jenkins, 2015). W teoretycznych modelach obrazu ciała twierdzi się, że zmiany wyglądu związane z rakiem powodują w obrazie ciała niezadowolenie, gdy występuje rozbieżność z ideałem dotyczącym własnego obrazu ciała (White, 2000).

Obraz ciała jest uważany za wielowymiarowy konstrukt, uwzględniający znaczenie, jakie poszczególne osoby przywiązują do swojego wyglądu (tj. inwestycja w wygląd) i ocena wyglądu (tj. satysfakcja z wyglądu vs niezadowolenie z wyglądu) (White, 2000, Moreira, Canavarro, 2010). Istnieją dowody, że inwestycja w wygląd i wizerunek ciała, dające

niezadowolenie, może być barierą w tworzeniu relacji podczas zmagania się z chorobą nowotworową piersi.

Ostatnie badania wyróżniły dwa różne aspekty inwestycji w wygląd: istotność samooceny (znaczenie przypisane wyglądowi fizycznemu, jako odzwierciedlającemu poczucie własnej wartości) i element motywacyjny (wysiłek angażowania się w zachowania mające na celu osiągnięcie określonego poziomu atrakcyjności). Kobiety z rakiem piersi w zakresie inwestycji w wygląd, wiążącej się z psychologiczną i społeczną samooceną, osiągały gorsze wyniki, ale ich element motywacyjny, czyli zaangażowanie w zachowania podnoszące atrakcyjność – były lepsze. Poczucie obniżonej samooceny dodatkowo prowadziło do odczuwania większego lęku przed negatywną oceną, która jest podstawowym składnikiem w nawiązywaniu nowych relacji męsko-damskich (Moreira i in., 2010).

Badania jakościowe wskazują ponadto, że niezadowolenie z obrazu ciała kobiet przyczynia się do trudności w nawiązywaniu przez nie relacji z mężczyznami. W meta-syntezie badań wykazano, że wiele niezamężnych kobiet, które przeżyły raka piersi, oczekuje odrzucenia w romantycznych relacjach ze względu na zmiany wyglądu związane z leczeniem (Shaw, Sherman, Fitness, 2015). Według autorów badań jakościowych kobiety postrzegają obawy dotyczące wizerunku własnego ciała jako negatywnie wpływające na kluczowe kompetencje w związku, w tym zdolność do nawiązywania relacji i dzielenia się z partnerem osobistymi informacjami (Shaw, Sherman, Fitness, 2016, Kurowecki, Fergus, 2014).

W przestrzeni społecznej funkcjonują też utrwalone negatywne przekonania dotyczące raka piersi, wiążące się z postrzeganiem jego agresywnego, wyniszczającego przebiegu, a także nieuleczalnego charakteru. Na poziomie językowym przejawiają się w stwierdzeniach, mających charakter stygmatyzujący osoby chore jako „naznaczone rakiem” (Rucińska, Chrystowska-Jabłońska i in., 2015). Można dostrzec tabu dotyczące kobiet zmagających się z nowotworami piersi, gdyż takie umiejscowienie zmian nowotworowych i podejmowane w procesie leczenia procedury lecznicze postrzegane są jako zagrażające płodności i kobiecości. Zmiany w wyglądzie własnego ciała mogą mieć znaczący negatywny wpływ m.in. na poczucie własnej wartości, atrakcyjności, podejmowanie aktywności seksualnej i satysfakcję seksualną kobiet (Rucińska, Chrystowska-Jabłońska i in., 2015).

Istnieje kilka hipotez tłumaczących znaczenie kobiecych piersi i uznania ich za atrakcyjne i ważne (Pawłowski, 2009):

1. Spostrzeganie piersi w kategoriach bodźca seksualnego – kobiece piersi pełnią rolę wzbudzenia seksualnego zainteresowania mężczyzn, co pozwoliło kobietom na utrzymanie stałych związków z nimi, a także zapewniało ochronę dla siebie i potomstwa. Pawłowski (2009) podkreśla jednak, że takie podejście jest słuszne w odniesieniu do kultur

Zachodu, w których kobiece piersi wzbudzają pożądanie prawdopodobnie dlatego, że są zwykle zakryte;

2. Spostrzeganie piersi jako obiektu gotowości do prokreacji i potencjalnej płodności kobiety. Powiększające się piersi już od okresu dojrzewania, zarówno ich kształt, jak i wielkość, są sygnałem uzyskiwania przez kobietę dojrzałości prokreacyjnej;

3. Spostrzeganie piersi jako manifestacji zdolności laktacyjnych kobiety - wielkość kobiecych piersi pozytywnie koreluje ze zdolnościami laktacyjnymi. Współczesne wyniki badań przeczą jednak tej tezie - bardzo duże piersi mogą wręcz wiązać się ze zmniejszoną laktacją u kobiet (Pawłowski, 2009).

Wyniki badań prowadzonych w populacji japońskich kobiet, zmagających się z nowotworem gruczołu piersiowego, wykazały, że w związku z diagnozą raka piersi oraz koniecznością wykonania mastektomii doświadczają daleko idących fizycznych oraz psychicznych przemian w relacjach intymnych z partnerami. Większość Japonek (85,9%) decyduje się na podjęcie aktywności seksualnej po upływie średnio 3,5 miesiąca od operacji piersi, a pozostałe kobiety potrzebują pół roku, aby pogodzić się z utratą piersi i podjąć aktywność seksualną. Jedynie 10,6% badanych kobiet skonsultowało swoje obawy przed podjęciem pożycia płciowego, z czego zdecydowana większość rozmawiała o problemie z przyjaciółką - żadna z pań nie zdecydowała się na profesjonalną poradę u specjalisty. (Takahashi, M., Ohno, S., i in., 2008).

Reasumując, piersi kobiece są bodźcem erotycznym oraz stanowią symbol kobiecości świadczący o atrakcyjności seksualnej i prokreacyjnej kobiety, a usunięcie jednej z nich może stygmatyzować kobietę, naznaczając ją piętnem utraty atrakcyjności związanej z płodnością i macierzyństwem (Klimowicz, Drabek, 2007, Zierkiewicz, Łysak, 2007). Część kobiet w wyniku leczenia raka gruczołu piersiowego decyduje się na zabieg rekonstrukcji piersi, który może być traktowany jako szansa na odzyskanie poczucia własnej atrakcyjności.

Zakończenie i podsumowanie

Doświadczenie kobiet, zmagających się z rakiem piersi, nie jest źródłem jedynie negatywnych procesów psychicznych, ma potencjał zarówno pozytywnych jak i negatywnych następstw psychicznych. W rzeczywistości można je rozumieć jako przemianę psychospołeczną (*psychosocial transition*) (Andrykowski, i in., 1996). Taka perspektywa podkreśla szeroką konceptualizację doświadczania choroby nowotworowej, uwzględniającą zarówno pozytywny jak i negatywny jej wpływ na życie. Podobnie, Tedeschi i Calhoun (2004) zauważają, że niepokój, stres i wzrost potraumatyczny mogą ze sobą współistnieć. Faktem jest, że czasami uważa się, że podwyższony poziom początkowego cierpienia jest istotnym czynnikiem wspierającym drogę do dalszego wzrostu potraumatycznego. Z wyjątkiem kilku badań (Antoni i in., 2001, Cordova, Cunningham,

Carlson i Andrykowski, 2001, Sears i in., 2003), większość doniesień naukowych nie przytacza jednocześnie pozytywnych i negatywnych wyników u chorych na raka oraz osób, które przeżyły chorobę nowotworową.

Chociaż stres po traumie, wyrażający się cierpieniem, i wzrost traumatyczny są postrzegane jako oddzielne stany, relacje między nimi mogą być złożone. Paradoksalnie, jeśli walka z trudnym wydarzeniem sprzyja rozwojowi, może to oznaczać, że stres, cierpienie jest niezbędnym katalizatorem dla wystąpienia procesu wzrostu po traumie (Calhoun i Tedeschi, 2006). W rzeczywistości ramy teoretyczne sugerują, że wzrost potraumatyczny może wynikać ze zmiany podstawowych przekonań o sobie i świecie, odzwierciedlające nową rzeczywistość, która wynika z traumatycznych przeżyć (Lindstrom, Cann, Calhoun i Tedeschi, 2013; Park, 2010; Taku, Cann, Tedeschi i Calhoun, 2015).

Dostępne dowody podkreślają złożony związek między stresem pojawiającym się w obliczu choroby nowotworowej a wzrostem potraumatycznym. Niektórzy autorzy potwierdzają możliwą koegzystencję obu konstruktów, np. po diagnozie choroby nowotworowej, a inni sugerują zróżnicowaną ścieżkę dla obu. Do chwili obecnej nie jest jasne, czy kobiety z rakiem piersi mogą jednocześnie odczuwać obydwa objawy pourazowe, czy też stres poprzedza i / lub katalizuje wzrost po traumie.

W świetle badań związek między PTG i PTSD pozostaje niejasny. Calhoun i Tedeschi (1998) argumentowali, że wzrost potraumatyczny często współlistnieje z objawami stresu potraumatycznego, a inne dane kliniczne i badawcze podkreślały znaczenie stresu po traumie jako katalizatora PTG. Możliwe jest więc, że osoby, które przeżyły raka, będą aktywnie doświadczać wyższych poziomów objawów PTSD, jednocześnie zgłaszając wyższe poziomy PTG. Dokładny charakter związku między PTSD i PTG pozostaje obszarem wymagającym dodatkowych badań.

Jak starano się wykazać, w kontekście choroby nowotworowej – raka piersi, obraz ciała kobiety/matki, jej funkcjonowanie seksualne, relacje męsko-damskie oraz płodność są zagrożone. Rodzi to daleko idące implikacje praktyczne/terapeutyczne w leczeniu, np. jatrogennej bezpłodności czy wspieraniu prokreacji. Mimo utraty piersi - u kobiety może wystąpić pogodzenie się z następstwami choroby, zaakceptowanie swojego wyglądu, w ramach procesu wzrostu po traumie (PTG).

Bibliografia:

- Andrykowski, M.A., Curran, S.L., Studts, J.L., Cunningham, L., Carpenter, J.S., McGrath, P.C., i in. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison, *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 827-834.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Klibourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., i in. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the

- prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer, *Health Psychology*, 20, 20-32.
- APA (2002). DSM-IV-TR Criteria for PTSD, *Psychiatric News*, 37, 20-25.
- Bellizzi, K.M., Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast Cancer survivors, *Health Psychology*, 25, 47-56.
- Bloom, J.R. (2002). Surviving and thriving? *Psycho-Oncology*, 11, 89-92.
- Bulsa, M., Rzepa, T., Foszczyńska-Kłoda, M. i wsp. (2002). Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11, 55-70.
- Choi, E.K., Kim, I.- R., Chang, O., i in. (2014). Impact of chemotherapy- induced alopecia distress on body image, psychosocial well- being, and Depression in breast cancer patients, *Psychooncology*, 23, 1103- 1110.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*, Warszawa: Vizja Press & IT.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001a). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 706-711.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001b). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study, *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Czerw, A.I., Marek, E., Deptała, A. (2015). Use of the mini-MAC scale in the evaluation of mental adjustment to cancer, *Contemporary Oncology*, 19, 414-119.
- Danhauer, S.C., Russell, G., Case, L.D., Sohl, S.J., Tedeschi, R.G., Addington, E.L., Avis, N.E. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer, *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 650-659.
- Deimling, G.T., Bowman, K.F., Sterns, S., Wagner, L.J., Kahana, B. (2006). Cancerrelated health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors, *Psycho-Oncology*, 15, 306-320.
- Deimling, G.T., Kahana, B., Bowman, K.F., Schaefer, M.L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life, *Psycho-Oncology*, 11, 479-494.
- de Walden-Gałuszko, K. (1992). *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- de Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa: PZWL.
- Domanowska, G., Trzęsowska-Greszta, E., Ćwiklińska-Zaborowicz, A. (2018). Odkrywanie wartości życia w chorobie nowotworowej, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1, 202-218.

- Gallagher, J., Parle, M., Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer, *British Journal of Health Psychology*, 7, 365–376.
- Fallowfield, L., Jenkins, V. (2015). Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? *Journal of the National Cancer Institute*, 107, 335.
- Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J.M., Hogan, M.J., Gibbons, A., Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: How and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*, 26, 967–974.
- Ignatowicz-Pacyna, A. (2016). Rak piersi (rak gruczołu piersiowego), (w:) A. Ignatowicz-Pacyna, B. Izmajłowicz, R. Andrzejczak, Ł. Matusiak (red.), *Podstawy onkologii*, 53–57, Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu.
- Jassem, J., Krzakowski, M. (2013). *Rak piersi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, Warszawa: Wyd. CMKP.
- Jassem, J., Krzakowski, M., Bobek-Billewicz, B. (2018). Breast Cancer, *Oncology in Clinical Practice*, 14, 171-215..
- Joseph, S., Linley, P.A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice, *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053.
- Klimowicz, M., Drabek, M. (2007). Pisanie raka piersi. Internet jako źródło wiedzy i kreowania wizerunku choroby, (w:) E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław: MarMar.
- Kordek, R., Woźniak, L., Biernat, W. (2001). *Nowotwory – zarys Patologii Onkologicznej*. Akademia Medyczna w Łodzi, Katedra Onkologii, Zakład Patologii Nowotworów, Łódź.
- Koszarowski, T., Kułakowski, A., Lewiński, T. (1981). *Chirurgia Onkologiczna*, Warszawa: PZWL.
- Kozaka, J. (2015). Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne, *Current Gynecologic Oncology*, 13, 27–43.
- Krawczyk, A. (2013). Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia, *Sztuka Leczenia*, 1, 21–30.
- Kurowecki, D., Fergus, K.D. (2014). Wearing my heart on my chest: dating, new relationships, and the reconfiguration of self- esteem after breast cancer. *Psychooncology*, 23, 52-64.
- Lachowicz, M., Etowska, M. (2017). *Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegu mastektomii*, Gdańsk: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future, *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer US.

- Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E., Phillips, K.M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828 – 840.
- Lindstrom, C.M., Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 50 –55.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives, *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Maush, K. (2002). Radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia w kontekście badań psychoneuroimmunologicznych, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Konteksty stresu psychologicznego*, 128-137, Katowice: Wyd.US.
- Moreira, H., Canavarro, M.C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease, *European Journal Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14, 263-270.
- Moreira, H., Silva, S., Canavarro, M.C. (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer, *Psychooncology*, 19, 959-966.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer, *Breast*, 17, 382–386.
- O'Donnell, M.L., Elliot, P., Wolfgang, B.J., Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms, *Journal of Traumatic Stress*, 20, 173-182.
- Omne-Ponten, M., Holmberg, L., Burns, T., Adami, H., & Bergstrom, R. (1992). Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer: Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation, *European Journal of Cancer*, 28, 1062-1067.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events, *Psychological Bulletin*, 136, 257–301.
- Pawłowski, B. (2009). *Biologia atrakcyjności człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Petrie, K.J., Buick, D.L., Weinman, J., Booth, R.J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 537-543.
- Piotrowski, J. (2014). Rak piersi, (w:) A. Kułakowski i A. Skowrońska-Gardas (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, 106–118, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Romeo, A., Ghiggia, A., Tesio, V., Di Tella, M., Torta, R., Castelli, L. (2017). Post-traumatic growth, distress and attachment style among women with breast cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*, 35, 309–322.
- Ruini, C., Vescovelli, F., Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: New insights into its relationships with wellbeing and distress, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 383–391.
- Rucińska, M., Chrystowska-Jabłońska, B., Rogiewicz, M., Wojtasik, N. (2015). Choroba nowotworowa – wprowadzenie, (w:) M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*, 23–80, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Rucińska, M., Rogiewicz, M., Chrystowska-Jabłońska, B., de Walden-Gałuszko, K. (2015). Etapy chorowania oraz leczenia przeciwnowotworowego i hematologicznego, (w:) M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*, 81–162, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer, *Health Psychology*, 22, 487–497.
- Shaw, L.-K., Sherman, K., Fitness, J. (2015). Dating concerns among women with breast cancer or with genetic breast cancer susceptibility: a review and meta-synthesis, *Health Psychology Review*, 9, 491–505.
- Shaw, L.-K., Sherman, K.A., Fitness, J. (2016). Breast Cancer Network Australia. Women's experiences of dating after breast cancer, *Journal Psychosocial Oncology*, 34, 318–335.
- Soo, H., Sherman, K.A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer, *PsychoOncology*, 24, 70–79.
- Spiegel, D. (2007). Cancer (in:) G. Fink (ed.), *Encyclopedia of stress*, 378–384, New York: Academic Press.
- Ślubowska, M., Ślubowski, T. (2008). Problemy psychosocjalne w raku piersi, *Psychoonkologia*, 12, 14–25.
- Takahashi M., Ohno S., Inoue H. i wsp. (2008), Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients, *Psycho-Oncology*, 17, 901–907.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., Calhoun, L.G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 563–569.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., Calhoun, L.G. (1998). *The LEA series in personality and clinical psychology. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Wang, A.W.T., Chang, C.S., Chen, S.T., Chen, D.R., Hsu, W.Y. (2014). Identification of posttraumatic growth trajectories in the first year after breast cancer surgery, *Psycho-Oncology*, 23, 1399-1405.
- White, C.A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*, 9, 183-192.
- Wirga, M., Nawara, I., Malec, A., Wirga, A., Działa, A. (2002). Poznawcze i emocjonalne aspekty choroby nowotworowej - model terapeutycznej interwencji w kryzysie emocjonalnym, duchowym i egzystencjalnym, *Psychoonkologia*, 6, 53-63.
- Wojtyna, E., Życińska, J., Stawiarska, P. (2007). The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer, *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12, 109-117.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site, *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2004). Jednostka w obliczu traumy. Analiza wybranych mechanizmów radzenia sobie z doświadczeniem traumatycznym, *Kolokwia Psychologiczne*, 12, 191-217.
- Zierkiewicz, E., Łysak, A. (2007). *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław: MarMar.

Dr n. med. Katarzyna Jankowska, <https://orcid.org/0000-0002-1437-050X>
Klinika Endokrynologii, Szpital Bielański w Warszawie
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr hab. n. med. prof. CMKP, Michał Rabijewski, <https://orcid.org/0000-0002-2049-7427>
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Natalia Suszczewicz, <https://orcid.org/0000-0003-3624-0391>
Szpital Powiatowy w Pruszkowie

Infekcje urogenitalne u mężczyzn jako przyczyna niepłodności

Urogenital tract infections in men as a cause of infertility

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.338>

Abstrakt: U około 35% par leczących się z powodu niepłodności przyczyną problemów z zajściem w ciążę jest czynnik męski (Agarwal, Mulgund, Hamada, Chyatte, 2015). Nasienie męskie może mieć nieprawidłowe parametry z różnych powodów. Jedną z częstszych przyczyn są infekcje dróg moczowo-płciowych. Niestety objawy zwykle są minimalne lub nie występują wcale, więc mężczyźni nie zgłaszają się do lekarza. Infekcje te mogą powodować zmniejszenie produkcji plemników, zmniejszenie ich ruchliwości lub zmiany w morfologii plemników (zespół oligo-asteno-teratozoospermia, zespół OAT). Epizody ostrego lub przewlekłego zapalenia jąder lub najądrzy mogą skutkować trwałym uszkodzeniem jąder lub niedrożnością przewodów wyprowadzających nasienie. Infekcje dróg moczowo-płciowych u mężczyzn, jeśli są przenoszone drogą płciową, mogą także powodować stan zapalny dróg rodnych u ich partnerek. Może to być przewlekłe zapalenie szyjki macicy i błony śluzowej macicy (endometritis) czy zmiany w wydzielinach dróg rodnych. Ten przewlekły stan zapalny indukuje z kolei szereg cytokin prozapalnych, które zakłócają fizjologię gamet lub zarodków, prowadząc do obumarcia zarodków lub poronień. Z czasem powstają również zrosty wewnątrzmaciczne, zrosty otrzewnej, niedrożność jajowodów. Infekcje dróg moczowo-płciowych są również główną przyczyną powstawania przeciwciał przeciwplemnikowych u mężczyzn. Infekcje i związana z nimi obecność przeciwciał przeciwplemnikowych u mężczyzn mogą prowadzić do niepłodności z udziałem układu immunologicznego u kobiet. Ponieważ infekcje są częstą przyczyną niepłodności (Weidner, Pilatz, Diemer, Schuppe, Rusz, Wagenlehner, 2013; WHO, 1987), w każdym przypadku niepłodności należy rozważyć obecność patogenów.

Słowa kluczowe: niepłodność męska, infekcje, układ moczowo-płciowy, zapalenie prostaty

Abstract: In about 35% of couples suffering with infertility the cause of problems with getting pregnant is the male factor (Agarwal, Mulgund, Hamada, Chyatte, 2015). The male semen may have incorrect parameters for various reasons. A frequent cause is urogenital infection. Unfortunately symptoms are often minimal or nonexistent and men do not go to the doctor. These infections may result in decreased production of sperm, reduced mobility or changes in sperm morphology (oligo-asteno-teratozoospermia syndrome). Episodes of acute or chronic orchitis or epididymitis may result in permanent damage to the testis or to obstruction in the efferent ejaculatory ducts. Azoospermia (i.e. lack of spermatozoa in ejaculate) on semen analysis can be a consequence of infection-induced obstruction. The content of the ejaculate is then the seminal fluid itself, which is produced in the prostate (not in the testes). Single sperm in semen may be present (cryptozoospermia). Urinary tract infections in men can cause inflammation in their partners. This can be chronic inflammation of the

cervix and endometrium, alterations in reproductive tract secretions, induction of immune mediators that interfere with gamete or embryo physiology, and structural disorders such as intrauterine synechiae, changes of the oviduct or surrounding peritoneum. On the other hand genital tract infections are a major cause of antisperm antibody formation in men. Genital tract infections and antisperm antibody formation in men can lead to immune-mediated infertility in women. Infection is also a main cause of infertility (Weidner, Pilatz, Diemer, Schuppe, Rusz, Wagenlehner, 2013; WHO, 1987). In any case of infertility, infections should be considered. It is important to identify infectious factor because only then is it possible to treat causal.

Key words: male infertility, infection, urogenital tract, prostatitis

Wprowadzenie

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2010 roku, niepłodność to niezdolność do poczęcia przy co najmniej rocznych staraniach i współżyciu bez zabezpieczenia. Aż około 15% par w wieku rozrodczym doświadcza problemów z płodnością (Agarwal, et al., 2015). U około 35% par z niepłodnością, przyczyną niepłodności jest wyłącznie czynnik męski (Agarwal, et al., 2015; WHO, 1987). Infekcje dróg moczowo-płciowych są częstą przyczyną niepłodności. Rozpoznane wcześniej pozwalają przeprowadzić skuteczne leczenie, natomiast nierozpoznane i nieleczone przez lata, mogą prowadzić do niedrożności dróg wyprowadzających nasienie i trwałej niepłodności. Niezdiagnozowane zakażenia dróg moczowo-płciowych uniemożliwiają nie tylko poczęcie w sposób naturalny, ale często także obniżają skuteczność metod rozrodu wspomaganego, inseminacji czy procedur in vitro (Weidner, et al., 2013).

1. Infekcja nasienia a funkcja męskiego układu moczowo-płciowego

Patogeny mogą infekować różne narządy męskiego układu rozrodczego, w tym jądra (powodując zapalenie jąder), najądrza (zapalenie najądrza) i prostatę (zapalenie gruczołu krokowego) (Weidner, et al., 2013). Infekcja dróg moczowo-płciowych może ograniczać produkcję plemników poprzez blokowanie cienkich kanalików jąder, w których wytwarzane są plemniki (kanaliki plemnikotwórcze). Może także powodować bliznowacenie i niedrożność kanalików transportujących plemniki, powodując niepłodność. Infekcje najądrza mogą zakłócać prawidłowe dojrzewanie plemników i uniemożliwiać dalszy transport plemników. Świeżo wyprodukowane plemniki są bowiem czasowo przechowywane w najądrzu (plemniki przechodzą tam etap dojrzewania). Ponieważ gruczoł krokowy wytwarza dużą porcję płynu w ejakulacji, infekcja w gruczole krokowym może utrudniać uwalnianie płynu nasiennego z prostaty, zmniejszając objętość ejakulatu.

Często bagatelizowany jest negatywny wpływ bakteriospermii na parametry seminologiczne, która może powodować:

- 1) zmianę barwy, zapachu i pH nasienia,
- 2) aglutynację i agregację plemników,

- 3) uszkodzenie ich błony komórkowej, akrosomu, mitochondriów,
- 4) wzrost fragmentacji plemnikowego DNA,
- 5) obniżenie ruchliwości i żywotności męskich gamet (Radko, Bogdanowicz, Syryło, 2018).

Większość pacjentów z niepłodnością, u których rozpoznaje się infekcję dróg moczowo-płciowych, nie ma żadnych objawów tej infekcji. Sugeruje to przewlekłość zakażenia, które nieleczone doprowadza do poważnego uszkodzenia dróg wyprowadzających nasienie a czasem do trwałych, nieodwracalnych zmian w jądrach i najądrzu, takich jak mikrozwapnienia czy torbiele (Dohle, 2003; Rusz, Pilatz, Wagenlehner, et al., 2012;).

2. Objawy infekcji urogenitalnej

2.1. Zapalenie prostaty

Szacuje się, że tylko ok. 10% mężczyzn z *prostatitis* ma jakiegokolwiek objawy. Najczęściej jest to pobolewanie w okolicy miednicy i dyskomfort przy oddawaniu moczu. Z drugiej strony, u pacjentów, którzy mają objawy, często nie udaje się ujawnić patogenu. Urologi zalecają w takiej sytuacji masaż prostaty i ponowne pobranie nasienia i moczu do badań mikrobiologicznych. Amerykański Narodowy Instytut Zdrowia (NIH-National Institute of Health) rozróżnia przewlekłe bakteryjne zapalenie prostaty oraz zapalny i niezapalny przewlekły zespół bólowy miednicy. Doniesienia na temat znaczenia przewlekłego zapalenia prostaty dla męskiej płodności są bardzo liczne, ale często sprzeczne.

2.2. Zapalenie najądrzy i jąder

Roczna częstość występowania ostrego zapalenia najądrza wynosi w przybliżeniu 400/100 000 mężczyzn (Dohle, 2003). Najczęściej występuje ból i obrzęk najądrza po jednej stronie. Bardzo rzadko obserwuje się wydzielinę z cewki moczowej czy powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych.

U ok. 60% pacjentów dochodzi również do zmian zapalnych jądra (*epididymo-orchitis*). Najczęstszą przyczyną jest wniknięcie patogennych bakterii z cewki moczowej do najądrza. Zwykle są to tzw. uropatogeny: *Escherichia coli*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*. W ostrej fazie choroby obserwuje się zmniejszenie liczby plemników. Zwykle w ciągu 3 do 6 miesięcy następuje powrót prawidłowej spermatogenezy, jednak u około 10% pacjentów zapalenie prowadzi do trwałej azoospermii, a w 30% przypadków do oligozoospermii. Pomimo odpowiedniego leczenia przeciwdrobnoustrojowego, mogą pozostać trwałe jakościowe zaburzenia. Na przebieg choroby mają zapewne wpływ czynniki wirulencji bakterii (np. hemolizyny).

Najpoważniejszą konsekwencją przewlekłego zapalenia najądrza i jąder jest atrofia jąder z trwałym upośledzeniem spermatogenezy. Brak jest dokładnych danych epidemiologicznych, jak często zapalenie ostre przechodzi w zapalenie przewlekłe. Typowe pierwotne zapalenie jąder z następczym upośledzeniem spermatogenezy obserwuje się zazwyczaj w przebiegu infekcji wirusowych (np. świnka).

Bezobjawowe zapalenie jąder obserwowano u około 25% mężczyzn, którzy byli poddani biopsji jąder z powodu niepłodności. W preparatach histopatologicznych obecne są w tych sytuacjach ogniskowe nacieki limfocytarne. Korelują one ze stopniem uszkodzenia spermatogenezy oraz endokrynologicznymi parametrami niedoczynności jąder. Jednak tylko około 2% z tych pacjentów zgłaszało w wywiadzie epizod zapalenia jąder czy najądrzy.

3. Diagnostyka infekcji urogenitalnej

3.1. Badanie nasienia – seminogram

Obecność bakterii w nasieniu jest stosunkowo częsta i nie wystarcza do rozpoznania infekcji. Bakterie mogą także pojawić się w nasieniu z powodu zanieczyszczenia próbki podczas pobierania nasienia. Bakterie obecne na skórze, takie jak staphylococcus i streptococcus, są powszechnym źródłem skażenia próbki. Nasienie może też zostać skażone, jeśli pacjent ma obecnie infekcję dróg moczowych. Bakterie *Escherichia coli* z przewodu pokarmowego również mogą zanieczyszczać nasienie w ejakulacie. WHO definiuje zakażenie nasienia (pyospermie) jako obecność ponad 1000 bakterii na ml nasienia. Obecność bardzo dużej liczby białych krwinek w nasieniu (powyżej miliona na ml) może również sygnalizować obecność infekcji (Jungwirth, Diemer, Dohle, Giwercman, Kopa, Krausz, Tournaye, 2016). Jest to tzw. leukocytospermia.

3.2. Posiew nasienia - badania mikrobiologiczne

Do zdiagnozowania infekcji w nasieniu zakłada się hodowlę próbki nasienia, aby stwierdzić, które bakterie wyrastają w koloniach na płytkach hodowlanych. Należy zlecić wykonanie posiewu tlenowego, beztlenowego, w kierunku infekcji grzybami, oraz

w kierunku infekcji atypowych (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*). Aby zbadać obecność patogenów atypowych, można również wykonać badanie genetyczne próbki nasienia lub pobrać wymaz z cewki moczowej celem badania metodą PCR na obecność DNA *Mycoplasma*, *Ureaplasma* i *Chlamydia* (Hochreiter, Duncan, Schaeffer, 2000; Street, Justice, Kopa, et al., 2017).

Za wynik posiewu wskazujący na potrzebę antybiotykoterapii, uznaje się liczbę bakterii w ejakulacie w ilości >10 CFU/mL (Bezold, Politch, Kiviat, et al. 2007; Domes, Lo, Grober, Mullen, Mazzulli, Jarvi, 2012; Street, et al., 2017).

3.3. Badania biochemiczne nasienia

Ejakulat jest produkowany w ilości ok. 3 ml. Plemniki stanowią tylko <1% całego ejakulatu. Pozostałe 99% stanowią wydzieliny gruczołów dodatkowych: wydzielina pęcherzyków nasiennych (1,5–2 ml; 50-80%), wydzielina prostaty (ok. 0,5 ml; 15-30%), wydzielina gruczołów Cowpera (ok. 0,1 – 0,2 ml). Wydzieliny te tworzą płyn nasienny czyli środowisko, w którym przebywają plemniki.

Każdy z gruczołów dodatkowych ma swój znacznik biochemiczny w nasieniu (Bezold, et al. 2007). Oznaczenie stężenia danej substancji w nasieniu pozwala wnioskować o prawidłowej lub nieprawidłowej funkcji danego gruczołu (tabela nr 1).

Tabela nr 1. Znaczniki biochemiczne męskich gruczołów dodatkowych

	Funkcja	Udział procentowy w ejakulacie	Markery biochemiczne w płynie nasiennym	Prawidłowe stężenie w płynie nasiennym
Jądro	Produkcja plemników	<1%	-	≥ 39 mln/ejakulat
Najądrze	Dojrzewanie plemników	5%	α-glukozydaza obojętna	≥ 20 mU/ejakulat
Pęcherzyki nasienne	Upłynnianie nasienia	50-80%	fruktoza	≥ 2.4 mg/ejakulat (13 μM / ejakulat)
Prostata	Działanie bakteriobójcze	15-30%	cynk, PSA, kwas cytrynowy, fosfataza kwaśna	Kwas cytrynowy ≥ 52 μM/ejakulat

Głównym składnikiem płynu nasiennego jest więc wydzielina pęcherzyków nasiennych. Gruczoły te produkują głównie fruktozę. Stężenie fruktozy w nasieniu odzwierciedla funkcję wydzielniczą pęcherzyków nasiennych. Infekcje powodują zwykle zmniejszenie ilości fruktozy w nasieniu, a więc gorsze jest upłynnienie (większa lepkość) nasienia.

W najądrzach ma miejsce dojrzewanie plemników czyli uzyskanie zdolności ruchu. Przewlekłe stany zapalne najądrza prowadzą do zaburzeń ruchliwości plemników (astenozoospermii), zaburzeń morfologii plemników (teratozoospermii) oraz fragmentacji chromatyny plemnikowej (nieprawidłowy indeks DFI- DNA fragmentation index). Pacjenci z nieprawidłową funkcją najądrzy mają bardzo niską aktywność α-glukozydazy obojętnej w plazmie nasienia.

Gruzoł krokowy (prostata) wydziela m.in. kwas cytrynowy. Zapalenie prostaty objawia się zmniejszonym wydzielaniem kwasu cytrynowego. Kwas cytrynowy bierze udział w utrzymywaniu optymalnego pH w nasieniu, stąd jego prawidłowe stężenie ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie plemników. W przewlekłym zapaleniu prostaty zwykle znacznie obniżone jest stężenie cynku. Ponieważ cynk jest potrzebny do prawidłowego działania testosteronu w gruczole krokowym, jego niedobór prowadzi do zmniejszenia ilości płynu nasiennego (hipospermia).

3.4. Markery zapalenia w nasieniu

Od niedawna oprócz leukocytozy w nasieniu, można również oznaczać inne markery stanu zapalnego (9,10). Są to:

- pH >8,2 (N <8 - 8,2)
- leukocyty (N < 1 x 10⁶/mL)
- elastaza granulocytów (N < 280 ng/mL)
- cytokiny prozapalne: IL-6 (N <30 pg/mL), IL-8 < 7000 pg/mL).

Analizując wynik badania nasienia, warto zwrócić uwagę na pH nasienia. Prawidłowe pH nasienia powinno wynosić 7,2–8,0.

Wartości > 8,0 - 8,2 wskazują na stan zapalny w obrębie gruczołu krokowego. Wartość pH <7,2 sugeruje zapalenie pęcherzyków nasiennych bądź zaburzenie wydzielania zasadowej wydzieliny pęcherzyków nasiennych, szczególnie ze współistniejącą oligozoospermia (Gangal i Prakash, 2012; PTA i KIDL, 2016; WHO, 2010).

3.5. Testy jakościowe i czynnościowe plemników

Testy czynnościowe plemników, test HBA- hyaluronan binding assay czy test DFI, nie są testami służącymi do diagnostyki infekcji urogenitalnych. Jeśli w badaniu nasienia stwierdza się nieprawidłowości (asteno- czy teratozoospermie) i przyczyną jest infekcja dróg moczowo-płciowych, wyniki tych testów zawsze będą nieprawidłowe. Wyniki te jednak mogą ulec poprawie po wyleczeniu infekcji (Frączek, Hryhorowicz, Gill, Zarzycka, Gaczarzewicz, Jedrzejczak, Bilinska, Piasecka, Kurpisz, 2016).

3.6. Badania hormonalne

Zaburzenia hormonalne mogą być stwierdzane u pacjentów z przewlekłymi stanami zapalnymi jąder czy najądrzy, u których doszło do atrofii czy zmniejszenia objętości jąder. Nieprawidłowa czynność hormonalna i plemnikotwórcza jąder jest wówczas spowodowana uszkodzeniem gruczołu śródmiąższowego jądra i niedrożnością kanalików plemnikotwórczych. Można wtedy zaobserwować podwyższone stężenie FSH, obniżone stężenie testosteronu, obniżone stężenie inhibiny B. U pacjentów z przewlekłym zapaleniem

prostaty diagnostyka endokrynologiczna nie przyniesie znaczących odchyłeń od normy (Frączek, i in., 2016).

3.7. Badania krwi

W ostrym stanie zapalnym mogą być obecne we krwi markery ostrego zapalenia: podwyższone OB, CRP, leukocytoza. Niekiedy obserwuje się podwyższone stężenie PSA (Prostate Specific Antigen).

3.8. Diagnostyka ultrasonograficzna

Badanie USG może potwierdzić podejrzenie stanu zapalnego (Pilatz, Wagenlehner, Bschiepfer, et al., 2013). W obrazie ultrasonograficznym u pacjenta z infekcją urogenitalną można zobaczyć: powiększenie najądrzy (ostry stan zapalny lub niedrożność najądrzy), zmniejszenie objętości jąder (przewlekły stan zapalny), mikrozwapnienia, torbiele (Lotti, Maggi, 2015).

4. Odpowiedź immunologiczna na infekcje

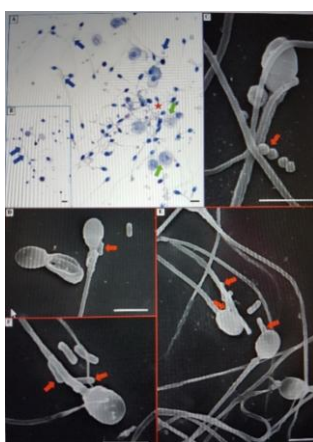
W odpowiedzi na infekcję leukocyty naciekają do miejsca zakażenia. Nadmiar białych krwinek w nasieniu może powodować problemy z płodnością, ponieważ leukocyty uczestniczące w procesie zapalnym uwalniają reaktywne formy tlenu (ROS) (Hedger, 2011). ROS to wolne rodniki, które są toksyczne dla nasienia. Jeśli plemniki są narażone na wysokie poziomy ROS, mogą zostać uszkodzone, co obniża ich zdolność do zapłodnienia komórki jajowej. Co więcej, ROS w nasieniu może powodować uszkodzenia DNA plemników, powodujące niepowodzenie procesu zapłodnienia. Cytokiny wytwarzane jako część odpowiedzi zapalnej zakłócają prawidłową spermatogenezę. Niepłodność może też być spowodowana wytwarzaniem przeciwciał zwalczających infekcję bakteryjną. Mogą też być obecne przeciwciała przeciwko plemnikom (przeciwciała przeciwplemnikowe), które powodują zlepianie (aglutynację) plemników, czyniąc je bezużytecznymi do zapłodnienia (Centers for Disease Control and Prevention, 2015; Frączek, i in., 2015). Infekcje dróg moczowo-płciowych są główną przyczyną powstawania przeciwciał przeciwplemnikowych u mężczyzn (Moreno, Cicinelli, Garcia-Grau, Gonzalez-Monfort, Bau, Vilella, De Ziegler, Resta, Valbuena, Simon, 2018). Jest to naturalna regulacja chroniąca komórkę jajową przed zapłodnieniem plemnikiem z uszkodzonym materiałem genetycznym.

5. Infekcja u mężczyzny - niepłodność pary

Infekcje dróg moczowo-płciowych i tworzenie przeciwciał przeciwplemnikowych u mężczyzn może prowadzić do niepłodności z udziałem układu immunologicznego

u kobiet (Işık, Demirezen, Dönmez, Beksa 2016; Moreno et. al., 2018). Infekcje urogenitalne u mężczyzn mogą powodować stan zapalny u ich partnerek. Może to być przewlekłe zapalenie szyjki macicy i błony śluzowej macicy (endometritis), zmiany w wydzielinach dróg rodnych, indukcja mediatorów immunologicznych, które zakłócają fizjologię gamet lub zarodków, oraz zaburzenia strukturalne, takie jak zrosty wewnątrzmaciczne, zrosty otrzewnej, niedrożność jajowodów (zdj. 1).

Na zdjęciu 1. Przedstawiono rozmaz met. Papanicolau nasienia u pacjenta z infekcją. Widoczna aglutynacja plemników (gwiazdka), adhezja bakterii (niebieskie strzałki) i leukocytów (zielone strzałki) - (A, B). Zdjęcia spod mikroskopu elektronowego plemników w hodowli z obecnością *Bacteroides ureolyticus* (C) czy *Escherichia coli* (D-F).



Zdj. 1. Interakcje między bakteriami, leukocytami i plemnikami (Frączek, et. al, 2015; Piasecka, 2015)

6. Leczenie

W zależności od rodzaju bakterii stosuje się różne antybiotyki (CDC and Prevention, 2015). Istotna jest ocena antybiogramu ze względu na narastającą lekooporność patogenów. Jeśli chodzi o infekcje atypowe (*Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*) zapalenia szyjki macicy lub cewki moczowej, 7-dniowe podawanie doksycykliny często jest nieskuteczne (mediana częstości wyleczenia: 31%). Wykazano, że pojedyncza dawka 1g. azytromycyny jest znamienne skuteczniejsza od doksycykliny w przypadku zapalenia cewki moczowej, jednak oporność *Mycoplasma genitalium* na ten antybiotyk gwałtownie się zwiększa. Wcześniej medianę częstości wyleczenia u kobiet i mężczyzn określono na ok. 85%, jednak w najnowszym badaniu oceniono ją jedynie na 40%. Dłuższe podawanie azytromycyny (dawka początkowa 500 mg., następnie 250 mg/24 h przez 4 dni) może być nieco bardziej skuteczne. Wstępne doniesienia o stosowaniu moksyflokscyny (400 mg/24 h przez 7, 10 lub 14 dni) w przypadku uprzedniej nieskutecznej terapii świadczą o jej 100% skuteczności, jednak lek ten nie był testowany w badaniach klinicznych. W niektórych badaniach

wykazano nieskuteczność schematu 7-dniowego. Większość urologów oraz mikrobiologów skłania się do prowadzenia antybiotykoterapii przez przynajmniej 2-4 tygodnie. W przypadku infekcji *Gardnerella* antybiotykiem z wyboru jest klindamycyna lub metronidazol (Schuyler, Mordechai, Adelson, Sobel, Gygax, Hilbert, 2016).

Zasady antybiotykoterapii obowiązujące obecnie w leczeniu infekcji dróg moczowo-płciowych są zawarte w wytycznych publikowanych przez towarzystwa naukowe (Jungwirth, et. al., 2016; Street, et. al., 2017). Zawierają one najnowsze rekomendacje dotyczące leczenia infekcji urogenitalnych. Jeśli infekcja spowodowała już zapalenie i bliznowacenie kanalików, samo leczenie antybiotykiem może nie wystarczyć, aby przywrócić płodność. W celu odblokowania przewodów wyprowadzających nasienie może być konieczna operacja. Jeśli zablokowane kanaliki są bardzo małymi cewkami nasiennymi jądra lub najądrza, ponownego udrożnienia może nie być możliwe. Jeśli w ejakulacie nadal występują pojedyncze plemniki (kryptozoospermia) lub nie ma ich wcale (azoospermia), jedynym rozwiązaniem może być biopsja jąder i pobranie plemników do technik wspomaganego rozrodu ART (Marconi, Keudel A, Diemer, et al. 2012).

Infekcje przewlekłe często wymagają starannego i długotrwałego leczenia. W leczeniu wspomagającym stosuje się niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i antyoksydanty. W grupie NLPZ najlepsze efekty przynosi stosowanie diclofenacu w dawce 100-150 mg/d. przez okres 3-6 tygodni. Wśród antyoksydantów w ostatnim czasie najbardziej poleca się witaminę E, ale w dużej dawce, tj. 1000 mg/dobę (Jungwirth, 2016), a także glutation w dawce 500 mg/dobę (Agarwal, Parekh, Selvam, 2019).

Należy również pamiętać o jednoczesnym leczeniu partnerki, jeśli ustalono rozpoznanie infekcji przenoszonej drogą płciową (CDC and Prevention, 2015).

7. Wskazania do diagnostyki w kierunku infekcji urogenitalnej

Kiedy więc podejmować diagnostykę w kierunku infekcji dróg moczowo-płciowych u mężczyzny? Na podstawie piśmiennictwa można stwierdzić, że diagnostyka w kierunku zakażenia w drogach moczowo-płciowych powinna być podejmowana w każdym przypadku, gdy u mężczyzny z niepłodnością stwierdza się nieprawidłowości.

Wskazania do wykonania posiewu nasienia:

- azoospermia (brak plemników w nasieniu),
- oligozoospermia (zmniejszona ilość plemników w nasieniu),
- nieprawidłowa ruchliwość plemników (astenozoospermia),
- nieprawidłowa budowa plemników (teratozoospermia),
- leukocytospermia (nadmierna liczba leukocytów w nasieniu),
- zmniejszona objętość ejakulatu,
- zwiększona lepkość ejakulatu,

- nieprawidłowe pH,
- podejrzenie obniżonej zdolności antyoksydacyjnej w nasieniu.

Podsumowanie

Infekcje dróg moczowo-płciowych są częstą przyczyną niepowodzeń prokreacyjnych. Infekcje te powinny być brane pod uwagę zarówno gdy planowane jest poczęcie w sposób naturalny, lecz także wtedy gdy para została zakwalifikowana do sztucznych metod rozrodu wspomaganego. Procedury zapłodnienia pozaustrojowego mogą być nieskuteczne z powodu złej jakości plemników. Również obecność przeciwciał przeciwplemnikowych (z powodu infekcji) u kobiety może być przyczyną niepowodzenia IVF.

Zaniechanie potrzebnej diagnostyki może być przyczyną niepowodzeń prokreacyjnych (niepłodności, poronień, nieskutecznych inseminacji czy procedur in vitro). Zdiagnozowanie i wyleczenie infekcji dróg moczowo-płciowych jest czynnikiem zwiększającym szanse powodzenia poczęcia naturalnego i ART.

W każdym przypadku nieprawidłowości w badaniu nasienia z towarzyszącą niepłodnością, warto wykonać posiew nasienia.

Postępowanie takie pozwoli na wczesne rozpoznanie i przyczynowe leczenie niepłodności. Niezdiagnozowane i nieleczone infekcje mogą prowadzić do trwałej niepłodności.

Bibliografia:

- Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A., Chyatte, M.R. (2015). A unique view on male infertility around the globe, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13, 37. <https://doi.org/10.1186/s12958-015-0032-1>.
- Agarwal, A., Parekh, N., Selvam, N. et al. (2019). Male Oxidative Stress Infertility (MOSI): Proposed Terminology and Clinical Practice Guidelines for Management of Idiopathic Male Infertility, *World Journal of Men's Health*, 37 (3), 296–312. <https://doi.org/10.5534/wjmh.190055>.
- Bezold, G., Politch, J.A., Kiviat, N.B., et al. (2007). Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia, *Fertility and Sterility*, 87, 1087–97. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.08.109>.
- Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines (2015). *MMWR Recomm Rep*, 64 (RR-03), 1–137.

- Domes, T., Lo K.C., Grober, E.D., Mullen, J.B., Mazzulli, T., Jarvi, K. (2012). The incidence and effect of bacteriospermia and elevated seminal leukocytes on semen parameters, *Fertility and Sterility*, 97, 1050–5. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.01.124>.
- Fraczek, M., Kurpisz, M. (2015). Mechanisms of the harmful effects of bacterial semen infection on ejaculated human spermatozoa: potential inflammatory markers in semen, *Folia Histochemica et Cytobiologica*, 53 (3), 201-217. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.01.124>.
- Frączek, M., Hryhorowicz, M., Gill, K., Zarzycka, M., Gaczarzewicz D., Jedrzejczak P., Bilinska B., Piasecka M., Kurpisz M. (2016). The effect of bacteriospermia and leukocytospermia on conventional and nonconventional semen parameters in healthy young normozoospermic males, *Journal of Reproductive Immunology*, 17 (118), 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2016.08.006>.
- Hedger, M. (2011). Immunophysiology and pathology of inflammation in the testis and epididymis, *Journal of Andrology*, 32, 625–640. <https://doi.org/10.2164/jandrol.111.012989>.
- Hochreiter, W.W., Duncan, J.L., Schaeffer, A.J. (2000). Evaluation of the bacterial flora of the prostate using a 16S rRNA gene based polymerase chain reaction, *Journal of Urology*, 163, 127–30.
- Işik, G., Demirezen, Ş., Dönmez, H.G., Beksaç, M.S. (2016). Bacterial vaginosis in association with spontaneous abortion and recurrent pregnancy losses, *Journal of Cytology*, 33 (3), 135-140. <https://doi.org/10.4103/0970-9371.188050>.
- Jungwirth, A., Diemer, T., Dohle, G.R., Giwercman, A., Kopa, Z., Krausz, C., Tournaye, H. (2016). *Guidelines on Male Infertility*, European Association of Urology.
- Pilatz, A., Wagenlehner F., Bschleipfer T., et al. (2013). Acute epididymitis in ultrasound: results of a prospective study with baseline and follow up investigations in 134 patients, *European Journal of Radiology*, 82, e762–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2013.08.050>.
- Lotti, F., Maggi, M. (2015). Ultrasound of the male genital tract in relation to male reproductive health, *Human Reproduction Update*, 21, 56–83. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu042>.
- Marconi, M., Keudel, A., Diemer, T., et al. (2012). Combined trifocal- and micro-TESE is the best technique for testicular sperm retrieval in “low chance” non-obstructive azoospermia, *European Urology*, 62, 713–719.
- Moreno, I., Cicinelli, E., Garcia-Grau, I., Gonzalez-Monfort, M., Bau, D., Vilella, F., De Ziegler, D., Resta, L., Valbuena D., Simon C. (2018). The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women: a comparative study of histology, microbial cultures, hysteroscopy, and molecular microbiology, *American Journal of*

- Obstetrics and Gynecology*, 218 (6), 602, e1-602, e16.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.02.012>.
- Piasecka, M. (red.) (2015). *Układ płciowy męski. Badania kliniczne i doświadczalne*, Szczecin: Pomorski Uniwersytet Medyczny.
- Radko, M., Bogdanowicz, A., Syryło, T. (2018). Bakteriospermia i jej wpływ na parametry nasienia mężczyzn, *Postępy Andrologii Online*, https://doi.org/10.26404/PAO_2353-8791.2018.08.
- Rusz, A., Pilatz, A., Wagenlehner, F., et al. (2012). Influence of urogenital infections and inflammation on semen quality and male fertility, *World Journal of Urology*, 30, 23–30. <https://doi.org/10.1007/s00345-011-0726-8>.
- Schuyler, J.A., Mordechai, E., Adelson, M.E., Sobel, J.D., Gygax, S.E., Hilbert, D.W. (2016). Identification of intrinsically metronidazole-resistant clades of *Gardnerella vaginalis*, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 84 (1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2015.10.006>.
- Street, E.J., Justice, E.D., Kopa, Z., et al. (2017). The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis, *International Journal of STD & AIDS*, 28 (8), 744-749. <https://doi.org/10.1177/0956462417699356>.
- Weidner, W., Pilatz, A., Diemer, T., Schuppe, H.C., Rusz, A., Wagenlehner, F. (2013). Male urogenital infections: impact of infection and inflammation on ejaculate parameters, *World Journal of Urology*, 31, 717–23. <https://doi.org/10.1007/s00345-013-1082-7>.
- World Health Organization (1987). Towards more objectivity in diagnosis and management of male fertility. Results of a World Health Organization multicenter study, *International Journal of Andrology*, Suppl 7, 1–53.

Mgr Olimpia Janz, <https://orcid.org/0000-0002-8777-5487>

Dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska, <https://orcid.org/0000-0002-2147-9503>

Centrum Medycyny Spersonalizowanej

CODE w Łodzi

Zakażenia pasożytnicze a płodność

Parastic infection and fertility

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.322>

Abstrakt: Zakażenia pasożytnicze są poważnym problemem populacji ludzkiej na przestrzeni wieków. W pracy omówiono mechanizmy działania pasożytów w ustroju gospodarza, ze szczególnym uwzględnieniem zjawisk immunologicznych. Przedstawiono podstawowe zasady diagnostyki zakażeń pasożytniczych w oparciu o badania kału, krwi i innych materiałów biologicznych. Na podstawie aktualnego piśmiennictwa (badania epidemiologiczne u ludzi, badania eksperymentalne na zwierzętach) omówiono wpływ wybranych zakażeń pasożytniczych na płodność, powikłania przebiegu ciąży oraz stan zdrowia potomstwa. Przedstawiono pierwsze spostrzeżenia z własnej praktyki w ośrodku przyczynowego leczenia niepłodności.

Ze względu na istotny wpływ zakażeń pasożytniczych na stan zdrowia człowieka, w tym także na zdrowie prokreacyjne, konieczne jest ich uwzględnienie w diagnostyce par zgłaszających się z problemem niepłodności. Wymaga to holistycznego spojrzenia na pacjentów oraz szerokiej współpracy wielospecjalistycznej, z uwzględnieniem lekarzy różnych specjalności i wykwalifikowanych diagnostów laboratoryjnych.

Słowa kluczowe: zakażenia pasożytnicze, zdrowie prokreacyjne, płodność, odpowiedź immunologiczna, diagnostyka parazytologiczna

Abstract: Parasitic infections have been a serious problem in the human population over the centuries. The mechanisms of action of parasites in the host system are discussed in the paper, with particular emphasis on immunological phenomena. Basic principles of parasitic infection diagnostics based on stool, blood and other biological materials tests are presented. On the basis of current literature (epidemiological studies in humans, experimental studies on animals), the impact of selected parasitic infections on fertility, pregnancy complications and the health of the offspring is discussed. The first observations from own practice in the causal center for infertility treatment were presented.

Due to the significant impact of parasitic infections on human health, including reproductive health, it is necessary to include them in the diagnosis of couples reporting the problem of infertility. This requires a holistic view of patients and broad multidisciplinary cooperation, including physicians of various specialties and qualified laboratory diagnostics.

Key words: parasitic infections, reproductive health, fertility, immune response, parasitological diagnosis

Wprowadzenie

Populacja ludzka od zarania dziejów zmagą się ze zjawiskiem pasożytnictwa. Dowodem na to może być chociażby fakt znalezienia jaj przywry *Schistosoma haematobium* w mumiach egipskich pochodzących z około XI wieku p.n.e. czy jaj glisty (*Ascaris*)

i włosogłówki (*Trichuris*) w zwłokach człowieka z około VI wieku p.n.e. znalezionych w torfowiskach na Pojezierzu Mazurskim. Wśród kilkudziesięciu tysięcy gatunków zwierząt opisanych w Europie Środkowej jedną czwartą stanowią pasożyty (w tym 50% robaki, 25% stawonogi i 17% pierwotniaki). Człowiek może być żywicielem prawdopodobnie kilkudziesięciu gatunków zwierząt, w tym przeszło 30 gatunków pasożytujących wewnątrz jego ustroju (Kadłubowski, 1967a). Niestety inwazje pasożytnicze mogą prowadzić do wyniszczenia fizycznego, a niekiedy także i do śmierci żywiciela. Przykładem chorób pasożytniczych mogących mieć przebieg śmiertelny są: malaria, pneumocystoza, pełzakowica, akantameboza i neglerioza, leiszmanioza trzewna, toksoplazmoza wrodzona i neurotoksoplazmoza, kryptosporidioza, bąblowice (*Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*), wągrzyca, strongyloidoza i włośnica (Pawłowski, 2018).

Według danych WHO w ciągu ostatnich 10 lat różnymi pasożytami zaraziło się ponad 4,5 miliarda ludzi. Pasożyty są przyczyną około 14 mln przypadków zgonów na świecie w skali roku. Sytuację pogarsza fakt, iż w związku z postępującą globalizacją i swobodną migracją ludności coraz częściej mamy do czynienia z przypadkami parazytoz zawlekanych do naszego kraju, jak chociażby malaria.

Pasożytnictwo z samej definicji oznacza formę antagonistyczną współżycia dwóch organizmów, w którym osobniki jednego gatunku (pasożyty) wykorzystują osobniki innego gatunku (żywicieli) jako źródło pokarmu lub jako środowisko życia. Swoją obecnością działają na szkodę żywiciela, czyli są chorobotwórcze. Nasuwa się więc prosty wniosek, że osoba zarażona jest narażona na utratę zdrowia w wyniku inwazji pasożytniczej. Płodność kobiety i mężczyzny jest objawem pełni zdrowia, a naruszenie prawidłowych mechanizmów obronnych organizmu może być przyczyną zaburzeń płodności. Diagnostyka tych zaburzeń niejednokrotnie nie jest łatwa, powinna przebiegać wielokierunkowo i bazować na dobrym badaniu podmiotowym, odnoszącym się również do inwazji pasożytniczych. Aby rozpoznać parazytozę u pacjentów z zaburzeniami płodności należy przede wszystkim dobrze rozumieć działanie chorobotwórcze tych patogenów oraz bogatą symptomatologię związaną z poszczególnymi rodzajami zakażeń pasożytniczych.

1. Mechanizmy działania pasożytów w ustroju gospodarza

1.1. Bezpośrednie działanie pasożytów na organizm człowieka

W przypadku niektórych pasożytów możemy mieć do czynienia z mechanicznym uszkodzeniem ściany jelita (np. tasiemiec, tęgoryjec, włosogłówka, włosień), krwinek czerwonych (zarodziec malarii), komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego (toksoplazma), kosmków jelitowych (tasiemiec karłowaty, tęgoryjec) czy narządów mięsaszowych, jak nerki i wątroba. Może również dochodzić do niedrożności jelit

i przewodów żółciowych (co pośrednio może przyczynić się do kamicy dróg żółciowych), a nawet dróg oddechowych (glista ludzka). W wyniku niektórych inwazji pasożytniczych (tasiemce, glista) może także dojść do uszkodzenia gruczołów dokrewnych, zwłaszcza kory nadnerczy i gonad, a co za tym idzie do upośledzenia ich czynności wydzielniczych.

Produkty przemiany materii pasożytów lub substancje chemiczne uwalniane podczas rozpadu pasożyta silnie oddziałują na organizm żywiciela – wykazano, że dożylnie wstrzyknięcie psu tylko 0,005 ml/kg płynu z jamy ciała glisty wywołuje spadek ciśnienia tętniczego, duszność, wymioty, natomiast w wyższej dawce – porażenie, a nawet śmierć w ciągu kilku minut (Kadłubowski, 1967b).

Niezwykle interesujący jest fakt, iż aktywność enzymów trawiennych żywiciela może być hamowana przez inhibitory pasożyta co w oczywisty sposób wpływa na zaburzenie prawidłowych szlaków metabolicznych. Ponadto pasożyt pozbawia swojego żywiciela wielu niezbędnych składników chemicznych dostarczanych organizmowi wraz z pożywieniem. Związane to może być z jednej strony z szybkim wzrostem pasożyta (np. tasiemiec nieuzbrojony może zwiększać się o 7 cm dziennie) oraz z małą wydajnością przemiany beztlenowej węglowodanów. Glista ludzka wykorzystuje glukozę do produkcji kwasów tłuszczowych co dostarcza kilkanaście razy mniej energii niż utlenianie glukozy do dwutlenku węgla i wody. Wiemy również, że pasożyty konkurują z żywicielem o niektóre mikro- i makroelementy czy witaminy, jak np. w przypadku bruzdogłowca szerokiego o witaminę B12. Natomiast niedobory witaminy C podczas inwazji pasożytniczej mogą być związane z tzw. reakcją alarmową w ustroju żywiciela, co prowadzi do zachwiania jego równowagi oksydo-redukcyjnej i wzrostu poziomu wolnych rodników, a to jak wiemy może być przyczyną zaburzeń spermatogenezy u mężczyzn. Innym przykładem pasożyta czerpiącego korzyści kosztem ustroju gospodarza jest tęgoryjec dwunastniczy żywiący się jego krwią (jeden osobnik może połykać do 0,4 ml krwi dziennie).

1.2. Wpływ zakażeń pasożytniczych na zjawiska immunologiczne

Układ gospodarz – żywiciel podlega ciągłej dynamice. Ich interakcja z jednej strony jest skierowana na przetrwanie pasożyta w organizmie gospodarza oraz dopełnienie w nim swojego cyklu rozwojowego a z drugiej strony człowiek broni się przed obecnością pasożyta. Prowadzi to do aktywacji wielu złożonych mechanizmów immunologicznych typu komórkowego i humoralnego, w których biorą udział mediatory procesu zapalnego, układ dopełniacza, cytokiny i immunoglobuliny. Antygeny pasożytów przy udziale białek głównego układu zgodności tkankowej (ang. *major histocompatibility complex*, MHC) są prezentowane limfocytom T indukując swoistą odpowiedź i pamięć immunologiczną, a z drugiej strony prowokują syntezę wielu różnych cytokin aktywujących pozostałe komórki układu odpornościowego.

Pasożyty cechuje zmienność antygenowa, czyli w trakcie inwazji antygeny pasożytów ulegają zmianie (m.in. stadia larwalne) a nawet potrafią maskować się białkami gospodarza, co mogłoby tłumaczyć zjawisko autoagresji. Ma to na celu ucieczkę przed układem odpornościowym gospodarza i uniemożliwienie ich wykrycia w trakcie diagnostyki serologicznej. Te mechanizmy ze strony pasożyta wpływają na nasilenie reakcji odpornościowej u gospodarza i na jej modyfikację.

Inwazje pasożytnicze niejednokrotnie prowokują procesy alergiczne. Po zarażeniu się pasożytami możemy obserwować wzrost populacji limfocytów Th2 i syntezowanych przez nie cytokin IL-4, IL-5, IL-13, eozynofili oraz podwyższone stężenie IgE w surowicy (Cooper, 2009; Al Ghwass i in., 2015). Poza limfocytami, komórkami NK, limfocytami T i B oraz eozynofilami, komórkami zaangażowanymi w proces zapalenia alergicznego są mastocyty. Zlokalizowane są one w skórze, jelitach, błonie śluzowej nosa i spojówek, przestrzeni okołonaczyniowej itp. Do ich aktywacji może dochodzić poprzez mechanizmy IgE-zależne oraz niezależnie od IgE. Odbywa się to poprzez wiele różnych cytokin, chemokin, układ dopełniacza, kompleksy immunologiczne itp. W ziarnistościach tych komórek stwierdzono szereg związków, które po uwolnieniu z magazynów komórkowych wywołują kliniczne objawy alergii.

Pasożyty wykształciły wiele mechanizmów chroniących je przed układem odpornościowym żywiciela oraz ułatwiających kolonizację narządów docelowych (proteinaza cysteinowa, serynowa, metaloproteinaza itp.). Stwierdzono, że mogą one również wykorzystywać cytokiny do inwazji narządu docelowego (np. w przypadku nicieni jest to odpowiedź Th2, zależna od ilości pasożytów).

Jako, że w interesie pasożyta jest przetrwać jak najdłużej – z czasem ustala się stan pewnej równowagi, wzajemnej tolerancji i stałej immunizacji. Działanie chorobotwórcze pasożyta jest przede wszystkim wypadkową liczby osobników, które dostały się do organizmu człowieka oraz stanu odporności immunologicznej gospodarza.

2. Diagnostyka laboratoryjna zakażeń pasożytniczych

Celem wykrycia inwazji pasożytniczej oraz wprowadzenia skutecznego leczenia należy przeprowadzić badania laboratoryjne, w których wykorzystywane są różne metody, m.in. mikroskopowe, serologiczne, molekularne czy hodowla *in vitro/in vivo*. Najpopularniejszym i najbardziej wiarygodnym badaniem potwierdzającym obecność pasożytów jest mikroskopowe badanie kału.

Dla celów diagnostycznych zaleca się trzykrotne pobranie materiału, ostatnią próbkę dobrze jest oddać po prowokacji środkami czyszczącymi. Kał do badań zaleca się pozyskać w okresie 10 dni w odstępach 2-3 dniowych aby podnieść prawdopodobieństwo wykrycia pasożytów, zwłaszcza cyst pierwotniaków, które wydalane są nieregularnie. Niekiedy, przy

znacznym podejrzeniu giardiozy (zakażenia *Giardia lamblia*) lub amebozy, badania koproscopowe wykonywane są nawet sześciokrotnie w okresie 14 dni. Według obecnie obowiązujących standardów w zakresie laboratoryjnych czynności w parazytologii medycznej, kał wodnisty lub uzyskany po środkach przeczyszczających należy badać do 30 min., a kał luźny do 60 min. po jego oddaniu (ze względu na trofozoity pierwotniaków ulegające dezintegracji), natomiast kał uformowany na obecność cyst/oocyt pierwotniaków bądź jaj helmintów (robaków) można badać do 72 godz. od momentu pobrania. Do czasu badania, próbki powinny być przetrzymywane i transportowane w temperaturze od +4 do +10°C.

W badaniu niektórych parazytoz materiałem diagnostycznym może być również mocz. Jest on materiałem używanym najczęściej do wykrycia jaj *Schistosoma haematobium* i trofozoitów *Trichomonas vaginalis*, rzadziej jaj *Diocotophyma renale* czy mikrofilarii. Najlepiej jest badać mocz kolekcjonowany między godziną 12.00 a 15.00, ewentualnie po wysiłku. Pobiera się 100-200 ml moczu, przy czym ważny jest jego końcowy strumień. Rekomendowane jest trzykrotne pobranie materiału (Myjak i in., 2011).

W diagnostyce wykorzystać również można metody pośrednie, takie jak testy immunoenzymatyczne, pozwalające na wykrywanie swoistych antygenów w kale. Wykonuje się je w przypadku gdy w badaniu kału nie wykryto jaj pasożytów, natomiast objawy kliniczne chorego sugerują inwazję pasożytniczą przewodu pokarmowego. Niestety, charakteryzują się one stosunkowo niską swoistością, w związku z czym uzyskane wyniki mogą być fałszywie dodatnie.

Istnieje również możliwość oznaczania przeciwciał przeciw danemu antygenowi pasożyta we krwi (w tym: IgG, IgM, IgA, IgE) produkowanych przez żywiciela po kontakcie z pasożytem. Często wykonuje się je jako uzupełnienie diagnostyki przy ujemnym wyniku badań mikroskopowych, a także w razie niemożności wykonania badania mikroskopowego lub celem retrospektywnego potwierdzenia przebycia parazytozy podczas pobytu w krajach tropikalnych lub subtropikalnych.

Badania molekularne natomiast polegają na wykrywaniu DNA pasożyta w danym materiale, może to być próbka kału, krew lub płyn mózgowo-rdzeniowy czy inna tkanka. Wykonuje się je w przypadku bardzo niskiej inwazji lub bardzo wczesnej fazy zarażenia - poniżej progu wykrywalności metodami mikroskopowymi, przy trudnościach w różnicowaniu gatunków podobnych lub bliźniaczych, czy potrzebie określenia lekooporności pasożyta.

3. Problem zakażeń pasożytniczych w przypadku analiz dotyczących płodności

Mając na uwadze zdrowie prokreacyjne pacjentów należy brać pod uwagę ich kondycję ogólnozdrowotną. Jak przedstawiono wyżej, obecność pasożytów może

przyczynić się do pogorszenia parametrów biochemicznych krwi czy wręcz prowokować stany zapalne, wynikiem których może być m.in. niepłodność. Dość dobrze opisanym czynnikiem etiologicznym niepłodności jest inwazja wywołana przez rozdzielnopłciowe przywry z rodzaju *Schistosoma*. Jednakże objawy zakażenia wywołanego przez nie są bardzo mało swoiste, co niestety wpływa na rzadko podejmowaną diagnostykę w ich kierunku. Do objawów wywołanych przez *Schistosoma* zaliczamy: upławy, bóle podbrzusza, nieregularne miesiączki, krwawienia międzymiesiączkowe lub krwawienia po stosunku, a przy współistniejącym zarażeniu układu moczowego- dodatkowo krwiomocz (Drews i Brzezińska, 2018a). W przypadku mężczyzn jednym z objawów może być hemospermia (obecność krwi w ejakulacie).

Zakażenie *Schistosoma* jest zbyt rzadko uwzględniane jako możliwa przyczyna niepłodności kobiecej i poronień samoistnych, stąd kobiety ze schistosomatozą narządów płciowych często nie są prawidłowo diagnozowane i leczone. Według WHO wynika to ze zbyt małej świadomości lekarzy odnośnie tego problemu (Lackey i Horall, 2020). U mężczyzn schistosomatoza może powodować uszkodzenie jąder, niedrożność nasieniowodów oraz zaburzenia hormonalne, prowadzące do obniżenia libido i zaburzeń erekcji (Abdel-Naser, 2019). Obecnie wiadomo, że przywry mogą zaburzać funkcję gruczołów dokrewnych gospodarza (Ribero i in., 2019). W badaniach na zwierzętach (u chomików) wykazano, że u zakażonych przywrą samic dochodzi do obniżenia poziomu estradiolu, testosteronu i progesteronu, a u samców do wzrostu stężenia testosteronu i obniżenia progesteronu (Olivera i in., 2019). W badaniu przeprowadzonym na Filipinach stwierdzono zwiększony odsetek porodów przedwczesnych i niskiej masy urodzeniowej potomstwa u kobiet zakażonych *Schistosoma japonicum*, w związku z zaburzonym profilem cytokin pro- i przeciwzapalnych, który utrzymywał się pomimo leczenia przeciwpasożytniczego w 12 tygodniu ciąży (Abioye i in., 2019).

Prawdą jest, że schistosomatoza stanowi częsty problem kliniczny głównie w krajach tropikalnych, jednak trzeba mieć na uwadze fakt, że w ostatnich latach Polacy coraz więcej podróżują do krajów Afryki czy Bliskiego i Dalekiego Wschodu dlatego warto jest pamiętać o tym diagnozując przyczynę niepłodności.

Aby podkreślić złożoność problemu warto mieć na uwadze, że w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego wzrasta odpowiedź immunologiczna limfocytów Th2, a proces ten jest kontynuowany w przypadku uzyskania ciąży. Równocześnie dochodzi do supresji limfocytów Th1. Zjawisko to ma na celu wytworzenie tolerancji immunologicznej organizmu matki w stosunku do różniącego się od niej pod względem immunologicznym płodu. Podobna aktywacja limfocytów Th2 (i związana z nią supresja Th1) ma miejsce podczas zakażeń pasożytniczych. Bardzo ciekawych wyników dostarczyły badania przeprowadzone w Amazonii (Blackwell i in., 2015) u rdzennych mieszkańców tego regionu, w populacji o niskim wskaźniku stosowania antykoncepcji (<5%) i wysokiej średniej diety

(9 porodów na kobietę). Zakażenia pasożytnicze w tej populacji potwierdzono u 70% badanych, przy czym najczęstszymi patogenami były nicienie (ponad 50%) i glista ludzka (15-20%), przy czym zakażenie glistą w pewnym stopniu chroniło przed innymi pasożytami, np. giardiozą. Odmiennie niż w większości wcześniejszych badań, autorzy stwierdzili krótszy czas do uzyskania pierwszej ciąży, skrócenie okresów między kolejnymi ciążami i wyższą dzietność kobiet zakażonych *Ascaris lumbricoides*. Zakażenia nicieniami prowadziły z kolei do opóźnienia pierwszej ciąży i wydłużenia przerw pomiędzy kolejnymi ciążami. Różnice te mogą być związane z odmienną odpowiedzią immunologiczną gospodarza na zakażenie glistą (głównie odpowiedź Th2) i nicieniami (mieszana odpowiedź Th2/Th1). Obserwacje te nie mogą być z pewnością przenoszone bezpośrednio na inne populacje, gdyż – jak stwierdzają sami autorzy – to ochronne znaczenie zakażenia glistą może być istotne jedynie w sytuacji ogólnej bardzo wysokiej częstości zakażeń pasożytniczych czy w innych stanach związanych z obecnością procesu zapalnego (chodzi zatem raczej nie o poprawę płodności tylko o supresję zmniejszającej płodność odpowiedzi immunologicznej na inne niekorzystne czynniki). Tym niemniej, zagadnienia te są również przedmiotem zainteresowania innych badaczy zajmujących się problematyką zjawisk immunologicznych w reprodukcji (Persson i in., 2019)

Z drugiej strony, w badaniach przeprowadzonych w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi wykazano, że u samców myszy działanie inhibitora chymotrypsyny wyizolowanego z komórek *Ascaris suum* powoduje letalne mutacje w fazie mejotycznej i postmeiotycznej spermatogenezy, prowadząc w ten sposób do obniżenia płodności i zwiększonej straty ciąż, głównie w okresie preimplantacyjnym (Błaszowska, 2008), a wstrzyknięcie homogenatu *Ascaris tegumental* ciężarnym samicom myszy nie zaburza co prawda implantacji, ale jest przyczyną zgonów wewnątrzmacicznych, co wiąże się ze zmniejszoną liczbą żywych płodów, a także jest przyczyną wad rozwojowych płodów – głównie w zakresie rozwoju kości i ośrodkowego układu nerwowego (Błaszowska, 2000). Również na modelu mysim wykazano, że zakażenia samicy nicieniami w okresie prekonceptyjnym wpływają na układ immunologiczny potomstwa poprzez zaburzanie mikrobiomu jelita matki i mikrobiomu mleka podczas laktacji (Nyanghau i in., 2020).

Za koniecznością wdrożenia diagnostyki parazytologicznej u pacjentek starających się o potomstwo może również przemawiać fakt, że niektóre inwazje (*Toxoplasma*, *Trichinella*, *Strongyloides*, *Toxocara* czy *Ascaris*) mogą być przenoszone przez łożysko na płód, który jest całkowicie immunoniekompetentny. Niestety prowadzić to może do niepowodzeń położniczych (poronienia), zaburzeń rozwoju płodu czy upośledzonego jego rozwoju (Drews i Brzezińska, 2018b).

W badaniu epidemiologicznym dotyczącym częstości zakażeń pasożytniczych u kobiet w wieku reprodukcyjnym z zaburzeniami zdrowia prokreacyjnego (Sklyarova, 2018) stwierdzono stosunkowo wysoką częstość pasożytów, sięgającą ponad 52% u kobiet

z obciążonym wywiadem położniczym, aż 58% u kobiet z niepłodnością pierwotną i ponad 25% u wszystkich kobiet planujących ciążę. Najwięcej powikłań położniczych, strat ciąży i przypadków niepłodności związanych było z zakażeniem *Ascaris*. U pacjentek z zakażeniami pasożytniczymi stwierdzano ponadto choroby gruczołów piersiowych, przewodu pokarmowego, układu moczowego i gruczołu tarczowego oraz trądzik. Autorka pracy rekomenduje przeprowadzenie diagnostyki parazytologicznej u kobiet z niepłodnością i obecnością powikłań w wywiadzie położniczym.

Badania opublikowane w ostatnich latach wskazują także na możliwość przenoszenia zakażeń pasożytniczych drogą płciową (Crespillo-Andujar i in., 2018). Potwierdzono obecność w płynie nasiennym takich pasożytów, jak: *Entamoeba histolytica*, *Schistosoma haematobium*, *Trichomonas vaginalis*, *Trypanosoma cruzi*, *Toxoplasma gondii*.

4. Obserwacje własne

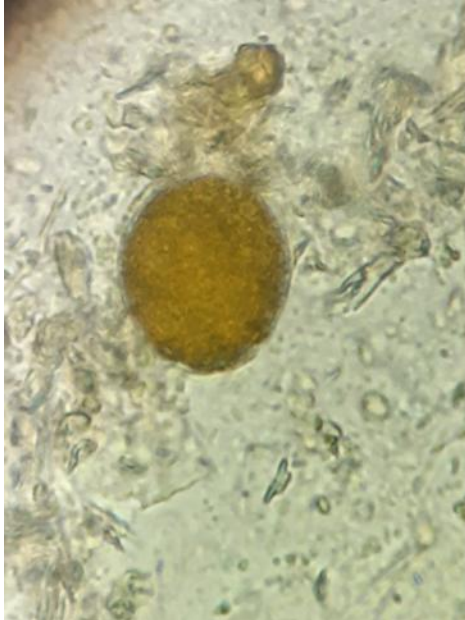
Do Centrum Medycyny Spersonalizowanej CODE w Łodzi w latach 2018-2020 zgłosiło się 320 par mających problem z płodnością. U większości z nich (>50%) w trakcie diagnostyki w ramach przyczynowego leczenia niepłodności wykryto zaburzenia żołądkowo-jelitowe. U niektórych par wdrożono diagnostykę parazytologiczną, by rozpoznać etiologię tych zaburzeń oraz poprawić ogólną kondycję zdrowotną pacjentów. Wśród najczęściej wykrywanych pasożytów znajdowały się inwazje *Giardia intestinalis*, *Ascaris lumbricoides* (Rycina nr 1 - załącznik), *Enterobius vermicularis*, rzadziej wykrywano *Hymenolepis nana*, *Hymenolepis diminuta*, tasiemce z rodzaju *Taenia* czy przywry z rodzaju *Schistosoma* (Rycina nr 2 - załącznik), wykryto również dwa przypadki *Fasciola hepatica* (Rycina nr 3 - załącznik) (dane nie opublikowane).

Podsumowanie

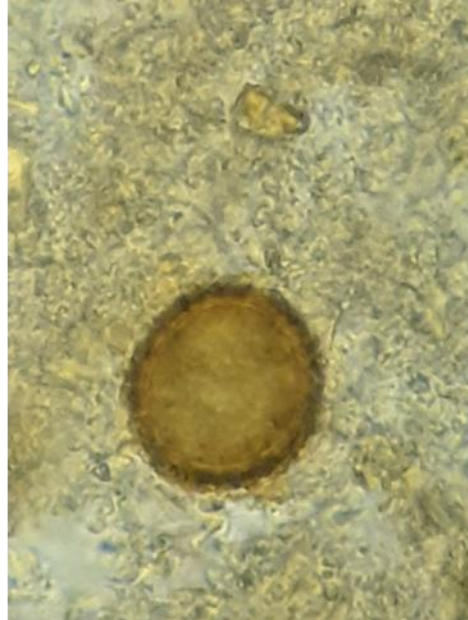
Celem przyczynowego leczenia niepłodności powinno być przede wszystkim przywrócenie pacjentom pełni zdrowia, by mogli się cieszyć się potomstwem poczętym na drodze naturalnej prokreacji. W tym celu należy wdrożyć szczegółową, wielokierunkową diagnostykę kobiety i mężczyzny, która pozwala zidentyfikować wszelkie nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu, w tym pozornie nie mające bezpośredniego związku z niepłodnością, jak np. zakażenia pasożytnicze. Wyeliminowanie tych zaburzeń może przywrócić pełną funkcjonalność układu rozrodczego.

Rycina nr 1. *Ascaris lumbricoides* (materiał własny CMS CODE)

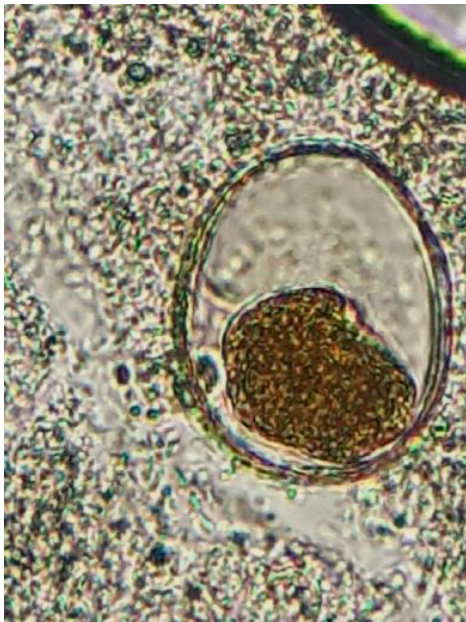
a) jajo niezapłodnione



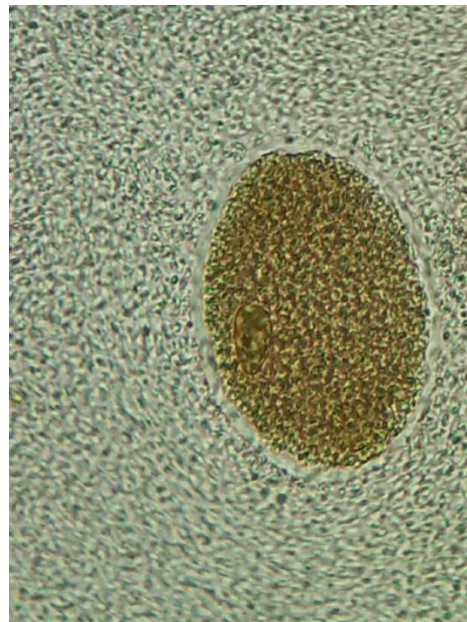
b) jajo zapłodnione



Rycina nr 2. *Schistosoma japonicum* , jajo (materiał własny CMS CODE)



Rycina nr 3. *Fasciola hepatica*, jajo (materiał własny CMS CODE)



Bibliografia:

- Abdel-Naser, M.B., Altenburg., Zouboulis, C.C., Wollina, U. (2019). Schistosomiasis (bilharziasis) and male infertility, *Andrologia*, 51 (1), e13165, <https://doi.org/10.1111/and.13165>.
- Abioye, A.I., McDonald, E.A., Park, S., Joshi, A., Kurtis, J.D., Wu, H., Pond-Tor, S., Sharma, S., Ernerudh, J., Baltazar, P., Acosta, L.P., Olveda, R.M., Tallo, V., Friedman, J.F. (2019). Maternal, placental and cord blood cytokines and the risk of adverse birth outcomes among pregnant women infected with *Schistosoma japonicum* in the Philippines, *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 13 (6), e0007371, <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007371>.
- Al Ghwass, M.M., El Dash, H.H., Amin, S.A., Hussi, S.S. (2015). Intestinal parasitic infections and atopic diseases in children: a hospital based study, *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 45 (2), 413-419, <https://doi.org/10.12816/0017589>.
- Blackwell, A.D., Tamayo, M.A., Beheim, B., Trumble, B.C., Stieglitz, J., Hooper, P.L., Martin, M., Kaplan, H., Gurven, M. (2015). Helminth infection, fecundity, and age of first pregnancy in women, *Science*, 350 (6263), 970-972. <https://doi.org/10.1126/science.aac7902>.
- Błaszowska, J. (2008). Mutagenicity of Ascaris chymotrypsin inhibitor in germ cells of mice, *Cell Biology and Toxicology*, 24 (3), 213-224, <https://doi.org/10.1007/s10565-007-9030-1>.
- Błaszowska, J. (2000). Disturbances of mouse pregnancy after injection of Ascaris homogenate during early organogenesis, *Wiadomości Parazytologiczne*, 46 (3), 369-378.
- Cooper, P.J. (2009). Interactions between helminth parasites and allergy, *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 9 (1) 29-37. <https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e32831f44a>.
- Crespillo-Andujar, C., Díaz-Menéndez, M., Mora-Rillo, M. (2018). Evidence for Previously Unidentified Sexual Transmission of Protozoan Parasites, *Emerging Infectious Diseases*, 24 (3), 602-603. <https://doi.org/10.3201/eid2403.171838>.
- Drewno, K., Brzezińska, E. (2018). Układ rozrodczy a inwazje pasożytnicze, (w:) Z.S. Pawłowski, J. Stefaniak (red.), *Parazytologia kliniczna w ujęciu wielodyscyplinarnym*, 196-202, Warszawa: PZWL.
- Kadłubowski, R. (1967). Pasożytnictwo jako zjawisko ekologiczne, (w:) R. Kadłubowski (red.) *Zarys Parazytologii Lekarskiej*, 9-22, Warszawa: PZWL.
- Lackey, E.K., Horrall, S. (2020). Schistosomiasis (*Schistosoma Haematobium*), *StatPearls, Treasure Island (FL)*, StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119321/>.

- Myjak, P., Głowniak, C., Gołąb, E., Jaborowska-Jarmoluk, M., Kosik-Bogacka, D, Matowicka-Karna J., Nowak, P., Pietkiewicz, H., Szostakowska, B., Wnukowska, N., Żarnowska-Prymek, H. (2011). Standardy w zakresie laboratoryjnych czynności w parazytologii medycznej, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników badań, *Diagnostyka laboratoryjna, Journal of Laboratory Diagnostics*, 47 (3), 341-351.
- Nyangahu, D.D., Darby, M., Havyarimana, E., Brown, B.P., Horsnell, W., Jaspan, H.B. (2020). Preconception helminth infection alters offspring microbiota and immune subsets in a mouse model, *Parasite Immunology*, e12721, doi:10.1111/pim.12721.
- Oliveira, K.C., Cardoso, R., Dos Santos, A.C., Fernandes, R., Botelho, M.C. (2019). Imbalance of Steroid Hormones in Hamsters Infected with *Schistosoma mansoni*, *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders – Drug Targets*, 19 (8), 1122-1126.
<https://doi.org/10.2174/1871530319666190529121204>.
- Persson, G., Ekmann, J.R., Hviid, T.V.F. (2019). Reflections upon immunological mechanisms involved in fertility, pregnancy and parasite infections, *Journal of Reproductive Immunology*, 136, 102610. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2019.08.001>.
- Ribeiro, A.R., Luis, C., Fernandes, R., Botelho, M.C. (2019). Schistosomiasis and Infertility: What Do We Know?, *Trends in Parasitology*, 35 (12), 964-971.
<https://doi.org/10.1016/j.pt.2019.09.001>.

Karolina Kołaczyk, <https://orcid.org/0000-0001-5040-0035>
Maria Curie-Skłodowska University

Psychotherapy as a supportive factor in infertility treatment

Psychoterapia jako czynnik wspomagający w leczeniu niepłodności

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.330>

Abstract: Undoubtedly, for most people having children is the most important biological instinct that conditions the survival of the species. Many couples have difficulties with conceiving a baby. Infertility is a specific problem of social range. It is estimated that in Poland it affects over a million couples per year, though not all couples seek a specialist help. Lack of children, which results from infertility, is a part of human life causing serious psychological consequences, i.e. frustration, stress, quarrels in relationships, lack of family sense, loss of goals, depression. The purpose of the article is to analyze the phenomenon of infertility with regard to causes, difficulties in treatment, its impact on mental functioning and the role of psychotherapy in its treatment.

Key words: infertility, infertility treatment, psychotherapy

Abstrakt: Niewątpliwie, posiadanie potomstwa jest dla większości ludzi najważniejszym instynktem biologicznym, który warunkuje przetrwanie gatunku. Wiele par ma trudności z doprowadzeniem do poczęcia. Niepłodność to specyficzny i wyjątkowy problem o zasięgu społecznym. Szacuje się, że w Polsce dotyka ona rocznie ponad miliona par, choć nie wszystkie pary szukają pomocy specjalistów. Brak dziecka, wynikający z niepłodności wpisuje się w wymiar ludzki, powodując poważne psychologiczne konsekwencje, tj.: frustracja, stres, kłótnie w związku, brak poczucia rodzinnej więzi, utrata celów, stany depresyjne. Celem artykułu jest analiza konstrukt, jakim jest niepłodność z uwzględnieniem przyczyn, trudności leczenia, jej wpływu na funkcjonowanie psychiczne oraz rolę psychoterapii w jej leczeniu.

Słowa kluczowe: niepłodność, leczenie niepłodności, psychoterapia

1. Infertility - analysis of the phenomenon

Infertility should be understood as the inability to get pregnant despite systematic unprotected intercourse for more than 12 months (WHO, 2000) with an indication that even young and completely healthy couples have approximately 40% chance of getting pregnant. The specificity of infertility is mainly related to the fact that despite being good medical condition of both the woman and the man attempts to beget a child are unsuccessful. Inability to get pregnant can be caused by both male and female infertility. Therefore, for scientific purposes there is a distinction between male and female factors of infertility (Bidzan, 2006).

The term "female infertility" is understood the inability to become pregnant or carry it full term while a male one is defined as an impediment or inability to have sex which may

be caused by: genital trauma, erectile dysfunction, sperm ejaculation disorders or its defect (Orzeszyna, 2005).

The literature on the subject distinguishes the division into primary and secondary infertility. The first type concerns women who have never been pregnant and the second – those who were and ended with childbirth or miscarriage – natural or artificial – and have a problem with getting pregnant again. In addition, we can talk about secondary infertility when a woman may become pregnant but has difficulties with carrying it full term (FAND, 2007).

Specialists examine this issue carefully and try to answer the question if it is a reproductive system disease. To answer this question, we need to learn the definition of "disease". According to the World Health Organization illness is the opposite of health, i.e. physical, social and mental well-being. Within this approach three definitions of the disease are distinguished (WHO, 1948): anti-health condition, scarcity of health, condition of disability and discomfort.

There is no definitive answer to this question. Opponents of equating infertility with illness claim that it concerns a single individual while others think it is a disease – but quite specific because it is characterized by lack of physical pain, does not lead to disability and its signs are not life threatening (Uszyński, 2001). Any ongoing debate about infertility and its recognition of a medical condition are most often connected with an ethical and moral area in the context of methods of its treatment with particular emphasis on assisted reproduction techniques and their financing. In a political environment, almost always an argument referring to lack of financial resources in the life-saving procedures sector is used. Due to this fact, it is easier to deny the position referring to the fact that infertility is a disease. Otherwise, the State would be obliged to take responsibility for funding mentioned procedures (Ibidem).

The World Health Organization (2000) postulates that infertility should be considered a social disease, i.e. widespread, chronic, difficult to cure, requiring long-term medical care and limiting the individual the possibility of carrying out developmental tasks at a specific stage of development. Therefore, infertility is combined with diseases such as alcoholism, AIDS, diabetes and atherosclerosis.

2. Causes of infertility

Female fertility depends on the functioning of the hypothalamus - pituitary - ovary axis, ovulation and production of the corpus luteum which is responsible for the production of hormones, supporting the development of pregnancy at an early stage of its duration. The next step is the uptake of the ovum by the hyphae of the fallopian tube and its transport through the unclogged fallopian tube where fertilization occurs. The next stage is

the nesting of a zygote in the uterus which membrane is transformed due to the proper functioning of the corpus luteum (Klimek, 1995).

Female infertility can result from functional or structural abnormalities of the ovaries, e.g. ovarian dysfunction, primary ovarian hypoplasia, too early ovarian failure, hyperandrogenism which results from ovarian polycystic disease and tumors (Niewidomska, 2005). The literature on the subject also distinguishes the fallopian tube causes associated with the abnormal transport of the ovum, located in the fallopian tube, to the uterus and the failure to provide a microenvironment conducive to egg cell fertilization (Bidzan, 2006). In addition, impaired tubal patency is a major difficulty in getting pregnant - it is estimated that almost 30% of failures are associated with this cause. Inflammatory processes, previous illnesses, infections of the genitourinary system lead to overgrowing the fallopian tubes. Another factor affecting infertility is a history of tubal pregnancy or sterilization in the past. Additionally, the described causes can be a consequence of both primary and secondary disorders. The first mentioned type is the result of congenital malformations (unilateral or bilateral obstruction of the fallopian tubes, no fallopian tubes) while the second is linked with previous medical conditions (Ibidem, p. 19). According to Orzeszyna (2005) inflammation of the uterine membrane can infiltrate into fallopian tubes.

Infertility may also result from uterine reasons. Various defects of this organ have a great impact on fertility. This is about congenital causes: uterine absence, uterine abnormality, hypoplasia or abnormal position, as well as acquired ones that may occur after surgery, e.g., curettage of the uterus. The consequences of the first of these are miscarriages, premature births and the second ones include difficulty in getting sperm into the fallopian tubes or deformity of the uterus (Bidzan, 2006). An example of uterine causes is Asherman Syndrome which usually occurs after cervical dilatation; estrogen deficiency; cesarean section; myomectomy and/ or tuberculous inflammation (Sanders, 2006).

The cervix plays a very important role in the fertilization process due to the fact that it secretes mucus that stores and helps the sperm reach the woman's genital tract. It is made of water, proteins and electrolytes and its secretion is associated with an increasing concentration of estrogens just before ovulation. It facilitates the fertilization process because it maintains the sperm active 48 hours (sometimes even more) after intercourse increasing the likelihood of becoming pregnant. Research has shown that sperm can be motile in mucus secreted by the cervix up to 5 days after intercourse. Its malfunction is a big obstacle to getting pregnant and affects about 10% of infertile women (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2006). Various types of vaginitis and cervicitis infections affect the pH of cervical mucus while hindering or preventing the transport of sperm. Surgical procedures, e.g. conization, electroconization of the cervix, laser therapy and cryotherapy lead to damage to this organ very often which results in a reduction of mucus produced (Forti and Krausz, 1998).

Causes of infertility can also be found in the structure of the vagina, e.g., improper shape, size, inflammation (bacteriological or biochemical). The division into congenital and acquired stands out here. Congenital include no vagina, its septum or atresia. All defects that arise as a result of inflammation, a history of illnesses or surgery are acquired (Gumułka, Rewerski, 2011, p. 1818).

Endocrine reasons also should be mentioned because the reproductive process is controlled by the endocrine system. As a result of the disorder, problems with conception or pregnancy may be observed. The hypothalamus is responsible for the secretion of the GnRH hormone, which has a great impact on the pituitary gland - it stimulates the secretion of gonadotropins. These, in turn, affect the ovaries, which secrete hormones, which are the basis in the regulation of a woman's ovulation cycles (Bidzan, 2006).

Analysis of marital infertility shows that in about 40% of cases the cause lies in the man. It is predicted that it may become dominant soon (Orzeszyna, 2005). Male fertility depends on the continuous production of sperm by the epithelium called sperm-forming. It is a process that is controlled by the concentration of testosterone which is formed as a result of the action of LH, which affects Leydig cells and stimulation of cells by FSH. At a later stage, the sperm matures and reaches activity in epididymis. During ejaculation, the semen connects with gonads which make up 95% of the ejaculate (Ibidem, p. 48).

Inability to fertilize may result from disorders of spermatogenesis - resulting from hereditary and developmental changes as well as mechanical obstacles such as: physical trauma, result of cystic fibrosis, residual inflammation (McLachlan et al., 1997). The most common congenital cause of infertility is cryptorchidism, i.e. the absence of testicles in the scrotum immediately after birth. The longer the testicles are outside the scrotum, the greater the chance for spermatogenesis disorders. While the testicles or testicle are in the abdominal cavity or in the inguinal canal, their function is reduced. Temperature is usually the reason because it is higher than that which occurs in the scrotum. Lack of treatment may be risky in the future for cancer so it is recommended to start it before the age of 2 (Giwerzman and Giwerzman, 2000).

If the reasons for the decrease in sperm quality and quantity are not found, the efficiency of the seminiferous tubules should be determined. Most men have normal male characteristics, but the laboratory image indicates oligospermia or cryptospermia (too few sperm in the preparation). In addition, diseases that cause male gonad dysfunction include: infectious diseases such as mumps, tuberculosis, and gonorrhoea. Inflammation can lead to significant disorders in spermatogenesis (Ibidem).

There are also other causes of infertility or pregnancy loss. These may include bleeding and blood clotting disorders, anti-sperm antibodies, chromosomal abnormalities,

infections or connective tissue disorders. Age is an important factor because it has been scientifically proven that the higher it is, the lower the fertility (Adamson, Baker, 2003).

3. Difficulties in treating infertility

Infertility treatment is considered as quite unique because the doctor treats two patients at once. Over the past decades, significant progress in the prevention and treatment has been observed. This is a difficult procedure that requires a lot of patience from both sides (Orzeszyna, 2005, p. 76). A great facilitation heeding the fact that a married couple is an inseparable whole and the lack of a child is not anyone's fault. Nobody should name one of the spouses guilty because it is quite harmful. There is no universal treatment program that is 100% helpful. Over the past years, nanotechnology has developed – a system that monitors reproduction and is a great help in gynecological treatment. The *in vitro* method is also a solution but it should be remembered that it focuses only on reproduction – it does not restore health (Jakimuk, Czajkowski, 2007).

Infertility treatment is a long and complicated process but it is worth implementing it because of achieving the expected results. No one should overlook the aspect of individuality and the fact that although the problem is the same, the factors and planned treatment are completely different. Sometimes pharmacotherapy or surgery is enough and sometimes psychotherapy combined with another method is needed (Orzeszyna, 2005).

Difficulties in the treatment of infertility are also visible in the spiritual aspect of spouses (Stec, 2017). They face a huge dilemma – it is mainly about ethical issues. Referring to the rules proclaimed by the Catholic Church, *in vitro* fertilization violates the principle of respecting human dignity. In addition, it is contrary to the right of every human being to life from conception (Chazan, 2009). In this controversial method, egg cells are artificially fused with a sperm, which results in receiving in an average of 6 - 8 embryos (Wasilewski, 2011). Then, the two "best" of them are implanted into the uterine cavity while the rest are subjected to so-called freezing. In this process, some of the embryos dies, which can be considered as "unnatural death of a human being in the embryonic stage" (Ibidem, p. 39). Moreover, it is allowed to destroy these embryos which are not able to develop properly. This can be considered in terms of a return to eugenic ideas (Mazur, Muszala, 2015). It can be concluded that the methods which lead to conception without a marriage act contribute to treatment the embryo like an object which is not the pledge of marital unity but a gift from the laboratory (Stec, 2017).

4. Impact of infertility on mental functioning

According to researchers (Makara-Studzińska et al., 2012) inability to be a parent has a huge influence on the sphere of mental and emotional functioning of couples, frustrating and giving grounds to devalue themselves. This is because having a child is considered to be the main cause of marriage (Ibidem, p. 29). The literature on the subject shows infertility as a contribution to potential marital quarrels, a number of misunderstandings and the very desire to beget a child as a superior value - exceeding other problems and ambitions (Ibidem, p. 29). The psychological perspective emphasizes the importance of mental provenance factors as significant in the process of etiopathogenesis of the disorder. Psychosomatic concepts indicate the relationship between adverse psychological stimulation and its effects on a whole range of reproductive activities. According to Makara-Studzińska et al. (2012) this interaction concerns: "sexual needs and activities, ovulation, transport of spermatozoa, transport and implantation of the fetal egg and its maturation as well as development, initiation and its course" (Ibidem, p. 29).

Tab. 1. Some factors that may affect the mental functioning of couples struggling with the problem of infertility

Psychological factors that play an important role in the occurrence of phenomena conditioning infertility	Factors connected with treatment	Specific factors in the group of women and men
<ul style="list-style-type: none"> - Emotional hypersensitivity; - Psychosexual development disorders; - Sexual dysfunction (as a consequence of the mentioned conditions); - High stress level; - High anxiety level; - Defective personality development; - Negative attitude to the partner; - A state of chronic emotional tension; - Impairment of proper body functioning; - Internal conflicts regarding parenthood; - Expectations concerning the future and marital relationships; - Shock; - Obsession; - Moral dilemma: infertility treatment and religion; - Depression; - Loss of joy of life. 	<ul style="list-style-type: none"> - Susceptibility to hurt linked with emotions inseparable from the infertility treatment process; - Painful procedures; - Many additional duties. 	<ul style="list-style-type: none"> - As far as women are concerned, the inability to meet maternal needs can also cause psychological problems; - In a group of ladies, loss of interest in everyday life and routine activities; - Depression, strained contacts with family, partner, friends; - Problems in the content of thoughts; - Difficulties in concentrating; - Sleep disorder; - Fluctuations in appetite (its increase or decrease); - Alcohol abuse; - Decreased libido level; - Suicidal thoughts; - Social isolation; - Growing pessimism; - In the group of women: low self-acceptance as women, low self-esteem, increased sense of being controlled by the outside, reduced satisfaction with life.

Source: Own elaboration based on Makara-Studzińska, Wdowiak, Bakalaczuk, Bakalaczuk, Kryś, (2012, pp. 28-35); Makara-Studzińska, Wdowiak (2009)

The multitude of psychological factors that are involved in the process of developing disorders connected with fertility allows to look at the described phenomenon in a psychiatric, psychotherapeutic and psychological perspective, providing a basis for supporting couples in mentioned disciplines using the available tools.

5. Chosen psychotherapeutic currents

Psychotherapy is defined as a journey into the self, reaching into empirical knowledge which foundations are derived from psychology, philosophy and medicine. It is practiced in the treatment of mental disorders or life crises (Chanik et al. 2011). The word "psychotherapy" is a combination of the two words "psyche" and "therapeuēin" which means healing the soul. The first mentioned word has been replaced with technical terms such as "internal states, mental processes, self, mind, mental apparatus, personality" (Opoczyńska, 2016, p. 38).

Psychotherapy offers a wide range of techniques and methods of working with clients but the choice of these tools will depend on the current in which the psychotherapist works. At present, several schools enjoying high esteem should be distinguished. There are many ways to classify psychotherapeutic currents, among others, because of the date of their foundation or the sphere of human functioning. Creating a clear classification of so many theoretical approaches seems to be a laborious and almost impossible (Grzesiuk, 2005). Since modern knowledge in the field of psychotherapy is very diverse, the following table is a condensation of knowledge about several therapeutic approaches describing main assumptions.

Tab. 2a. Some approaches in contemporary psychotherapy

The approach	Main assumptions
Psychoanalytical approach	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="804 1503 1398 1727">– Actual problems and symptoms are the consequence of unconscious conflicts, personality difficulties and the compulsion to copy patterns of past painful experiences; <li data-bbox="804 1738 1398 1861">– Human protects himself against the pain of existence by using defense mechanisms.

Tab. 2b. Some approaches in contemporary psychotherapy

Psychodynamic approach	<ul style="list-style-type: none"> – Focusing on manifestations of unconscious tendencies, impulses and emotional states of the patient; – Human problems result from adverse ways of interpreting the reality. – The work consists in redefining oneself and external factors.
Cognitive Behavioral approach	<ul style="list-style-type: none"> – The perception and interpretation of life events as well as beliefs and thoughts determine mood and feelings.
Gestalt school	<ul style="list-style-type: none"> – Being here and now; – There is no past and future (they are only in our minds); – Therapy is building a person's maturity and adulthood; – "Be yourself and live the way you want, respecting yourself and others".
Process-oriented approach	<ul style="list-style-type: none"> – Human problems are the result of internal unconscious conflicts that manifest themselves through external difficulties.
E. Erickson's approach	<ul style="list-style-type: none"> – Focusing on the client's potential strength; – Using creative solutions in a problematic situation; – Man has the ability to develop, entering the next stages of life.
Brief Solution Focused approach	<ul style="list-style-type: none"> – The so-called one meeting therapy; – Searching for the answer to the question: Why does a man come (not why)?; – Supporting the client in finding solutions; – Understanding the situation and managing it to achieve the intended effect.
System approach	<ul style="list-style-type: none"> – Interpreting the individual in the context of the system, i.e. the complex reality of the elements (but not their simple sum); – Emphasising useful solutions for the client; – Indicate the strength of ties with family; – Crisis is a source of personal development.

Source: Own elaboration based on Chaniak et al. (2011) Grzesiuk (2005)

The above-mentioned approaches do not constitute all of the available methods and forms of psychotherapy. For the purposes of this article, these which may have a particular importance in working with a couple facing the problem of infertility were listed.

6. Supportive role of psychotherapy in infertility treatment

Despite the growing popularity of using psychological, psychotherapeutic or psychiatric services, reaching for professional help is the last step in the treatment process also when it comes to infertile couples. Because of arduous way of medical procedures couples may be reluctant to use another institutional help (Krzemińska, 2018). Exhaustion, loss control of own life, fatigue and reduced quality of life can be the basis for making the first appointment.

The main task of psychotherapy in the treatment of couples facing the problem of infertility is to restore the sense of their life and values which were lost due to the inability to have their own children (Ibidem, p. 126). Another field of therapeutic work is helping in reducing and dealing with stress it by using, among others, relaxation techniques. Researchers and practitioners emphasize the importance of hypnosis and hypnotherapy in treatment. Clinical studies prove that the use of these methods has increased the effectiveness of the *in vitro* method (Leviatas et al., 2006 after: Chanduszko-Salska, 2016). Art therapy and self-hypnosis are also used to reduce emotional tension and develop mindfulness. Chanduszko-Salska (2016) lists other benefits of using psychotherapy in the treatment of infertility and there are: "improving psychosocial functioning, increasing self-efficacy, reduction of depression symptoms, reduction of stress and anxiety, reduction of sense of failure, increasing self-acceptance, development of the ability to distance oneself from anxiety-giving thoughts, focus on finding satisfaction from small joys" (Ibidem, p. 25). The author emphasizes the importance of the psychological characteristics of people who are struggling with the problem of infertility because learning behavior patterns, coping with difficult situations and analyzing attitudes can have a significant impact on the effectiveness of using medical methods (Ibidem, p. 27). Psychotherapy and broadly understood psychological support should accompany the couple not only during the medical intervention but also after the birth of the child. There will be a space for exchanging thoughts and building relationships with the newborn. The literature on the subject indicates that couples who use assisted reproduction methods are extremely prone to depression so there is the need to continue using the professional help (Ibidem, p. 28).

Summary

A large number of scientific data underlines the importance of psychological factors in the genesis of infertility. In addition to personality traits, the authors pay attention to the role of stress, content of thoughts, depression and growing negative emotional tension. Psychotherapy, along with its holistic approach to all human difficulties, enables the treatment of psychogenic infertility giving the opportunity to understand own life situation, redefining oneself as a mother and father, strengthening ties with partner and allowing a constructive exit from the crisis phase.

Aid offered by psychologists and other professional "helpers" can take one of the forms: consultation, conversation, psycho-education, individual therapy, group meetings or crisis intervention. For specialists cooperating with couples it is essential to improve their own competences and update scientific knowledge all the time. The quoted data indicate a considerable role of psychological support in the process of psychogenic infertility treatment. In the future, it is worth reflecting on a group of specialists who offer their support to infertile couples to develop forms of reaching the widest range of childless couples.

Bibliography:

- Adamson, G.D., Baker, V.L. (2003). Subfertility: causes, treatment, and outcome, *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 17, 169–185.
- Bidzan, M. (2006). *Psychologiczne aspekty niepłodności*, Kraków: Impuls.
- Chanduszko-Salska, J. (2016). Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganiu leczenie niepłodności partnerskiej, *Postępy Andrologii Online*, 3 (1), 22-32.
- Chanik, A., Dudzińska, M., Krawczyk, J., Osipczuk, M., Paikert, K., Pawlikowska, I., Sitarz, A., Soszyńska, J., Tyszkowska, M., Zarychta, K. (2011). *Psychoterapia po ludzku*, Wrocław: Stowarzyszenie INTRO.
- Chazan, B. (2009). Jak sobie radzić z niepłodnością?, *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 7 (1), 255-264.
- Fundacja Akademii Nowoczesne Diagnostyki (2007). *Ogólnopolska Konferencja „Diagnostyka niepłodności – czynnik żeński i męski”* (za: <https://www.edukacjamedyczna.pl/konferencja/3082/ogolnopolska-konferencja-naukowo-szkoleniowa-diagnostyka-nieplodnosci-czynnik-zenski-i-meski.html> (pobrane 2.06.2020).
- Forti, G., Krausz, C. (1998). Clinical review 100: evaluation and treatment of the infertile couple, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83 (12), 4177–4188.
- Gumułka, W.S., Rewerski, W. (2011). *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa: PWN.

- Grzesiuk, L. (2005). *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, VOL. 1, Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Szkolenia.
- Jakimuk, A., Czajkowski, K. (2007). *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*, Warszawa: Wydawnictwo Medyczne.
- Klimek, R. (1995). *Niepłodność uleczalna czy nie?*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Krzemińska, B.A. (2018). Biblioterapia w psychoterapii indywidualnej w grupach wsparcia kobiet zmagających się z problemami niepłodności, *Folia Bibliologica*, VOL. LX, 121-139.
- Makara-Studzińska, M., Wdowiak, A., Bakalczuk, G., Bakalczuk, Sz., Kryś, K. (2012). Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności, *Seksuologia Polska*, 10 (1), 28-35.
- Makara-Studzińska, M., Wdowiak, A. (2009). Psychologiczna sytuacja kobiety niepełnej. (w:) M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus, (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Mazur, D., Muszala, A. (2015). *Bioetyka w dialogu*, Kraków: Magdalenium.
- McLachlan, R.I. (1997). Studies on the hormonal control of spermatogenesis using in vivo models of spermatogenic suppression and restoration, *Endokrynologia Polska*, 3, 67-74.
- Niewiadomska, A. (2005). Najczęstsze przyczyny niepłodności, *Raport – Niepłodność*, 1.
- Opczyńska, M. (2016). *Genealogie Psychoterapii. Fragment dyskursu egzystencjalnego*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Orzeszyna, J. (2005). *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Papieskiego w Krakowie.
- Sanders, B. (2006). Uterine factors and infertility, *The Journal of Reproductive Medicine*, 51, 169-176.
- Stec, T. (2017). Ane vivo. Problem niepłodności a współczesne formy zapłodnienia – ocena moralna, *Studia Sandomierskie*, 24, 183-194.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2006). Optimal evaluation of the infertile patient, *Fertil Steril*, 86 (4), 264-267.
- Uszyński, M. (2001). *Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Medycznej w Bydgoszczy.
- Wasilewski, T. (2011). Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. *In vitro* czy naprotechnologia? (w:) W. Sienkiewicz, R. Grabowski, (red.), *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?* Bydgoszcz: Komisja Bioetyczna Bydgoskiej Izby Lekarskiej.
- WHO (1948). *Definition of Health*, New York: Official Records of the World Health Organization.

WHO (2000). *Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple*, Cambridge: Cambridge University Press.

Internet sources

Giwercman, A., Giwercman, Y.L. (2000). Epidemiology of male reproductive disorders, (in:) De Groot L.J., Beck-Peccoz P., Chrousos G., Dungan K., Grossman A. (eds.). *Endotext*, South Dartmouth: MDText.com.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279020/>.

Zoreslava Horodenchuk, ND, <https://orcid.org/0000-0002-7361-0702>

Physician Gynaecologist at the Private Medical Centre - Private Entrepreneur "Bitner OG"

Oksana Furman MD, PhD, <https://orcid.org/0000-0001-6874-3271>

Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynaecology at Vinnitsa National Medical University

Halyna Datsko MD, <https://orcid.org/0000-0001-9367-4554>

Physician Gynaecologist at the Private medical Centre - Private Entrepreneur "Bitner OG"

Restorative reproductive medicine for infertility and recurrent miscarriage in the outpatient gynaecological practice in Ukraine

Zastosowanie naprawczej medycyny rozrodu w leczeniu niepłodności i poronienia nawracającego w praktyce ambulatoryjnej opieki ginekologicznej na Ukrainie

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.333>

Abstract: Objective: To assess the outcomes of treatment the couples with infertility or recurrent miscarriage with restorative reproductive approach and to identify predictors of success. Methods: It was a retrospective study of 282 married couples, who were included in the program in 2 outpatient gynaecological centers in May 2010 - December 2014. The couples were observed to the end of pregnancy (or pregnancies) or withdrawal from the program. All the couples were taught to track the cycle with the Creighton Model FertilityCare System or the sympto-thermal method, and almost all received additional medical treatment. The main outcome was live birth, the secondary outcomes included conceptions, unsuccessful pregnancies, low birth weight and prematurity. Results: In life-table analysis, the adjusted cumulative proportion of first conceptions for those completing up to 24 months of NPT treatment was 77,7% (crude proportion 47.9%). The adjusted cumulative proportion of live births (included only women whose first pregnancy in the program was successful) was 73.6% (117 births, crude proportion 41.5%). The crude proportion of first live births (124 births, including 7 live births in women whose first pregnancy result was miscarriage) was 44%. Mean time to achieving pregnancy was 8 months (from 1 to 44 month). All the births except one were singleton. There were only 3 preterm births (gestational age less than 36 weeks) with one of them in the mentioned twin pregnancy. Only the babies of these 3 pregnancies were born with weight less than 2500 g.

The favorable predictors of live birth were younger age, shorter time of trying for baby, good compliance, pregnancy in history. The unfavorable were hyperprolactinemia, uterine fibroids, endometriosis, male factor. Conclusion: The outcomes of restorative reproductive treatment the couples with infertility or recurrent miscarriage in Ukraine were comparable to those in Ireland and Canada.

Key words: infertility, Naprotechnology, predictors of success, recurrent miscarriage, restorative reproductive medicine.

Abstrakt: Cel: Ocena wyników leczenia par z niepłodnością lub poronieniem z zastosowaniem naprawczej medycyny rozrodu, oraz identyfikacja czynników predykcyjnych sukcesu.

Metody: Było to badanie retrospektywne 282 par małżeńskich, które zostały objęte programem w dwóch przychodniach ginekologicznych w okresie od maja 2010 r. do grudnia 2014 r. Pary

obserwowano do końca ciąży lub wycofania się z programu. Wszystkie pary nauczono obserwacji cyklu za pomocą Creighton Model FertilityCare System (CrMS) lub metody objawowo-termicznej i prawie wszystkie otrzymały dodatkowe leczenie. Głównym wynikiem były porody żywego dziecka, wtórne wyniki obejmowały poczęcie, nieudane ciąże, niską masę urodzeniową i wcześniactwo. Wyniki: W analizie *life table* skorygowany skumulowany odsetek pierwszych poczęć dla par na 24 miesiące leczenia wynosił 77,7% (wskaźnik surowy 47,9%). Skorygowany skumulowany odsetek urodzeń żywych (obejmował tylko kobiety, których pierwsza ciąża w programie zakończyła się sukcesem) wyniósł 73,6% (117 porodów, wskaźnik surowy 41,5%). Surowy odsetek pierwszych żywych urodzeń (124 urodzeń, w tym 7 żywych urodzeń u kobiet, których pierwsza ciąża skończyła się poronieniem) wyniósł 44%. Średni czas do zajścia w ciążę wynosił 8 miesięcy (od 1 do 44 miesięcy). Prawie wszystkie porody (oprócz jednego) były pojedynczymi. Były tylko 3 porody przedwczesne (do 36 tygodni), z jednym z nich we wspomnianej ciąży bliźniaczej. Tylko dzieci z tych 3 ciąż urodziły się z wagą mniejszą niż 2500 g. Sprzyjające predyktory żywych urodzeń to młodszy wiek matki, krótszy czas starań o ciążę, rzetelność w wykonaniu zaleceń lekarza, ciąża w wywiadzie. Niekorzystne: hiperprolaktynemia, mięśniaki macicy, endometrioza, czynnik męski.

Wniosek: Wyniki leczenia par z niepłodnością lub nawracającym poronieniem według zasad naprawczej medycyny rozrodu na Ukrainie były porównywalne z wynikami takiego leczenia w Irlandii i Kanadzie.

Słowa kluczowe: naprawcza medycyna rozrodu, Naprotechnologia, niepłodność, poronienie nawracające, predyktory sukcesu

1. Introduction

In Ukraine, the prevalence of infertility when measuring the inability to conceive after 1 year of attempts is about 15%, which means about one million of married couples, with primary and secondary infertility 47% and 52% respectively (Stockij, 2016). Infertility is about so much more than the inability to conceive, as it influences the health and well-being in different ways. Sustaining a child-wish is more strongly associated with women's long-term mental health than fertility treatment-related factors and parenthood status (Gameiro et al., 2014). Infertility stigma and taboos remains a considerable issue to be addressed. Many experience difficulty discussing infertility with their partner and/or healthcare provider for cultural reasons or due to prevailing perceptions that it is a social, rather than medical, condition (ESHRE, 2017).

In Ukraine, gynaecologist in the outpatient setting is usually the first person to whom most infertile couples will approach for guidance. Usually such patients are looking for a gynaecologist with some experience in treating infertility. However, these couples are usually referred to artificial reproductive technologies (ART) without sufficient investigation and treatment which gives them a chance to conceive. Nevertheless, ART procedures are very expensive, and there is no reimbursement, except the cases of bilateral Fallopian tube blockage or removed both Fallopian tubes. So the financial costs of IVF must be borne by the couple. On the other hand, there are couples that cannot accept ART because of ethic or moral issues. Overall, only 30% of Ukrainian infertile couples come to a doctor, 2-15% of them refer to ART, and only 0,8- 5% achieve success (Zukin, 2016). Besides, ART poses

additional risks for both the mother and her baby (Bewley et al., 2011; Grady et al., 2012; McDonald et al., 2009).

From this perspective the outpatient gynaecologic “primary care” setting is in a unique position to provide comprehensive assessment and treatment of infertile couples. A systemic primary approach to the diagnosis and treatment of infertility and miscarriage can be applied here as attractive alternative.

The restorative reproductive medicine (RRM) is one such medical approach (Stanford, 2019). It is based on precise diagnostic and etiologic treatment a constellation of pathophysiologic conditions leading to infertility. Natural procreative technology (NaProTechnology or NPT) is the first systematic approach of this kind. This approach is based on the Creighton Model FertilityCare System (CrMS) – a system used to identify the fertile days of the menstrual cycle on the basis of standardized cervical mucus observations. The CrMS is allied to other systems known as natural family planning or fertility awareness-based methods (Depares et al., 1986; Ecochard et al., 2001, Fehring 2005). These systems give a woman possibility of prospective identifying the day of ovulation and the most fertile days of menstrual cycle. Women’s systematic vulvar observations from cervical secretions have been directly correlated with the probability of conception (Hilgers TW et al., 1989) Although this purpose can be achieved by commercial ovulation tests, standardized vulvar observation of cervical secretions is one of the most accurate ways to identify the estimated time of ovulation, which is found to occur 3 days before and after the last day of fertile type mucus in 99% to 100% of cycles (Ecochard et al., 2001; Leader et al., 1985; Stanford et al., 2019, 13-17).

Based on the standardized menstrual cycle data available from the CrMS, Dr Hilgers and colleagues have developed a series of medical protocols to evaluate possible causes of infertility, and to apply fertility treatments to enhance the probability of conception in vivo. These protocols are known as *natural procreative technology, NaProTechnology, or NPT* and are described in detail in a textbook published in 2004 (Hilgers TW 2004).

A recent two studies found that NPT practised by trained physicians in general practice in Ireland and in Canada resulted in live birth rates comparable to cohort studies of more invasive treatments (Stanford, Parnell, Boyle, 2008; Tham, Schliep, Stanford. 2012). Our study was conducted to assess the outcomes of NPT treatment in infertility and miscarriage in outpatient gynecologic practice in two cities in Ukraine. We hypothesized that the primary outcome of live births and the secondary outcomes of conceptions and multiple births would be comparable to those in these two studies.

2. Methods

This retrospective cohort study took place in outpatient gynaecological practice where patients were seen by 3 physicians gynecologists with specialization in NPT. The patients were referred by centers that teach CrMS or symptom-thermal method of family planning, by other physicians or were self referred. We included all the couples who could benefit from NPT treatment for infertility or recurrent miscarriage from May 2010 to December 2014 (inclusive). The couples were observed to the end of pregnancy (or pregnancies) or withdrawal from the program. The final corrections in the database were made in June 2017, so we had a possibility to learn the final result of all the couples participating in the program.

Infertility was defined as inability to conceive for at least 1 year with random intercourse, or for at least 6 months with fertility focused intercourse using the CrMS or other fertility-awareness based system to identify the fertile period of the menstrual cycle. Patients with a history of 2 or more miscarriages were also eligible. We included the couples who had 2 or more visits and at least agreed to begin observations of the cycle. We haven't included the couples who were pregnant at the moment of the 1st visit. We haven't offered treatment for those with evident anatomic disorders which we knew couldn't be surgically corrected (severe tubal factor, Asherman's syndrome), menopause and the couples with azoospermia. We excluded patients who failed to complete the initial investigations or return to discuss the results.

Data were extracted from the patient medical records that were maintained by three gynaecologists. Extracted information included data from the initial consultation for infertility or miscarriage, all subsequent follow-up visits and telephone or e-mail contacts. Each included patient was assigned an identification number so only de-identified data abstracted from their medical records were entered into a computerized database. The protocol of the study was approved by the Bioethic committee of the Vinnitsa National Medical University, protocol number 7 of 24.04.2014, in Vinnitsa, Ukraine.

Data abstracted from the medical records included age, number of pregnancies in the lifetime and their outcomes, length of time trying to conceive, gynaecologic and andrologic/urologic diagnoses before and after evaluation, treatment, pregnancies, live births and birth weight, miscarriages or ectopic pregnancies, prematurity, multiple births. The evaluation began with the initial hormonal and other laboratory tests followed by charting the menstrual cycle using CrMS or symptom-thermal method. Then hormonal and ultrasound tests timed to menstrual cycle were performed. Women continued to chart their cycles through their treatment. After evaluation, if indicated, medications were given to correct endocrine disorders (eg., hyperprolactinemia, insulin resistance, PCOS) and/or to increase levels of hormones (eg., micronised (oral or vaginal) or intramuscular progesterone, human chorionic gonadotropin injections, letrozole or clomiphene). Semen analyses were

performed and the male patients were treated for any potential contributing factors or referred to a urologist. Surgical treatment was also obtained by referral if necessary. Treatments were adjusted from cycle to cycle by reviewing the ultrasound series, midluteal estradiol and progesterone levels and response of biomarkers (improving cervical mucus and bleeding pattern). The couples were instructed to use the fertile time for intercourse and were informed that it might take up to 24 months for optimizing their cycles and achieving a successful pregnancy. Given that this study was based on a descriptive analysis of outcomes of an existing practice, we did not conduct sample size or power calculations. The primary outcome was the cumulative proportion of couples experiencing conception or conception leading to live birth, assessed at 6, 12, and 24 months after entering the study. We employed life-table analysis to adjust for dropout from treatment. Crude proportions were also calculated. Proportions of low-birth weight and premature births were also assessed. Statistical analysis was performed using STATISTICA for Windows (StatSoft, USA) version 6.0. A *P*-value of < 0.05 was considered statistically significant. A Kaplan-Meier curve was used to estimate the probabilities of becoming pregnant and giving live birth. Potential categorical predictors were evaluated by Cox's F-test in a Kaplan-Meier model and continuous variables in a Cox proportional hazards regression model. Variables with *p* value ≤ 0.05 at Kaplan-Meier survival analysis were entered into multivariable Cox proportional hazards model to identify the independent predictors of pregnancy and live birth.

3. Results

The study cohort consisted of 282 couples who were seen for initial consultation between May 2010 and December 2014 and were qualified for NPT treatment and came to at least 2 visits. Women on average were 29 (21-46) years old, and 182 (64.5%) were nulligravida. Previous live births were at 38 (13.4%), previous unsuccessful pregnancies in 81 (28.5%). Eleven couples (3.9%) had previous unsuccessful ART (IVF or ICSI). The mean time that couples had attempted to conceive was 3 years (from 1 to 20 years) (Table 1).

Table 1. Characteristics of couples beginning treatment

Characteristics	Patients (N=282)
woman's age, years, median (min-max)	29 (21-46)
Years trying for baby, median (min-max)	3 (1-20)
Nulliparous, n (%)	182 (64.5%)
Had previous pregnancy*, n (%)	100 (35.5%)
Had previous live birth, n (%)	38 (13.4%)
Had previous unsuccessful pregnancy**, n (%)	81 (28.5%)
Received previous unsuccessful IVF/ICSI	11 (3.9%)

* Couples could have multiple pregnancy outcomes

A high proportion of women reported having unexplained infertility (125; 44.3%) and unexplained recurrent miscarriage (15; 5.3%). With evaluation there wasn't any couple with unexplained infertility or unexplained recurrent miscarriage, while 203 (73%) had hyperprolactinemia which included patients with prolactin levels above upper limit or within normal limits but with symptoms of hyperprolactinemia (of them 172 (61%) functional hyperprolactinemia (elevation of prolactin level more than 5-fold in metocloptamide test) and 31 (12%) true hyperprolactinemia (elevated prolactin levels which were not associated with macroprolactin), 265 (94%) disorders of ovulation, 252 (83%) limited cervical mucus. The majority of couples had more than one diagnosis. Also, more women were identified as having PCOS (Rotterdam criteria) (initially 38 (13.5%), after evaluation 104 (38.9%), hyperprolactinemia (initially 22 (7.8%), after evaluation 203 (72.0%), hypothyroidism (TSH elevated above 2,5 mIU/L) (absent as initial diagnosis, after evaluation 30 (10,6%) and thyroid autoimmunity (presence of thyroperoxidase antibodies) (initially 4 (1.4%), after evaluation 29 (10.3%). Interestingly, male factor in the patients before they referred to NPT was present in 51 couples (18.1%) and only 31 (11.1%) after evaluation. This was explained by the fact that the initial evaluation of semen analyses in many cases were based on some other than 2010 WHO criteria. It's worth saying that there wasn't any couple in which male factor was a single diagnosis. Also there were more than one diagnosis in the couples (Table 2).

Table 2. Diagnoses of couples before and after evaluation: N=282, couples could have multiple diagnoses

Diagnostic category	Before evaluation, N (%)	After evaluation N (%)
Unexplained infertility	125 (44,3%)	0 (0)
Unexplained recurrent miscarriage	15 (5,3%)	0 (0)
Hyperprolactinemia*	22 (7.8%)	203 (72.0%)
PCOS**	38 (13.5%)	104 (38.9%)
Thyroid autoimmunity	4 (1.4%)	29 (10.3%)
Endometriosis	20 (7.1%)	21 (7.4%)
Uterine fibroids	9 (3.2%)	11 (3.9%)
Low ovarian reserve	2 (0.7%)	9 (3.2%)
Male factor	51 (18.1%)	31 (11.1%)
Hypothalamic amenorrhea	1 (0.36%)	2 (0.7%)
Disorders of ovulation	21 (7.4%)	265 (94%)
Inflammatory diseases***	28 (9.9%)	17 (6%)
Tubal factor	15 (5.3%)	25 (8.9%)
Hypothyrosis	0 (0)	30 (10.6%)
Limited cervical mucus	0 (0)	252 (83%)

* Included patients with prolactin levels above upper limit or within normal limits but symptoms of hyperprolactinemia

** Rotterdam criteria of PCOS

*** Included sexually transmitted diseases, salpingitis, endometritis

All the couples performed observations of the cycles according to CrMS (72%) or sympto-thermal method (28%).

The common treatment given to women included usual fertility drugs (clomiphene, letrozol, human chorioic gonadotropine), a well as medications to enhance cervical mucus (vitamin B6, acetylcysteine, guaifenezine, syrup of plantago or ivy, ampicillin). The most common treatment of primary disorders included prolactin-lowering drugs (bromocriptine, cabergoline, quinagolide), metformin, corticosteroids (dexamethasone or prednizolone) (Table 3).

Table 3. Medical treatment used among women, N=282

Treatment	Couples n (%)
Folic acid, vitamins and minerals	189 (67%)
Luteal progesterone	237 (84%)
Prolactin lowering drugs	179 (63.5%)
Letrozol	114 (40.4%)
Medications to enhance cervical mucus production	84 (29.7%)
Metformin	83 (29.4%)
Human chorioic gonadotropin	40 (14.2%)
L-thyroxin	24 (8.5%)
Corticosteroids	21 (7.4%)
Clomiphene	20 (7.1%)
Antibiotics	17 (6%)

In one case ulipristal was applied in a patient with large myoma who refused from surgery, and one woman received penicillamine for treatment Wilson disease.

About half of the patients (mainly women) had some food program and change of the life style. It included low calorie low carbohydrate diet as well as the food program based on the principles of IgG dependent food intolerance and laboratory diagnostics of specific food antibodies. Surgical interventions included laparoscopy, hysteroscopy and histerosalpingography.

3.1. Conceptions and live births

There were 135 (47.9%) clinically recognized conceptions by 32 months after starting treatment (adjusted cumulative proportion was 84.7%). For first conception regardless of outcome, the adjusted cumulative proportion was 77.7% (crude proportion 47.9%). From 11 (3.9%) couples with previous unsuccessful ART (IVF or ICSI) pregnancies were achieved in 3 (27.3%).

Table 4. Cumulative outcomes: conceptions and live births

Time interval (months)	Cumulative withdrawals** from treatment (n)	Conceptions				Live births*			
		Starting at time interval (n)	Cumulative conceptions (n)	Crude cumulative proportion	Adjusted cumulative proportion†	Starting at time interval (n)	Cumulative live births (n)	Crude proportion	Adjusted proportion†
0-3	10	282	13	4.6%	4,7%	282	9	3.2%	3.3%
4-6	39	259	47	16.7%	18,3%	259	41	14.5%	16.3%
7-12	59	186	88	31.2%	39.7%	186	75	26.6%	34,6%
13-18	20	86	120	42.6%	65.1%	86	102	36.2%	58.7%
19-24	7	34	131	46.5%	77.7%	34	113	40.1%	73.6%
24-30	5	16	134	47.5%	82.6%	16	116	41.1%	79.5%
30-36	6	8	135	47.9%	86.1%	8	117	41.5%	83.6%
36-42	0	1	135	47.9%	93.5%	1	117	41.5%	91.8%

* Live births are assigned the time interval when the conception occurred rather than when the birth occurred.

** Included continuing treatment at the end of study follow-up.

† Adjusted by life-table analysis, where withdrawal or continuing treatment at the end of study follow-up are censoring events.

The adjusted cumulative live birth proportion was 73.6% (117 births, crude proportion 41.5%) at 24 months. Additionally, 7 live births occurred in women whose first pregnancy resulted by miscarriage, and finally there were 124 births with crude proportion 44.0%.

Nevertheless in these cases we included only the first pregnancy in life-table analysis (Figure 1 a,b).

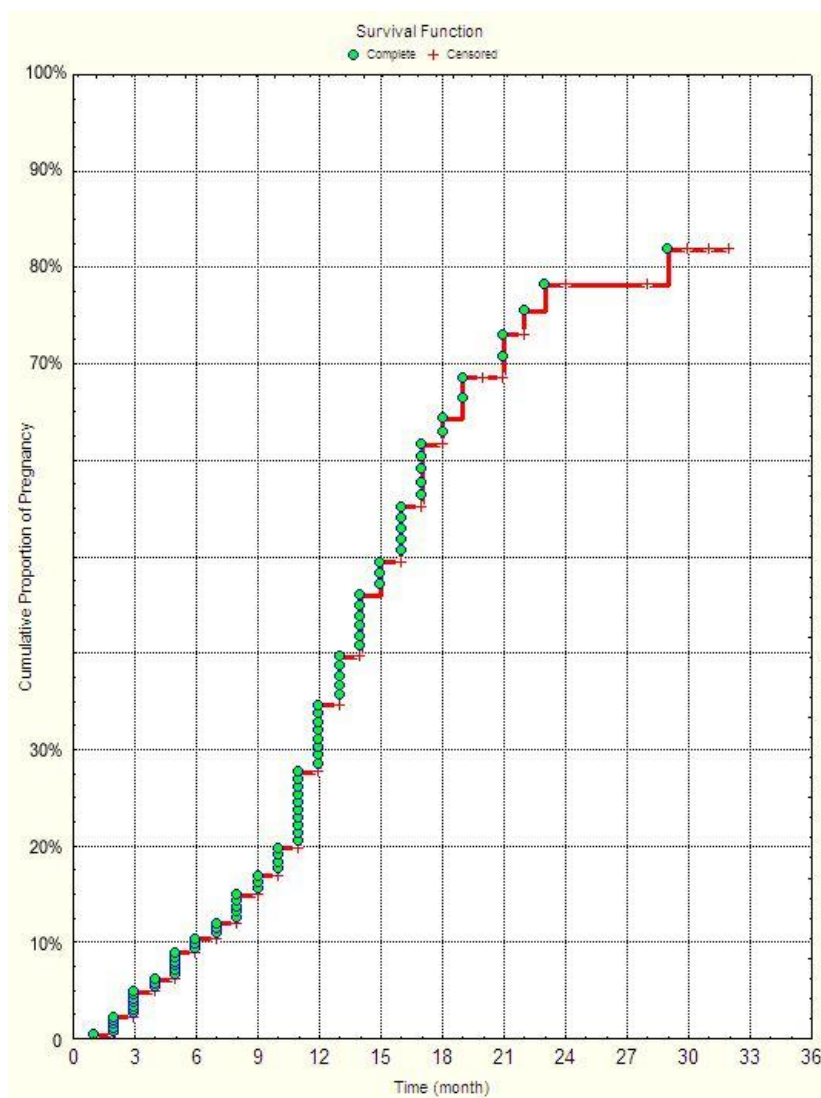


Figure 1. Cumulative rates of conceptions (a) and live births (b): 24 months follow-up of 282 couples

The mean time to any conception was 8 (1-44) months, as to conception leading to live birth. Among couples who conceived 2 (1.5%) used only charting, 123 (91.1%) conceived charting and medical treatment, and 10 (7.4%) after additional surgical treatment.

In Table 5 the outcomes of all live births are shown. There were only one twin but no higher-order births. Almost all babies were born at 37 weeks or later and had birth weight 2500 g or greater. Only 3 pregnancies ended with preterm delivery with 4 babies born prematurely with birth weight less than 2500 g and only one of them with birth weight less than 1500 g. One of them was in a patient with large multiple myomas who had emergency C-section because of fetal distress and preeclampsia. She delivered a boy 1100 g, who was admitted to NICU and discharged from the hospital 2 months after birth in good condition.

Table 5. Outcomes for the first live births, n=117

Outcome	n (%)
Gestation age (weeks)	114 (97.4%)
≥37	
<37	3 (2.6%)
Birth weight	114 (97.4%)
≥ 2500	
1500-2500	2* (1.7%)
<1500	1 (0.8%)

* including 1 twin pregnancy

The other two patients (of them one with twin pregnancy) had spontaneous preterm birth. None of the babies had birth defects.

Among all the pregnancies there were 5 ectopic (4,2% of all pregnancies). There were 15 miscarriages (12,8% of all pregnancies). Of these 15 couples 7 delivered healthy babies later.

None of the patients experienced ovarian hyperstimulation syndrome. There weren't serious adverse effects of treatment, as well as serious maternal complications.

There were 149 couples who had no conceived . Of those 2 (0,7%) continued treatment and 116 were lost to follow-up and 31 cancelled because treatment was ineffective (after 24 months) or impossible. The reasons they cancelled were: treatment was impossible (the single fallopian tube was removed, advanced age in women at the beginning of treatment and the onset of menopause), didn't wish to continue, wanted to try another treatment or were dissatisfied by treatment. The causes of dissatisfaction with treatment were „treatment lasts too long and costs too much” , „too difficult to observe of the cycles” or desire to achieve pregnancy „naturally” , i.e. without medications.

3.2. The predictors of successful pregnancy

Several couple characteristics were associated with the probability of live birth. The increasing age of woman and increasing previous years to conceive were both the strong independent negative predictors of successful treatment (proportional hazard (Cox) regression, $p < 0.0001$ for both variables). While comparing groups with different age we found significant difference only between groups younger 30 and older 30 year ($p < 0.0001$; Cox's F-test). For women under 30, the adjusted proportion of conception after 24 months was about 87.2%, for the age 31-35 years - 64%, for 36-40 -61.5%, and over 40 years - 81.6% (Figure 2a).

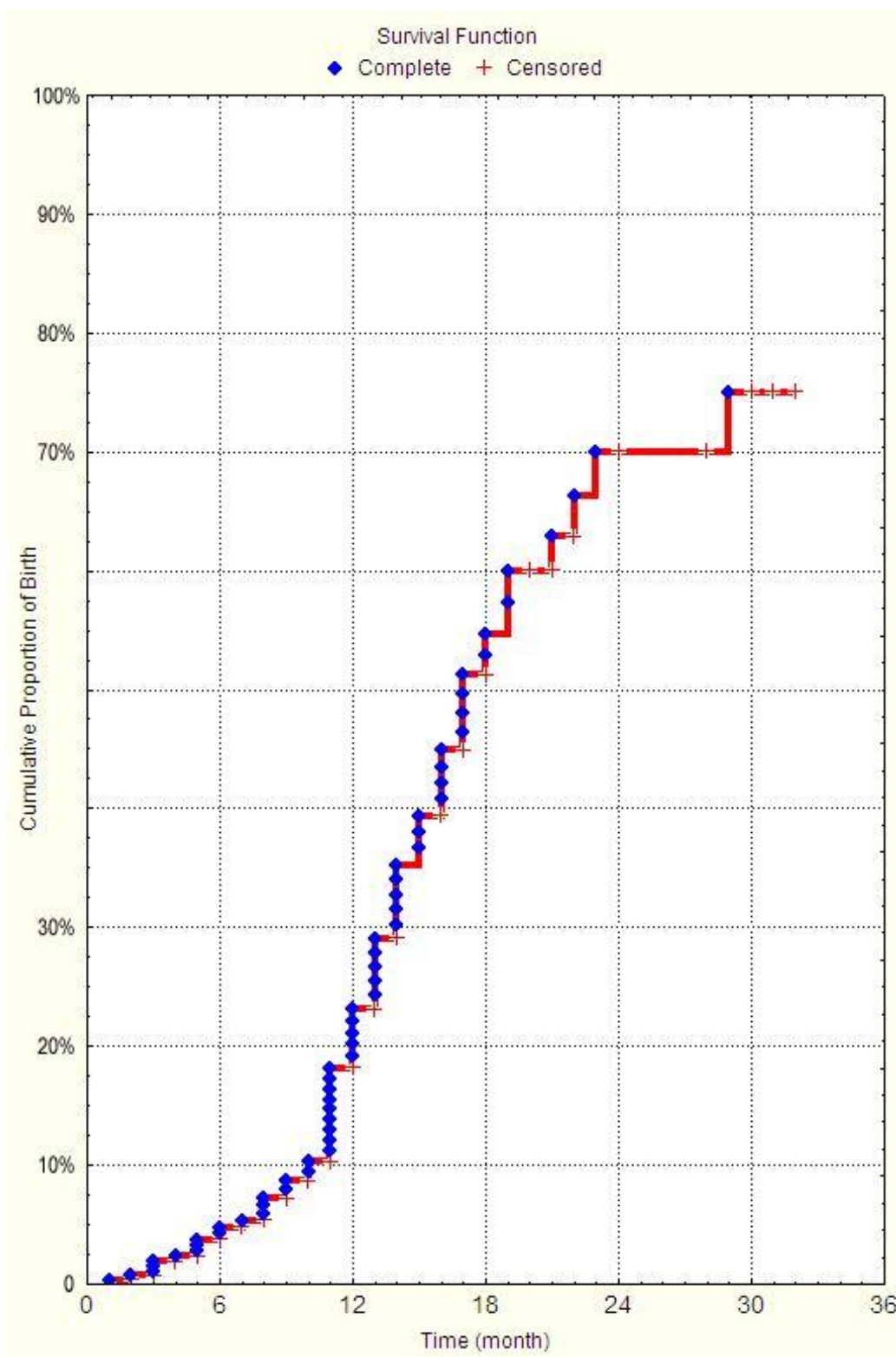


Figure 2a. Cumulative rates of conceptions depending on woman's age (a) and the length of time trying for baby (b): 24 months follow-up of 282 couples

Also, duration of trying for baby were statistically significant independent predictors of getting pregnant and live birth. In the group of couples trying for baby for less than 3 years the prognosis was superb - adjusted proportion of conception after 24 months was

about 95.6%, When this time increased to 4-5 and 6-10 years the proportion of conceptions decreased to approximately 63.8% and 80.7% respectively, but without significant difference between these groups ($p>0.1$; Cox's F-test), and in the group of >10 years it was 44.4% (Figure 2b).

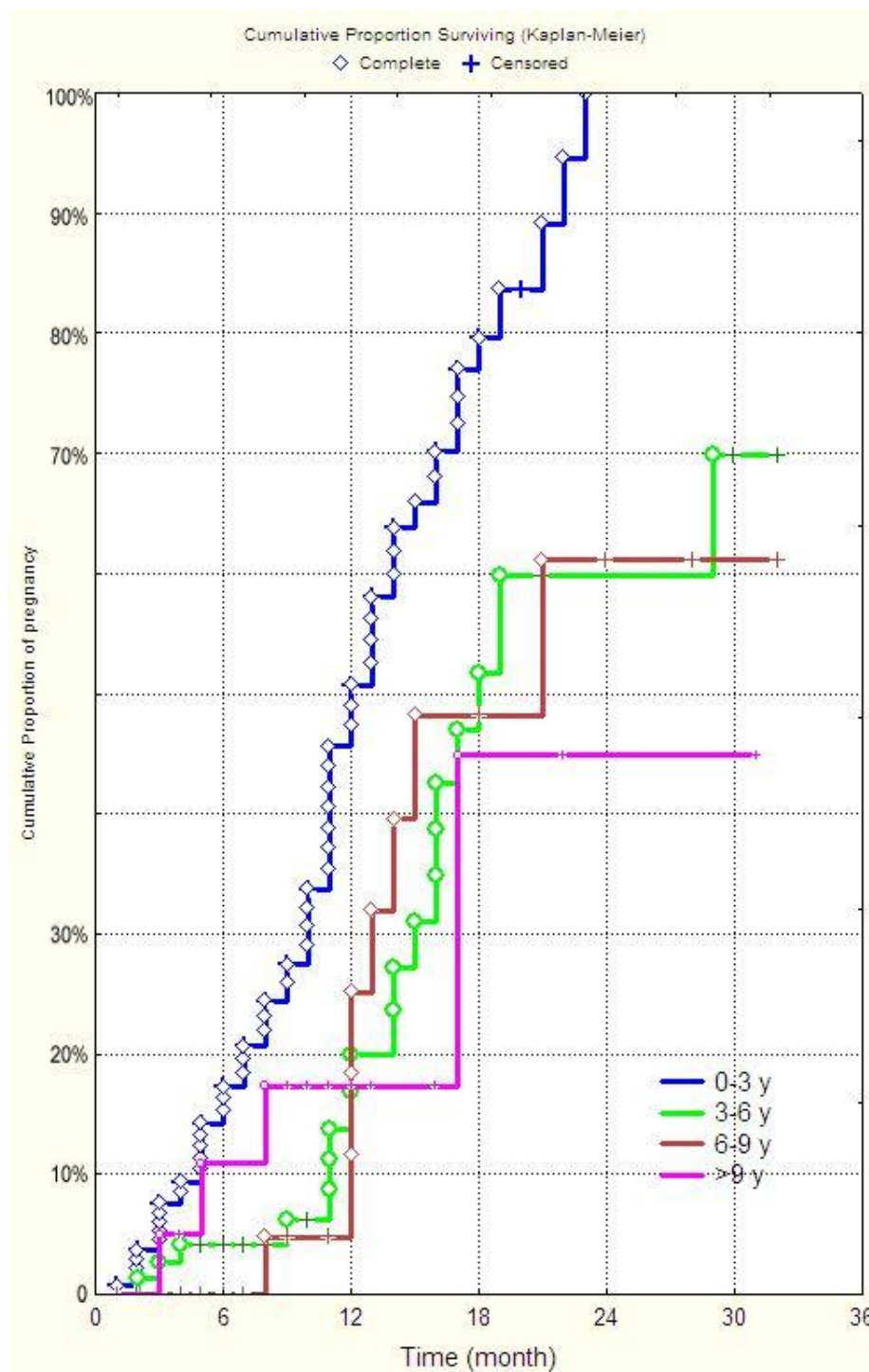


Figure 2b. Cumulative rates of conceptions depending on woman's age (a) and the length of time trying for baby (b): 24 months follow-up of 282 couples

Among the other favorable significant predictors of conception there were pregnancy in history (even unsuccessful), birth in history, recurrent miscarriage, age of the women less than 30 years, and compliance with treatment. The unfavorable predictors - hyperprolactinemia, uterine fibroids, endometriosis, male factor (significant difference between these groups, $p < 0.05$; Cox's F-test). Hypothyroidism, thyroid autoimmunity, and surgery after initiation of treatment had marginally significant difference ($p < 0.1$; Cox's F-test).

All the pregnancies were followed to deliveries, which gave a possibility to study possible predictors of pregnancy loss (miscarriage, ectopic pregnancy, fetal loss). Neither woman's age, nor duration of trying for baby weren't associated with successful pregnancy. Unfavourable predictors included hyperprolactinemia and noncompliance with treatment. The other unfavourable conditions included uterine fibroids, fallopian tubes damage, surgery after beginning of treatment and noncompliance, though a small number of pregnancies in the patients with mentioned conditions made the differences nonsignificant.

Discussion

In this cohort of couples with infertility or recurrent miscarriage most couples who continued treatment conceived and had live birth within 2 years in life-table analysis. Of those who conceived more than 90% had medical diagnosis guiding medical treatment to enhance conception *in vivo*, and only 2 were able to conceive using only timed intercourse during the fertile phase. Ten couples 10 (7.4%) conceived after additional surgical treatment.

Of all the couples beginning the treatment, included those who dropped out, there were 117 (41,5%) first pregnancies which ended with live birth. Seven couples whose first pregnancy ended with miscarriage had successful subsequent pregnancies during the time of observation, so there were overall 124 births (44% of all the couples). In infertile couples with no treatment,

conceptions within 2 years leading to live births have been found to be about 42% for a population in the Netherlands with a mean female age of 29.1 years and mean duration of infertility of less than 2 years (Snick, 1997). In our cohort where the length of time trying for baby exceeded 2 years in more than 75% of women the results are much better. In the recent German study by Frank-Hermann et al (2017) the cumulative spontaneous pregnancy rate with fertility focused intercourse without any treatment was 38% (95% CI 27-49%) after 8 months of observation. In our study cumulative pregnancy rate for 2 years of treatment was 77.7% and cumulative rates for first successful pregnancies 73.6%, which is about 2 times higher. As the authors haven't given information about the outcomes of pregnancies, simple comparison of the results is difficult. Nevertheless this difference clearly shows the contribution of treatment in solving the problem of infertility.

Compared with outcomes from the recent 2 studies of NPT treatment of infertility and recurrent miscarriage in Irish and Canadian general practice (Stanford et al., 2008; Tham et al., 2012) both crude (41,5% vs 25.5% and 38.0% respectively) and adjusted (73.6% vs 52,8% and 66,0 respectively) cumulative proportion of first live birth after 2 years of treatment are comparable, though closer to Canadian study. This is explained with the fact that our cohort and Canadian cohort are comparable in age, medical conditions, length of time trying for baby and the proportion of women who underwent previous ART (8% vs 3%). Thus, the cohort of our study had comparable initial prognosis as Canadian cohort. Diagnoses and treatment, as well as low rates of multiple births, prematurity and low birth weight were similar in all three studies.

In our study 28% of the couples performed observations of the cycles according sympto-thermal method. "NaProTECHNOLOGY" is a registered trademark of the Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction, but according to the author, "it can be freely used by any person or entity so long as its use reflects the medical concepts and values expressed in the textbook" (Hilgers TW, 2004, p. IV). In the last years the mentioned approach which uses some modalities is usually defined as *restorative reproductive medicine* (RRM) (Stanford, 2019). It's worth saying that sympto-thermal method in our setting had the advantages and shortcomings. First, there is more than 20 years experience and a lot of teachers of sympto-thermal method in all districts of Ukraine, so almost all the patient could find a teacher in the city they live. Besides, symptom-thermal teachers usually referred to us the patients with good skills in this system of observation the cycle. On the other hand, there were only 3 CrMS practitioners in Ukraine up to 2014 and they could to have a limited number of clients, so learning the CrMS was very complicated, especially for the patients who lived far away from medical centers. The main disadvantage of symptom-thermal method is a lack of standartization of mucus observations, so usually women feel difficulties with mucus observation and the records give less information than CrMS. It's worth saying that applying of different natural family planning systems is a usual practice in restorative reproductive treatment Interestingly, the pregnancy rate was some higher in couples who used symptom-thermal charts, and we explain this by preselection of patients. As we assumed that CrMS is more precise tool, we usually advised symptom-thermal method to the patients with better chances for pregnancy (younger and trying for baby shorter, and for those with good mucus), and in more complicated cases the couples were referred to CrMS practitioner. It's worth saying that serial basal body temperature measurements are accepted as simple and inexpensive method for evaluating ovulatory function, especially in women with subfertility.

It's worth saying that the basal body temperature *per se* and in combination with mucus observations is usually assumed as an important marker of fertility. For example, according to the opinion Practice Committee of the ASRM (2015), „grossly short luteal

phases (<10 days of temperature elevation)” may identify „women with more subtle ovulatory dysfunction”. Nevertheless the authors show some skepticism in practical application of the basal body temperature measuring assuming it as unable to „reliably define the time of ovulation” and „tedious”. On the contrary Frank-Hermann et al (2017) describe the sympto-thermal method as a useful tool for identifying a fertile window which allows to improve substantially the cumulative spontaneous pregnancy rate. Nevertheless this study was based on education only, without assessment of fertility treatment for the couples with subfertility. As we haven’t found any publications about the outcomes of restorative reproductive treatment in the patients using sympto-thermal method, our experience is probably the first description of one.

At last, it should be interesting to compare the results of our study with ART which is assumed as the „gold standard” for treating infertility in the modern world. The data presented at the 35th ESHRE Congress in 2019 showed that IVF and ICSI pregnancy rates have peaked in Europe with 27.1% pregnancy per IVF treatments and 24.3% following ICSI. These figures support the recent trend of a higher success rate in IVF over ICSI. (ESHRE, 2019). European ART treatment outcomes were presented in a retrospective data analysis and summary of the first 15 years of ART activity in Europe (1997–2011) (Ferraretti et al., 2017) which showed that about 6 million of IVF stimulation cycles resulted in approximately 1 million of life births, therefore life birth rate was only 17% per cycle. The cumulative percentage of documented pregnancy losses was 17%. For IUI, the mean pregnancy and delivery rates per cycle were 12.4% and 9.2% in women <40 years and 8.2% and 4.4% in women ≥40 years, respectively. Similarly, in the Collection of European data by the European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for ESHRE (2015, published in 2020), EIM has recorded more than 8.8 million treatments with ART leading to the birth of more than 1.6 million infants, which means 18% life birth rate per cycle. The Ukrainian Association of Reproductive Medicine (UARM), which in turn submits data to ESHRE, informs about the overall birth rates for IVF in 2014 with own eggs in Ukraine 38.3% (for patients under 35 years old), 34.4% (for patients aged 35-39) and 26.8% (for patients over 40). According to the data of the Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health in Ukraine in 2018 year 27654 ART cycles were performed, 34% of cycles resulted in pregnancies and 27% in live births. As these data show the outcomes of ART procedures per cycle, the simple comparison of them with the results of restorative reproductive treatment is impossible. Such comparison can be made only with the data of studies with cumulative birth rates in ART treatment.

The crude cumulative live birth rates for patients using conventional IVF is in a range of 31-57% for up to 12 cycles (Chambers et al., 2017; Luke et al., 2012; Malizia et al., 2009; Toftager et al., 2017) and are the highest in natural cycle IVF with 65% in women aged 26-34 years and 5% in 43-44 years old (Bodri et al., 2014). Taking into account that real efficiency

of NPT treatment lies somewhere between the adjusted life-table estimates and the crude estimates (Stanford et al., 2008), the success rates in the current study are comparable with this the most effective modality of up-to-date IVF treatment. However, all comparisons must be made cautiously, because the definition of live birth, as well as underlying characteristics of couples which can vary greatly between study populations. Nevertheless the availability of cheaper and less invasive treatments precludes the absolute use of IVF as first-line treatment (Huang et al, 2015). For this reason, certain patient groups with 'good-prognosis' infertility anovulatory infertility, uterine factor infertility can be treated medically or surgically with subsequent spontaneous pregnancy in more than 50% couples. According to the authors, 'good-prognosis' infertility may include unexplained infertility, mild male factor infertility, stage I or II endometriosis, unilateral tubal blockage and diminished ovarian reserve. These data are comparable with the results of our study, and we hope it helps to understand the role of fertility treatment for achieving conception in vivo.

With regards to neonatal outcomes , it is important to note that there were no multiple gestations, and the proportion of premature births was less than 2%. With IVF, multiple gestations are in about 20% of cases (in Ukraine 27%) (Zukin, 2016), and the risks of preterm birth and low birth weight in singletom IVF pregnancy are about 2 times higher than in spontaneous pregnancies (Grady, et al., 2009; Martin, et al., 2017; McDonald, et al., 2009; Soullier, et al., 2011; Woo, et al., 2017).

4. Limitations

One limitation of this study is limited sample size. Consequently we were able to examine only few group effects (f.e. age, duration of infertility and only several medical conditions). Also, almost half of couples exited the treatment program before a full 24-months course of treatment. This is similar to dropouts in Irish and Canadian NPT studies (Stanford, et al., 2008; Tham, et al., 2012), as well as in IVF studies (Malizia, et al., 2009; Lande, et al., 2011; Luke, et al., 2012; Soullier, et al., 2011).

Conclusion

The current study showed that restorative reproductive approach in outpatient gynaecological setting resulted in cumulative proportions of live births that were comparable with NPT general practice in Ireland and Canada. The perinatal outcomes (prematurity, low birth weight) were also similar. This approach is positively accepted by patients because the treatment program is minimally invasive and much cheaper than IVF, and that's why it can significantly improve timely access to couples looking for infertility treatment. Further studies are warranted to compare RRM to efficiency of other forms of infertility treatment.

Bibliography:

- Apolicy Audit on Fertility Analysis of 9 EU Countries March (2017). Supported by:
Sponsored by Merck KGaA, Darmstadt, Germany.
<https://www.slideshare.net/SOSInfertilitatea/european-policy-audit-on-fertility>.
- ASRM Practice Committee/Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. (2015). *Fertility and Sterility*, 103, 6, 0015-0282.
- Bewley, S., Foo, L., Braude, P. (2011). Adverse outcomes from IVF, *British Medical Journal*, 342, d436 . <https://doi.org/10.1136/bmj.d436>.
- Bodri, D., Kawachiya, S., De Brucker, M., Tournaye, H., Kondo, M., Kato, R., Matsumoto, T. (2024). Cumulative success rates following mild IVF in unselected infertile patients: a 3-year, single-centre cohort study, *Reproductive BioMedicine Online*, 28, 5, 572–581.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.01.002>.
- Chambers, G.M., Paul, R.C., Harris, K., et al. (2017). Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand: cumulative live birth rates as measures of success, *The Medical Journal of Australia*, 207 (3), 114–118. <https://doi.org/10.5694/mja16.01435>.
- Cortesi, S., Rigoni, G., Zen, F., Sposetti, R. (1981). Correlation of plasma gonadotrophins and ovarian steroids pattern with symptomatic changes in cervical mucus during the menstrual cycle in normal cycling women, *Contraception*, 23 (6), 629-641.
[https://doi.org/10.1016/s0010-7824\(81\)80005-4](https://doi.org/10.1016/s0010-7824(81)80005-4).
- De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M.S., et al. (2015). ART in Europe: results generated from European registries by ESHRE. The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) *Human Reproduction Open*, 1–17. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz038>.
- Depares, J., Ryder, R.E., Walker, S.M., Scanlon, M.F., Norman, C.M. (1986). Ovarian ultrasonography highlights precision of symptoms of ovulation as markers of ovulation, *British Medical Journal*, 292 (6535), 1562.
- Ecochard, R., Boehringer, H., Rabilloud, M., Marret, H. (2001). Chronological aspects of ultrasonic, hormonal, and other indirect indices of ovulation, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108 (8), 822-829. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00194>.
- Fehring, R.J. (2005). New low- and high-tech calendar methods of family planning. *J Midwifery Womens Health*, 50 (1), 31-8. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.001>.
- Ferraretti, A.P., Nygren, K., Nyboe Andersen A., et al. (2017). The European IVF-Monitoring Consortium (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Trends over 15 years in ART in Europe: an analysis of 6 million cycles, *Human Reproduction Open*, 2, <https://doi.org/10.1093/hropen/hox012>.

- Frank-Herrmann, P., Jacobs, C., Jenetzky, E., Gnoth, C., Pyper, C., Baur, S., Freundl, G., Goeckenjan, M., Strowitzki, T. (2017). Natural conception rates in subfertile couples following fertility awareness training, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295 (4), 1015-1024. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4294-z>.
- Gameiro, S., van den Belt-Dusebout, A.W., Bleiker, E., Braat, F., Leeuwen, F.E., Verhaak, C.M. (2014). Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11-17 years after fertility treatment, *Human Reproduction*, 29, 10, 2238-2246. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu178>.
- Grady, R., Alavi, N., Vale, R., Khandwala, M., McDonald, S.D. (2012). Elective single embryo transfer and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis, *Fertility and Sterility*, 97 (2), 324-331. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.11.033>.
- Hilgers, T.W., Abraham, G.E., Cavanagh, D. (1978). Natural family planning. I. The peak symptom and estimated time of ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 52 (5), 575-582. PMID: 724176.
- Hilgers, T.W. (2004). *The medical and surgical practice of NaProTechnology*. Omaha, NE: Pope Paul VI Institute Press.
- Hilgers, T.W., Prebil, A.M. (1979). The ovulation method – vulvar observations as an index of fertility/infertility, *Obstetrics & Gynecology*, 53 (1), 12-22. PMID: 760010.
- Huang, L.N., Tan, J., Hitkari, J., Dahan, M.J. (2015). Should IVF be used as first-line treatment or as a last resort? A debate presented at the 2013 Canadian Fertility and Andrology Society meeting, *Reproductive BioMedicine Online*, 30, 2, 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.10.004>.
- Lande, Y., Seidman, D.S., Maman, E., Baum, M., Dor, J., Hourvitz, A. (2011). Couples offered free assisted reproduction treatment have a very high chance of achieving a live birth within 4 years, *Fertility and Sterility*, 95, 568-72. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.06.005>.
- Leader, A., Wiseman, D., Taylor, P.J. (1985). The prediction of ovulation: a comparison of the basal body temperature graph, cervical mucus score, and real-time pelvic ultrasonography, *Fertility and Sterility*, 43 (3), 385-388. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48436-0](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48436-0).
- Luke, B., Brown, M.B., Wantman, E., Lederman, A., Gibbons, W., Schattman, G.L., Lobo, R.A., Leach, R.E., and Stern, J.E. (2012). Cumulative birth rates with linked assisted reproductive technology cycles, *The New England Journal of Medicine*, 366, 2483-2491. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110238>.
- Malizia, B.A., Hacker, M.R., Penzias, A. (2009). Cumulative live-birth rates after in vitro fertilization, *The New England Journal of Medicine*, 360, 236-43. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0803072>.

- Martin, A.S., Chang, J., Zhang, Y., Kawwass, J.F., Boulet, S.L., McKane, P., Bernson, D., Kissin, D.M., Jamieson, D.J. (2017). States Monitoring Assisted Reproductive Technology (SMART) Collaborative. Perinatal outcomes among singletons after assisted reproductive technology with single-embryo or double-embryo transfer versus no assisted reproductive technology, *Fertility and Sterility*, 107 (4), 954-960. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.024>.
- McDonald, S.D., Han, Z., Mulla, S., Murphy, K.E., Beyene, J., Ohlsson, A. (2009). Knowledge Synthesis Group. Preterm birth and low birth weight among in vitro fertilization singletons: a systematic review and meta-analyses, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146 (2), 138-48. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.05.035>.
- Snick, H.K., Snick, T.S., Evers, J.L., Collins, J.A. (1997). The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study, *Human Reproduction*, 12 (7), 1582-1588. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.7.1582>.
- Soullier, N., Bouyer, J., Pouly, J.L., de La Guibert, J., Rochebrochard, E. (2011). Effect of the woman's age on discontinuation of IVF treatment, *Reproductive BioMedicine Online*, 22, 496-500. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.01.013>.
- Stanford, J.B., Willis, S.K., Hatch, E.E., Rothman, K.J., Wise L.A. (2019). Fecundability in relation to use of fertility awareness indicators in a North American preconception cohort study, *Fertility and Sterility*, 112, 892-899. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.06.036>.
- Stanford, J.B., Parnell, T.A., Boyle, P.C. (2008). Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21 (5), 375-84. Erratum in: *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21 (6), 583. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>.
- Stanford, J.B., White, G.L., Hatasaka, H. (2002). Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence, *Obstetrics & Gynecology*, 100 (6), 1333-1341.
- Stanford, J.B. (2019). Restorative Reproductive Medicine: what does it take to be medical discipline? 16th Annual General Meeting & International Conference for Restorative Reproductive Medicine, Dublin, Ireland. <https://iirm.org/dublin/>.
- Stockij, S.S. (2016). Analysis of risk factors of different forms of infertility in women of reproductive age. *The Pharma Innovation Journal*, 5 (1), 33-34. www.thepharmajournal.com. ISSN: 2277- 7695.
- Tham, E., Schliep, K., Stanford, J. (2012). Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: Outcomes in a Canadian family practice, *Canadian Family Physician*, 58, e267-74. PMID: 22734170.
- Toftager, M., Bogstad, J., Løssl, K., Prætorius, L., Zedeler, A., Bryndorf, T., Nilas, L., Pinborg, A. (2017). Cumulative live birth rates after one ART cycle including all subsequent

- frozen-thaw cycles in 1050 women: secondary outcome of an RCT comparing GnRH-antagonist and GnRH-agonist protocols, *Human Reproduction*, 1, 32 (3), 556-567. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew358>.
- Woo, I., Hindoyan, R., Landay, M., Ho, J., Ingles, S.A., McGinnis, L.K., et al. (2017). Perinatal outcomes after natural conception versus in vitro fertilization (IVF) in gestational surrogates: a model to evaluate IVF treatment versus maternal effects, *Fertility and Sterility*, 108, 993–998. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.09.014>.
- Zinaman, M.J. (2006). Using cervical mucus and other easily observed biomarkers to identify ovulation in prospective pregnancy trials, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 20 (1), 26-29. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2006.00767>.
- Zukin, V. (2016). Epidemiology of infertility. <https://www.eshre.eu/~media/sitecore-files>
<https://www.eggdonationfriends.com/ivf-egg-donation-country-ukraine/>.
- Review of the 35th European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Congress 2019. <https://emj.emg-health.com/wp-content/uploads/sites/2/2019/08/ESHRE-Review-2019.pdf>.

ZASADY PUBLIKACJI

KWARTALNIK NAUKOWY FIDES ET RATIO

jest czasopismem ukazującym się on-line

Redakcja przyjmuje artykuły zgodne z profilem czasopisma zawartym w *Przesłaniu*, odpowiadające tematyce danego numeru Kwartalnika.

Każdorazowo temat kolejnego numeru jest ogłaszany na stronie Kwartalnika.

Redakcja „Kwartalnika Naukowego Fides et Ratio” oczekuje od Autorów respektowania zasad rzetelności naukowej oraz jawności informacji o wszystkich podmiotach przyczyniających się do powstania publikacji (wkład merytoryczny, rzeczowy, finansowy etc.) oraz okoliczności towarzyszących.

Oczekujemy także w przypadku publikacji przygotowanej przez kilku Autorów informacji dotyczącej wkładu poszczególnych Autorów w powstanie publikacji (z podaniem kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, jaki jest procentowy wkład poszczególnych autorów w przeprowadzenie badań, w obliczanie, analizy itd.).

Do druku przyjmujemy jedynie artykuły o wysokim poziomie naukowym, stanowiące oryginalne i dogłębne opracowanie danego problemu, z wykorzystaniem najnowszej, fachowej literatury, a także z przypisami i bibliografią poprawnie przygotowanymi zgodnie z zasadami przyjętymi w Kwartalniku.

Do artykułu w oddzielnym pliku trzeba dołączyć: informacje o Autorze, kontakt z Autorem, afiliację artykułu, ORCID, streszczenie po polsku, tłumaczenie tytułu i streszczenie po angielsku.

Prosimy o zamieszczanie tabel i wykresów w oddzielnym pliku.

Artykuł należy zgłaszać przez system najpóźniej do dnia podanego na stronie.

W razie problemów technicznych prosimy o kontakt:

dorotasys@onet.eu m.rys@uksw.edu.pl

ZASADY RECENZOWANIA

- Każdy artykuł przesłany do Kwartalnika podlega wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego i Rady Redakcyjnej Kwartalnika.
- Po pozytywnym zaopiniowaniu następuje przekazanie publikacji do Recenzentów zewnętrznych, będących ekspertami w zakresie danej problematyki.
- Recenzent dysponuje gotowym formularzem recenzji, na którym umieszcza swoje oceny i formułuje wnioski dotyczący dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia; dodatkowo istnieje możliwość umieszczenia innych wyjaśniających komentarzy do recenzowanej publikacji.
- Autorzy prac i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. „*double-blind review proces*”).
- W Kwartalniku publikowane są jedynie te artykuły, które uzyskały pozytywne recenzje.
- Artykuły wymagające korekty są przekazywane Autorowi pracy z zaleceniem ustosunkowania się do uwag i poprawy tekstu zgodnie z sugestiami Recenzentów.
- W przypadku negatywnych recenzji publikacja zostaje odrzucona.