

mgr Daria Walewska
dr n. med. Grażyna Bączek
dr n. teol. Urszula Tataj-Puzyna
prof. nadzw. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Poród - rodzinne wydarzenie

Wstęp

W 1983 roku odbył się pierwszy w Polsce poród w szpitalu z udziałem męża rodzącej kobiety. Wydarzenie to miało miejsce podczas porodu wnuka prof. Fijałkowskiego. Był to początek dobrych zmian zachodzących na oddziałach położniczych (Chołuj, 2008, s. 167-172; Guzikowski, 2008; Lichtenberg-Kokoszka, Fijałkowski, 1998, s. 198-204).

Dziś obecność ojca dziecka na bloku porodowym nikogo nie dziwi, choć niektóre konserwatywne środowiska są nadal przeciwne takim praktykom, uważając, że doświadczenie porodu to sprawa tylko kobiety i personelu medycznego. Postęp w perinatologii oraz większa świadomość potrzeb rodzących kobiet wpłynęły na zmianę formy opieki okołoporodowej, w której dostrzeżono konieczność zapewniania komfortu psychicznego oraz wsparcia kobiety przez mężczyznę w okresie okołoporodowym (Iwanowicz- Palus, 2012, s. 71-78).

Możliwość udziału bliskiej osoby podczas aktu narodzin dziecka to prawo kobiety, ujęte między innymi w Karcie Praw Pacjenta oraz Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 roku (Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r., Report of Technical Working Group, 1996).

Możliwość udziału ojca dziecka podczas porodu, może wpłynąć pozytywnie na rodzinę poprzez wzmocnienie więzi między ojcem a dzieckiem. Włodzimierz Fijałkowski, lekarz i humanista postulował, by proces narodzin dziecka nie ograniczał się tylko do biologicznego i medycznego doświadczenia, oderwanego od „gniazda rodzinnego”, ale by był rodzinnym doświadczeniem, podczas którego rodzice mogą przeżyć głęboką radość i wzruszenie z powodu narodzin dziecka nawet na terenie szpitala (Laudański, Fijałkowski, Dec, Zdziennicki, 1992, s. 141-145).

1. Definicja, geneza, ewolucja zjawiska porodu rodzinnego

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 roku poród rodzinny powinien odbywać się przy niewielkiej liczbie personelu; z użyciem jedynie niezbędnej aparatury; z zapewnieniem intymności, prywatności oraz obecności osób bliskich; to ma być poród w którym dba się o bliski kontakt matki i dziecka po porodzie; gdzie karmienie piersią rozpoczyna się bezpośrednio po porodzie i kontynuowane jest według potrzeb dziecka (Grabarczyk, Kubicka-Kraszyńska, Otffinowska, Teleżyńska, 2002, s. 2-54).

Narodziny dziecka zawsze były doświadczeniem rodzinnym, aktywny udział członków rodziny był czymś naturalnym i oczywistym. Udział mężczyzny w akcie porodowym znajdujemy w licznych doniesieniach z dziedziny antropologii kulturowej. Zadaniem mężczyzny była przede wszystkim ochrona żony i dziecka przed różnego rodzaju niebezpieczeństwami (Fijałkowski 1992, s. 48). Poród od najdawniejszych czasów związany był z obowiązującą kulturą czy rytuałami. To od tych czynników zależało czy kobieta rodziła w odosobnieniu czy w towarzystwie innych osób. W starożytnym Egipcie porody odbywały się w towarzystwie innych kobiet, najczęściej były to kapłanki bogini porodów Tueris. Zadania podczas porodu były podzielone, jedna z kapłanek przyjmowała poród, a pozostałe wspierały rodzącą. Porody przyjmowano w różnych pozycjach. Zadanie to ułatwiała kamienie, z których układano specjalne siedzenia dla rodzącej (Brzeziński, 2000, s.148-163).

Średniowiecze było czasem powrotu do czarów, magii i ascezy. Porody przyjmowano w uwłaczających godności warunkach sanitarnych, bez jakiegokolwiek pomocy medycznej. Od XII wieku bulle papieskie zabraniały lekarzom wykonywania krwawych zabiegów (w tym m.in. asystowania przy porodach). Komentarz na temat sytuacji rodzącej kobiety napisany przez H. S. Gleisscheib brzmiał: *„Kobieta ciężarna w tym czasie była bezbronna w rękach starych wiedzów w łachmanach, które podróżowały od domu do domu, jak domokrążni rzemieślnicy ze staromodnym krzesłem porodowym i z brudnymi hakami przywieszonymi do pasów ”* (Talma, Bączek, 2008; s. 60-66).

Do połowy XVII wieku poród uznawano za naturalny proces, w którym nie jest potrzebna pomoc lekarska. Opiekę nad rodzącą sprawowały wówczas akuszerki. Jeśli lekarz był obecny to tylko przy porodzie królowej lub kobiety wyższego stanu. W połowie lat 50. XX wieku w Polsce wydany został ministerialny nakaz rodzenia w szpitalu w imię bezpieczeństwa. Były to czasy, w których kobiety pozbawione zostały możliwości podejmowania decyzji co do wizji porodu, ograniczono ich aktywność, co miało ogromny wpływ na zaburzenie fizjologicznego przebiegu porodu. Poród był wydarzeniem medycznym. Opiekę nad rodzącą sprawowali głównie lekarze. W związku z uniemożliwieniem obecności ojców podczas narodzin ich dzieci, kobiety rodziły w samotności bez wsparcia najbliższych osób. Rodzące

musiały się poddać się procedurom medycznym, bez możliwości własnej wizji porodu, nawet jeśli przebiegał on bez komplikacji. Ubezważenie i uzależnienie rodzącej od personelu medycznego motywowane było bezpieczeństwem rodzącej i jej dziecka (Chołuj, 2008).

Na początku lat 80. XX wieku w większości oddziałów położniczych kobieta, która zgłaszała się do izby przyjęć traktowana była przez personel medyczny instrumentalnie. Była w obcym środowisku, bez możliwości kontaktu z bliskimi. W czasie porodu obowiązywał zakaz doustnego przyjmowania płynów. Zwykle nie otrzymywała również środków przeciwbólowych. Zaraz po porodzie, dziecko zabierano do mierzenia i ważenia, a następnie przekazywano do oddziału noworodkowego. Matka pierwszy raz mogła zobaczyć swoje dziecko kilka godzin po porodzie. Podczas kilkudniowego pobytu w szpitalu kobieta nie miała kontaktu z rodziną. Ani mąż, ani inni członkowie rodziny, nie mogli zobaczyć się z kobietą czy nowonarodzonym dzieckiem.

Model takiego postępowania był powszechnie akceptowalny, co pokazują wypowiedzi lekarzy. Oto cytat opublikowany w 1984 roku w piśmie „Zdrowie kobiety”: *„Przekroczywszy próg izby przyjęć ciężarna jest pod opieką szpitala. Od tego momentu musi poddać się rygorom i zasadom szpitalnym i przestrzegać regulaminu, którego ostatecznym celem jest dobro jej i jej dziecka. Podstawowe elementy każdej organizacji to dyscyplina i koleżeństwo. Rodząca staje się członkiem tej organizacji. Jej postępowanie i zachowanie musi być takie, by ułatwiało personelowi pracę. Do personelu, który pracuje z dużym poświęceniem, powinna ustosunkować się życzliwie i z całym zaufaniem wykonywać jego polecenia”* (Brzeziński, 2000, s.148-163).

Rewolucyjne zmiany w postrzeganiu kobiety rodzącej jako „partnera” w decyzjach dotyczących przebiegu porodu a narodziny dziecka jako wydarzenia rodzinnego i wprowadzenie ich na teren szpitali w Polsce rozpoczęły się w latach 90. XX wieku. Od tego czasu ojcowie rodzących się dzieci mogli być obecni na salach porodowych (Każmierczak, Fiedler, Węgrzyn 2006, s. 317-319).

Należy podkreślić, że w latach 90. XX wieku nastąpiła radykalna zmiana w podejściu do rodzicielstwa. Upowszechniło się tzw. symetryczne rodzicielstwo, zwane „dwu-rodzicielstwem od poczęcia” (Fijałkowski, 2001, s.71). Polega ono na tym, że obydwój rodzice wyrażają zamiar poczęcia dziecka, prowadzą z nim dialog w fazie prenatalnej, razem przygotowują się do odbycia naturalnego porodu, w trakcie którego mężczyzna wspiera kobietę, a po porodzie aktywnie uczestniczy w pielęgnacji i opiece nad dzieckiem. Nowy model rodziny wykluczał rywalizację pomiędzy rodzicami, jej miejsce zajmuje porozumienie i autentyczna miłość (Mierzwiński, 1996, s. 60).

Pierwsze porody w obecności ojców dzieci były prawdziwą rewolucją dla personelu oddziałów położniczych. Z czasem doceniono obecność męża na sali porodowej. W szpitalach zaczęły powstawać oddziały porodów rodzinnych,

stopniowo zmieniały się zwyczaje i niehumanitarne praktyki medyczne (Chołuj, 2008, s. 169).

Duży wkład w zmianę mentalności personelu medycznego i samych rodziców, w zakresie obecności mężczyzny przy porodzie, miał profesor Fijałkowski, który widział potrzebę humanitarnego i ludzkiego spojrzenia na proces narodzin dziecka, potrzebę przywrócenia porodowi jego rodzinnego charakteru. Coraz częstsza obecność mężczyzny na bloku porodowym nie budziła już tak dużych oporów ze strony lekarzy czy położnych obawiających się oceny ich pracy. Dostrzeżono, że obecność bliskiej osoby wpływa pozytywnie zarówno na przebieg porodu, jak na poczucie bezpieczeństwa i komfort samej rodzącej.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez B. Rudnicką, w których autorka porównywała przebieg porodu bez udziału bliskiej osoby z porodem rodzinnym, dowiedziono, że rodzące w szpitalu, którym przy porodzie towarzyszy osoba bliska (mąż), mają częściej zapewnione podstawowe prawa pacjenta, takie jak szacunek czy intymność. Kobiety te częściej mogły decydować o tym, w jakich pozycjach chciałyby rodzić swoje dzieci. Obecność męża w szpitalu podczas narodzin dziecka wpływa pozytywnie na przebieg porodu, jak również na poczucie bezpieczeństwa i komfortu samej rodzącej (Rudnicka, 2009, s. 132).

Obecność męża podczas porodu jest pożądana ze względu na korzystny wpływ na więzi rodzinne, lepszy społeczny klimat wokół narodzin dziecka. Dla rodzącej kobiety mężczyzna staje się realnym oparciem w sytuacji stresu, samotności i wycieńczenia, jaki podejmuje, rodząc dziecko (Fijałkowski, 2003, s. 83-102).

Obecnie porody rodzinne stały się normą (codziennością), co związane jest z odpowiedzią na psychospołeczne oczekiwania i potrzeby rodzin. Poród coraz częściej postrzegany jest jako wydarzenie rodzinne, a nie jak w przeszłości, medyczna procedura. Związane jest to ze zmianami i aktualną wiedzą personelu, który stara się zapewnić rodzącej przyjazne miejsce porodu, jak również zapewnić komfort psychiczny (Więznowska- Mączyńska, Pięta, Opala, 2005, s. 351-355).

Porody rodzinne zagościły w polskich szpitalach jako odpowiedź na nadmierną medykalizację oraz potrzebę przeżywania narodzin dziecka w gronie najbliższych. Z roku na rok wzrastała liczba rodzin, które chciały razem przeżywać narodziny dziecka. Z danych statystycznych Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie, w którym realizowano postulaty „Szpitala przyjaznego matce i dziecku” wynika, że w roku 2014 wśród wszystkich porodów, które odbyły się drogami natury (4489) – porody rodzinne stanowiły 92,69%, a w roku 2015 wśród wszystkich porodów odbytych drogami natury (4731), z udziałem męża odbyło się 93,02%. W Szpitalu św. Zofii coraz częściej ojciec dziecka był także uczestnikiem porodu odbywającego się drogą cięcia cesarskiego. Planowe cięcia cesarskie (elektywne) z udziałem męża, w 2014 roku stanowiły 46,41%, a w 2015 roku, 41,59% (Gibalska–Dembek, 2014; 2015).

Trzeba podkreślić, że doświadczenie porodu jest dla mężczyzny wydarzeniem trudnym, dlatego wraz z żoną powinien się do niego przygotować. Brak przygotowania mężczyzny do wspólnego porodu, do oczekiwań, jakie ma kobieta wobec niego, może sprowadzić rolę mężczyzny w porodzie do roli widza, obserwatora lub krytyka całego zdarzenia. Nieprzygotowany mężczyzna może kontrolować, nadzorować i nieprawidłowo oceniać instynktowne zachowania rodzącej, co może wpłynąć negatywnie na przebieg całego porodu, powodując jego przedłużenie się. Dlatego decyzja uczestnictwa mężczyzny w porodzie powinna być wspólnie przemyślana i poprzedzona rzetelnym przygotowaniem. Jest to jeden z warunków, by wspólny poród był dla obydwójga rodziców okazją do zbudowania głębszej relacji w związku, pogłębienia więzi rodzinnej (Chołuj, 2008, s. 171-172).

Rodzice, którzy planują wspólnie przeżyć narodziny dziecka coraz częściej uczestniczą w zajęciach szkoły rodzenia. Zajęcia te umożliwiają nabycie wiedzy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej (ćwiczenia) na temat ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Najczęściej są prowadzone przez położne. Podczas zajęć przedstawiane są informacje na temat fizjologicznych aspektów ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem i niemowlęciem. Omawiane są zasady zdrowego stylu życia, prawidłowego odżywiania, promuje się karmienie piersią. Na zajęciach porusza się ważne kwestie dotyczące psychologicznych aspektów ciąży i porodu, zaangażowania ojca dziecka w okresie ciąży, porodu i położu będących podstawą w budowaniu głębszych relacji w związku. W ramach części ćwiczeniowej odbywa się między innymi nauka technik relaksacji, oddychania, parcia w drugim okresie porodu czy też nauka pielęgnowania noworodka i niemowlęcia. Zakres tematów w różnych szkołach może być częściowo odmienny. To co łączy wszystkie szkoły rodzenia, to fakt, że przedstawiana wiedza jest stale uaktualniana.

Za pomysłodawcę szkół rodzenia uważa się angielskiego położnika G.D. Reada, który wprowadził pojęcie „koło Reada”. Jest to teoria mówiąca, że występujący podczas porodu lęk powoduje zwiększone napięcie mięśniowe, co wpływa na wzmożone odczuwanie bólu, a w konsekwencji jeszcze bardziej zwiększa poczucie lęku. Aby to błędne koło przerwać niezbędna jest wiedza kobiety na temat fizjologii porodu oraz świadomość, że dzięki swojej aktywności może obniżyć lęk, a co za tym idzie zmniejszyć odczucie bólu.

Prekursorem tworzenia szkół rodzenia w Polsce był profesor Włodzimierz Fijałkowski, który zorganizował w 1957 roku szkołę rodzenia w Łodzi. Była to modelowa szkoła, a działalność profesora Fijałkowskiego wpłynęła na rozwój polskiego położnictwa. Był on autorem koncepcji konkurencyjnej wobec teorii G.D. Reada, podkreślającej wagę koncentracji rodzącej na czynnym odprężeniu, współpracy z naturalnym procesem porodu, na świadomych zachowaniach akceptujących naturalny rytm porodu (Kwiatek, Gęca, Biegaj-Fic, 2011, s. 111-115).

W swoich artykułach prof. Fijałkowski podkreślał, że „szkoła rodzenia to miejsce i czas na własną aktywność obojga rodziców w przygotowaniu do pełnienia ról rodzicielskich, poprzez 9-miesięczny dialog z dzieckiem, poród we dwoje, ekologiczne karmienie, aż do wychowania dzieci i umożliwienia im dobrego startu życiowego” (Osińska, 2007, s. 5).

Już w latach 60. Włodzimierz Fijałkowski głosił, że rodzicielstwa nie można zredukować tylko do macierzyństwa, gdyż dziecko rodziłoby się z luką spowodowaną brakiem czynnika ojcowskiego już od chwili poczęcia (Fijałkowski, 1998, s. 43-44). Już wtedy w programie szkoły rodzenia promował nowy model kulturowy małżeństwa polegający na „zaproszeniu” ojca do jak najwcześniejszego kontaktu z dzieckiem – w fazie jego wewnątrzmacicznego rozwoju. Profesor miał świadomość, że zaangażowanie ojca dziecka do czynnego udziału w okresie oczekiwania na dziecko pomoże nowo powstałej rodzinie przejść zwycięsko wszystkie trudności i kryzysy związane z pojawieniem się dziecka i trudnościami w budowaniu relacji w związku, które fakt narodzin spowodował (Fijałkowski 1987, s. 16). Pojawienie się dziecka jest źródłem wielu zmian w rodzinie, w tym niejednokrotnie więzi między żoną i mężem.

Dobrze, jeśli zaraz po poczęciu kobieta zaangażuje ojca dziecka w swoje macierzyństwo, przekształcając je od samego początku w rodzicielstwo. Dzięki temu mężczyzna może rozwijać swoje ojcostwo, ubogacając relację zarówno z kobietą, jak i z dzieckiem, co niewątpliwie korzystnie wpływa na pogłębianie relacji małżeńskiej. Z tej perspektywy obecność mężczyzny przy porodzie jest naturalnym następstwem towarzyszenia kobiecie i dziecku, pogłębiającym jego relacje z żoną i dzieckiem, pomagającym w uświadomieniu własnego ojcostwa (Szczypiorska, 2013, s. 42).

2. Związek małżeński - definicja, czynniki osobnicze, komunikacja

Człowiek jest istotą społeczną, żyje w różnych grupach, w których nadal podstawową i najważniejszą jest rodzina czyli ojciec i matka (małżeństwo) oraz dzieci (Dmoch-Gajzlerska, 2008, s. 96-107; Stadnicka, 2009, s.171-174).

Małżeństwo jest zatwierdzonym społecznie i prawnie związkiem dwóch osób, któremu przypisywana jest założycielska rola w tworzeniu rodziny. Pociąga ona za sobą pewne prawa i obowiązki wynikające z przepisów prawnych i kulturowych. Pomimo zachodzących w Polsce przemian społeczno-kulturowych, związek małżeński jest nadal najpowszechniejszą i najbardziej pożądaną formą życia dwojga ludzi. Ocenia się, że najważniejszym czynnikiem, który jeszcze przed ślubem wpływa na budowanie więzi jest dojrzałość partnerów. Inne ważne czynniki to porozumienie, wzajemne poznanie się partnerów, podobieństwo wykazywanych postaw oraz środowisk. Do czynników istotnych po ślubie zalicza się osobowość, cechy fizyczne, temperament, postawy, sprzężenie zwrotne, komunikację, relacje z innymi ludźmi oraz porozumienie seksualne (Jankowiak, 2007, s. 1-25).

Literatura przedmiotu dowodzi, że niezmiennie podstawą powodzenia związku małżeńskiego jest wzajemna miłość¹. Termin „miłość” jest współcześnie jednym z najczęściej używanych i jak się wydaje, również nadużywanych słów w szerokim wachlarzu jego znaczeniowości. W całej wielości znaczeń tego słowa, miłość między kobietą a mężczyzną staje się wzorem więzi i bliskości. Każdy inny rodzaj miłości błędnie w perspektywie miłości kobiety i mężczyzny, którzy ciałem i duszą uczestniczą w miłosnym zjednoczeniu (Benedykt XVI, 2005, 2).

Miłość małżeńska stanowi szczególnie rodzaj miłości, którą można zdefiniować jako wolę czynienia dobra współmałżonkowi, czyli narzucenia sobie takiego postępowania, by służyło ono dobru drugiej osoby, często wbrew zmęczeniu, własnej wygodzie czy tęsknotom i namiętnościom własnego ciała (Skrzypczak, 2015, s. 194). Miłość małżeńska ma wszystkie cechy dobrej przyjaźni: dąży do dobra drugiej osoby, wzajemności, intymności, czułości, stabilności i podobieństwa między przyjaciółmi, które buduje się poprzez wspólne życie. Miłość małżeńska zawiera w sobie nierozzerwalną wyłączość, która wyraża się w stabilnym projekcie dzielenia i wspólnego budowania całego życia (tamże, s. 123). Można przypuszczać, że dla kobiet deklarujących miłość jako najważniejszy warunek poczęcia dziecka, jego narodziny są kontynuacją bliskiej relacji z ojcem dziecka, wyrażającą się w postrzeganiu porodu jako osobistego a nie medycznego doświadczenia, będącego przełomowym aktem wpływającym na budowanie głębokich więzi z ojcem dziecka.

Relacje interpersonalne są wypadkową postaw i uczuć. Są to czynniki, które stale ewoluują. Zależą one m.in. od oczekiwań, aktualnych potrzeb partnerów, umiejętności wzajemnego wsłuchiwanie się, świadomości istnienia zniekształceń, które wpływają na odbiór informacji oraz najistotniejszego czynnika jakim jest inteligencja emocjonalna. Inteligencja emocjonalna to umiejętności, które są przez nas nabywane w wyniku obserwacji relacji między naszymi rodzicami (Juroszek, 2012, s. 121-132; Łoś 2010, s. 61-75). Umiejętności, które człowiek posiada dzięki inteligencji emocjonalnej umożliwiają stworzenie satysfakcjonującego związku. Jednocześnie pozwalają oceniać, regulować, wyrażać i analizować emocje. Kluczową rolę w związku ma empatia, która wpływa nie tylko na aktywne słuchanie, ale również zrozumienie komunikatów niewerbalnych. Komunikacja w związku jest bardzo istotnym elementem szczególnie podczas porodu. Szczególnie ważne jest omówienie z mężem oczekiwań i wizji dotyczących jego roli podczas porodu.

Obecność męża w trudnych godzinach przełomu porodowego jest dla rodzącej kobiety nieoceniona. Nie da się zastąpić bliskiej relacji z kimś, kto wspiera

¹ Wzrost liczby publikacji naukowych na przełomie ostatnich lat jednoznacznie wskazuje na główną rolę i coraz większe docenianie znaczenia miłości i jej wpływu na funkcjonowanie związku małżeńskiego; Por. M. Braun-Gałkowska (1980); L. Cameron-Bandler (1993); J.C. Dobson (2005); W. Fijałkowski (1984); E. Fromm (1997); M. Ryś (2003); B. Wojciszke (1993).

kobietę fizycznie i psychicznie, jednocześnie jest najlepszym pośrednikiem między personelem medycznym a rodzącą (Fijałkowski, 1992, s. 47-50). Wydaje się, że uczestnictwo męża w porodzie jest istotne z uwagi na znajomość psychiki kobiety, jej sposobów reagowania w sytuacjach stresu i bólu. Umiejętność odczytywania niewypowiedzianych potrzeb swojej żony, jej stanu emocjonalnego, spełnianie oczekiwań oraz wspieranie jej w sytuacji kryzysu, często doświadczanego w trakcie porodu, jest nieocenioną pomocą i wsparciem dla rodzącej kobiety. W takich sytuacjach umacnia się i pogłębia więź między rodzicami (Chołuj, 2008, s. 172).

Jednocześnie widok nagiego, rozpaczliwie krzyczącego nowo narodzonego dziecka jest bodźcem do rodzenia się uczuć ojcowskich. Doświadczenie pokazuje, że mężczyźni zaraz po porodzie, zdobywają się na coraz śmielsze gesty tulenia, wypowiedzenia pieśzcotliwych słów do noworodka. Przełamują bariery, łamią stereotyp „twardego, niewyrażającego uczuć mężczyzny”, narzucony przez społeczeństwo, które utrudnia im wyrażanie uczuć. Stopniowo uczą się, jaką wagę ma dla dziecka ich bliskość fizyczna i emocjonalna (Kornas-Biela, 2002, s. 142-146). Dla kobiety po porodzie widok zaangażowanego mężczyzny, wyrażającego uczucia miłości i bliskości do nowonarodzonego dziecka, jest pośrednim wyrażeniem miłości do niej samej. Jest to kolejny krok w budowaniu i pogłębianiu relacji między rodzicami.

Podsumowanie

Na poczęcie i narodziny człowieka należy spojrzeć z antropologicznego punktu widzenia. Jest to wydarzenie rodzinne, doświadczenie które oddziałuje na wszystkich jego członków: matkę, ojca i dziecko. Ciąża i poród to doświadczenie wykraczające poza biologię człowieka, gdyż dotyka zarówno w kobiecie, jak i w rodzącym się dziecku wszystkich sfer: biologicznej, emocjonalnej i duchowej (Depo, 2011, s. 19-23).

Na podstawie omówionych (wybranych) zagadnień można zaobserwować drogę jaką pokonują rodzice w dojrzewaniu do nowych ról. Wspólne doświadczenie porodu: przeżycie stresu, wysiłku, wspólne zmierzenie się z lękiem a potem wspólna radość rodziców na widok nowonarodzonego dziecka, może być ważnym (kluczowym) etapem na drodze do budowania głębokich relacji w związku.

Na podstawie omówionej literatury można zauważyć, że narodziny dziecka w rodzinie wprowadzają zmiany zarówno w przestrzeni własnego rozwoju rodziców, własnej samooceny, poczucia własnej tożsamości, jak i w jakości wzajemnych relacji. Nowa sytuacja wymusza na kobiecie i mężczyźnie zmianę stylu życia, przejścia od życia jednostkowego do życia rodzinnego, wpływa na dojrzewanie psychoseksualne obydwójga rodziców. Z obserwacji wynika, że dla jednych jest to doświadczenie, które rozwija osobowościowo, pogłębia sens życia, stymuluje do rozwoju

pozytywnych cech charakteru, dla innych to okres kryzysu rozwojowego naznaczonego trudnościami.

Bliska relacja mężczyzny i kobiety w porodzie jest niezwykle istotna. Obecność mężczyzny, pomoc jakiej udziela kobiecie wpływa pozytywnie na rodzącą. Cięża, wspólny poród oraz połów są czasem, w którym następuje ewolucja relacji w związku.

Bibliografia:

- Benedykt XVI (2005), Encyklika *Deus Caritas Est*, 2, Rzym.
- Braun-Gałkowska M. (1980), *Miłość aktywna*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Brzeziński T. (red.) (2000), *Historia medycyny*, Warszawa: PZWL.
- Cameron-Bandler L. (1993), *Ku harmonii w miłości*, Gdańsk: GWP.
- Chołuj I. (2008), *Urodzić razem i naturalnie*, Mszczonów: Fundacja Źródła życia.
- Depo W. (2011), *Maryja – wzór matki rodzącej*, (w:) *Dlaczego rodzić w domu? Poród domowy w perspektywie interdyscyplinarnej*, M.Z. Stepulak i inni (red.), (s. 19-23), Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Dmoch-Gajzlerska E.(red.), (2008), *Położnictwo i ginekologia. Dla studentów położnictwa i pielęgniarstwa*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- Dobson J.C. (2005), *Miłość potrzebuje stanowczości*, Warszawa: Wydawnictwo Vacatio.
- Fijałkowski W. (1984), *Miłość w spotkaniu płci*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Fijałkowski W. (1987), *Spotkania w szkole rodzenia*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Fijałkowski W. (1992), *Konsekwencje psychologiczne uczestnictwa ojca w porodzie*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), 947-50), Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Fijałkowski W. (1998), *Dar rodzenia*, Warszawa: Instytut wydawniczy Pax.
- Fijałkowski W. (2001), *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji*, Kraków: Rubikon.
- Fijałkowski W. (2003), *Ku afirmacji życia*, Lublin: Gaudium.
- Fromm E. (1997), *O sztuce miłości*, Warszawa:
- Gibalska-Dembek A. (2014; 2015), *Biuletyn informacyjny Szpitala Specjalistycznego św. Zofii „Zośka”*, Warszawa.
- Grabarczyk M., Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Teleżyńska A., (2002), *Zalecenia WHO - kwiecień 1985: Poród nie jest chorobą. Opieka okołoporodowa w Polsce i przestrzeganie praw pacjenta w świetle opinii konsumentkiej*. Materiały Fundacji Rodzić po Ludzku, Warszawa.
- Guzikowski W. (2008), *Optymalizacja porodu*, (w:) *Optymalizacja porodu - zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Iwanowicz-Palus G.J. (2012), *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*, Warszawa: PZWL.
- Jankowiak B. (2007), Problematyka jakości i trwałości relacji partnerskich w teorii i badaniach, *Przegląd Terapeutyczny*, nr 3, s. 1-25.
- Juroszek W. (2012), Seksualność a przywiązanie, *Family Forum*, nr 2, s. 121-132.
- Każmierczak W. Fiedler P., Węgrzyn P. (2006): Rola porodu rodzinnego we współczesnym położnictwie, *Wiadomości Lekarskie*, tom 59, nr 5-6, s. 317-319.
- Kornas-Biela D. (2002), *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa: PAX.
- Kwiatek M., Gęca T., Biegaj-Fic J. (2011), Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, tom 17, nr 3, s. 111-115.
- Laudański T., Fijałkowski W., W. Dec W., A. Zdziennicki A. (1992), Poród rodzinny w warunkach szpitalnych, *Annales Academiae Medicinae Bydgosiensis*, nr 5, s. 141-145.
- Lichtenberg-Kokoszka E. *Narodziny Rodziny*, wersja online www.zdrowarodzina.pl
- Łoś Z. (2010): Dyskusyjnie o klasyfikacji i pomiarze wzorców przywiązania. *Psychologia Rozwojowa*, tom 15, nr 2, s. 61-75.
- Mierzwiński B. (1996), Rola ojca w rodzinie, *Communio*, nr 6.
- Osińska A. (red.), (2007), *Szkoła Rodzenia*, Warszawa: Polskie Centrum Edukacji.
- Report of Technical Working Group*, (1996), *Care in Normal Birth: a practical guide*, World Health Organization, WHO/FRH/MSM/96.24
- Rudnicka B. (2009), *Poród w polskim położnictwie u progu XXI w.* Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. Zbigniewa Pietrzaka, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź: Główna Biblioteka Lekarska.
- Ryś M. (2003), Kształtowanie postaw miłości w różnych systemach rodzinnych, *Pismo Rehabilitacyjno-Społeczne, Laski*, nr 6, s. 47-57.
- Skrzypczak R. (2015), *Wiara i seks*, Kraków: Wydawnictwo AA.
- Stadnicka G. (red.), (2009), *Opieka przedkoncepcyjna*, Warszawa: PZWL.
- Szczypiorska A. (2013), Macierzyństwo: oczekując na narodziny dziecka, (w:) *Rodzicielstwo wobec wyzwań współczesnego świata*, *Ateneum, Przegląd Familiologiczny*, Rok I, 1.
- Talma Ł, Bączek G. (2008), Poród w ujęciu historycznym. *Położna. Nauka i Praktyka*, nr 2, s. 60-66.
- Trzcieniecka-Green A. (2006): *Psychologia - podręcznik dla studentów kierunków medycznych*, Kraków: UNIVERSITAS.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 91, poz. 408, z późn. Zm. (www.sejm.gov.pl).

Więznowska-Mączyńska K., Pięta B., Opala T. (2005), Za i przeciw porodu rodzinnego, *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, tom 5, zeszyt 6, s. 351-355.

Wojciszke B. (1993), *Psychologia miłości: intymność, namiętność, zaangażowanie*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.