

FIDES ET RATIO

1(29)2017

**KWARTALNIK
NAUKOWY
TOWARZYSTWA
UNIWERSYTECKIEGO
FIDES ET RATIO**



PROBLEMATYKA PŁODNOŚCI I PROKREACJI

Rada Naukowa:

prof. dr hab. Franciszek Adamski (UJ), prof. UM, dr hab. Anna Doboszyńska (Uniwersytet Medyczny), prof. UJ, dr hab. Halina Grzmil-Tylutki (UJ), prof. dr hab. Kazimierz Korab, ks. prof. dr hab. Jan Krokos (UKSW), dr Maria Jankowska (APS), dr Józef Placha, dr Oxana Remeniaka (Akademia Mohylańska w Kijowie, Ukraina), dr Mária Slivková (OZ Felix Familia, Słowacja)

Zespół Redakcyjny:

prof. UKSW, dr hab. Maria Ryś (redaktor naczelny)
dr Irena Grochowska (zastępca redaktora naczelnego)
dr Paweł Kwas (sekretarz)

Redaktorzy tematyczni:

prof. dr hab. Gabriela Bujalska-Grüm, prof. KUL, dr hab. Urszula Dudziak, prof. dr hab. Olgierd Hryniewicz (PAN), Ks. prof. dr hab. Bronisław Mierzwiński, ks. prof. Andrzej Offmański (Uniwersytet Szczeciński), prof. UW, dr hab. Krystyna Ostrowska

Recenzenci:

prof. UKSW, dr hab. Agnieszka Bender, prof. dr hab. Leszek Grüm, dr Agnieszka Hennel-Brzozowska (Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków), mgr Aleksandra Kimball (Warner Brothers Studios, USA), dr Jolanta Kraśniewska (uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, prof. AM dr hab. Teresa Krasowska, ks. prof. dr hab. Henryk Krzysteczko (Uniwersytet Śląski), dr Elżbieta Napora (AJD), prof. dr hab. Katarzyna Olbrycht (Uniwersytet Śląski), dr Jacek Pulikowski (UAM), dr Bożena Sosak-Świdarska (UKSW), ks. dr Stanisław Tokarski, ks. prof. UwB, dr hab. Adam Skreczko (UwB), o. prof. UAM Borys Soiński (UAM), prof. UKSW dr hab. Witold Starnawski, dr Małgorzata Starzomska (UKSW), ks. dr Władysław Szewczyk, dr Elżbieta Tracewicz (Life Adjustment Center, USA), prof. UKSW, dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta, prof. PEDAGOGIUM, dr hab. Krzysztof Wojcieszek, mgr Aleksandra Woś-Mysliwiec (President of Policy Committee, USA), dr hab. Małgorzata Wrześniak (UKSW), Ks. prof. UKSW, dr hab. Dominik Zamiatała.

Redaktorzy językowi:

mgr Zofia Kończewska-Murdzek
mgr Krzysztof Kraśniewski
mgr Małgorzata Walaszczyk

Redaktor statystyczny:

mgr Karol Kwas

SPIS TREŚCI:

<i>Ks. Piotr Karpiński</i> , Podmiot w dramacie seksualnym. Próba fenomenologicznego ujęcia erotyzmu	6
<i>Urszula Dudziak</i> , Uznawanie czy modyfikowanie ludzkiej płciowości ..	23
<i>Weronika Juroszek, Maria Ryś</i> , The attachment-forming effects of the first sexual relationship. Consequences of dissolution of the first sexual relationship in light of attachment theory	37
<i>Karolina Rymarczyk, Kamil Niziołek, Ewa Helena Gołębiewska, Adrian Skoczek</i> , Ewolucyjne korelaty trwałości i jakości bliskich związków	51
<i>Anna Studnicka, Grażyna Bączek, Ewa Dmoch–Gajzlerska</i> , Zachowania zdrowotne podejmowane przez kobiety i ich wpływ na płodność w świetle badań	58
<i>Bogusława Lachowska, Anna Matuszewska, Stanisław Lachowski</i> , System wartości kobiet a ich postawy wobec macierzyństwa	67
<i>Małgorzata Weryszko</i> , Faza prokreacji jako wyzwanie dla małżeństwa	80
<i>Marcelina Szymczyk</i> , Diagnostyka prenatalna wyzwaniem moralnym	89
<i>Agata Majewska</i> , Ciąża jako wyjątkowy czas – potrzeba odpowiedniego wsparcia małżonków w okresie oczekiwania na dziecko	101
<i>Zofia Kończewska-Murdzek, Maria Murdzek-Wierzbicka</i> , Rozwój dziecka w łonie matki	109
<i>Magdalena Torzecka</i> , Konstrukty przywiązania prenatalnego. Odbicie rzeczywistości czy „byt nad potrzeby”	140
<i>Dorota Kornas-Biela</i> , Kształtowanie więzi rodziców z dzieckiem w perinatalnym okresie życia	148
<i>Daria Walewska, Grażyna Bączek, Urszula Tataj–Puzyna, Ewa Dmoch–Gajzlerska</i> , Poród - rodzinne wydarzenie	171
<i>Iwona Wrześniewska-Wal</i> , Lekarz wobec prokreacji. Wybrane zagadnienia Kodeksu Etyki Lekarskiej	182
<i>Elżbieta Trzesowska-Greszta, Jarosław Jastrzębski, Renata Sikora, Małgorzata Fiałek, Paulina Trębicka</i> , Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna	191
<i>Katarzyna Skreczko</i> , Przyczyny niepłodności w małżeństwie – dramat bezdzietności	216

<i>Justyna Jastrzębska</i> , Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzykulturowych i uwarunkowań kulturowych	227
<i>Mateusz Barłóg, Marlena Stradomska</i> , Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory postaw względem bezpłodności własnej oraz partnera, a także wobec metody in vitro	234
<i>Paulina Trębicka</i> , Poronić życie - ale czy tylko dziecka? Rozważania teoretyczne	246
<i>Bożena Miernik</i> , Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym	257
<i>Ks. Jarosław Czaplinski</i> , Adopcja jako droga do rodzicielstwa – od diagnozy do przysposobienia	267
<i>Mateusz Barłóg, Marlena Stradomska</i> , Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory gotowości do tworzenia rodziny zastępczej, rodziny adopcyjnej oraz postawy względem pomocy społecznej	276
<i>Błażej Kmiecik</i> , Czy zalegalizowanie swobodnego dostępu osób małoletnich do preparatów antykoncepcyjnych to istotny problem prawno-społeczny?	289
Abstracts	307
Zasady publikacji	317
Zasady recenzowania	318

Ks. dr Piotr Karpiński
*Wyższe Seminarium Duchowne
w Łowiczu*

Podmiot w dramacie seksualnym Próba fenomenologicznego ujęcia erotyzmu

Trudno by wskazać temat bardziej zajmujący filozoficznie, a jednocześnie bardziej stabilizowany niż ludzka seksualność. Mowa o takim obszarze człowieczeństwa, gdzie ujawnia się całościowa relacja do ciała, zarówno własnego, jak i innych (Marzano, 2007, s. 107). W relacji erotycznej człowiek otwiera się na drugiego człowieka w całej jego podmiotowości. Towarzyszy temu niezwykła intensywność i „gęstość” przeżyć. Już samo to domaga się zrozumienia, gdyż jest istotnym elementem ludzkiej egzystencji.

Jednakowoż wokół seksualności narosło mnóstwo mitów i niesporo-zumień. Przez wieki domena ta była przez filozofów zaniedbywana, a nawet postrzegana jako niebezpieczna, groźna. U początku tej tradycji stoi Platon, według którego pożądanie seksualne było przejawem zwierzęcej natury człowieka i nie miało nic wspólnego z miłością, która przynależy do sfery rozumu. W *Uczcie* co prawda pojawia się definicja miłości jako pożądania, ale jest to jedynie etap prowadzący do stwierdzenia, że prawdziwa miłość jest pragnieniem „zapładniania tego, co piękne, zarówno co do ciała, jak i co do duszy” (Platon, 2010, 206 b). Tylko przez umiarkowanie pożądania seksualnego możemy dojść do pragnienia pełni, które uruchamia twórczą dynamikę dobra i piękna. Osoba kochana nie jest wówczas przedmiotem do posiadania, ale okazją do poznawania. To dlatego prawdziwą miłością jest filozofia, która pozwala na wyłonienie się dobra w duszy: „przedmiotem miłości jest wieczne posiadanie dobra” (tamże, 206 a). W patrystyce relacja seksualna zostaje zasadniczo powiązana z grzechem pierwotnym. Ojcowie Kościoła wskazywali na jakościową różnicę między uczuciami duchowymi a pożądaniem cielesnym, zaś św. Augustyn popiera seksualność bez przyjemności, spełnioną jedynie w prokreacji (Marzano, 2007, s. 108). Także według Kanta małżeństwo jest jedynym sposobem, by mężczyzna i kobieta mogli cieszyć się sobą nawzajem bez degradowania się i poniżania. Jak pisze: „Skoro upodobanie seksualne nie jest skłonnością do innego bytu ludzkiego w sobie, ale skłonnością do jego płci, jest ono zasadą degradacji człowieczeństwa; przez nią płeć jest bardziej preferowana niż inny, co hańbi tę skłonność by się zaspokoić” (Kant, 1997, s. 291). To dlatego Kant schodzi na poziom prawny małżeństwa jako kontraktu, który angażuje formalnie

mężczyznę i kobietę, ale nic nam nie mówi o naturze więzi seksualnej. Dla filozofa z Królewca natura pożądania seksualnego polega na sprowadzeniu nas do zwierzęcości, degradowuje człowieka, zaś przedmiot pożądania nie ma żadnej charakterystyki moralnej, ani osobowej: „Skłonność, jaką ma mężczyzna do kobiety, nie jest kierowana w jej stronę dlatego, że jest ona bytem ludzkim, ale dlatego, że jest ona kobietą; fakt, że jest ona także bytem ludzkim czyni go obojętnym; jedynie płeć jest obiektem jego pożądania” (tamże).

Jak widać przywołane koncepcje filozoficzne dalekie były od przynajmniej próby wyjaśnienia istoty relacji seksualnej. Dopiero psychoanaliza Freuda pokazała jak wiele wymiarów bytu ludzkiego pozostaje pod wpływem seksualności: stosunek do świata, do samego siebie i do innych. Ale tutaj nastąpił inny błąd. Wskazując na doniosłą rolę seksualności, Freud sprowadził ją do gry popędów i to rozumianych mechanicznie. Seksualność to zatem czysty automatyzm, regulowany fizjologią biologiczną. Stąd już tylko krok do zdegradowania człowieczeństwa, niejako tylnymi drzwiami. Freud paradoksalnie staje w jednym rzędzie z Platonem, św. Augustynem i Kantem, gdyż seksualność pojęta na sposób popędowy również degradowuje człowieka, sprowadzając go do poziomu zwierzęcego.

Fenomenologia XX wieku pozwoliła zainspirować się odkryciami psychoanalizy, ale jednocześnie miała stosunek do niej polemiczny. Odłoniła się jednak w ten sposób nowa droga do zbadania seksualności człowieka. W niniejszym tekście usiłujemy zebrać i przywołać najważniejsze wątki fenomenologicznego opisu ludzkiej seksualności. Są to odpowiedzi na następujące pytania: na czym polega istota odniesienia seksualnego, jaka jest w niej relacja do świata i do innego, jaką funkcję pełni seksualność i w jakim horyzoncie się pojawia, jaka jest relacja między seksualnością a egzystencją człowieka. Przywołamy myśl fenomenologów francuskich, m.in. M. Merleau-Ponty’ego, E. Lévinasa, M. Henry’ego i J.-L. Marion. Nie chcemy jednak referować ich poglądów w sposób historyczny, lecz korzystając z ich badań nakreślimy własny fenomenologiczny opis seksualności człowieka.

1. Pytanie o metodę

Powszechnie wiadomo, że fenomenologia to nurt w filozofii zapoczątkowany przez E. Husserla. Naczelnym hasłem metody fenomenologicznej miał być powrót do „rzeczy samych”, a instrumentem do tego prowadzącym naoczność kategoriałna (Waligóra, 2013, s. 23). Badania fenomenologiczne to opis fenomenów jawiących się w świadomości. Fenomenologia miała być nauką o tym, co się jawi, zaś źródło owego jawienia się jest drugorzędne. Tym samym punkt ciężkości w badaniach fenomenologicznych leży po stronie przeżycia i świadomości, a nie po stronie rzeczy i rzeczywistości (tamże, s. 24). Fenomenologia usiłuje badać podstawową strukturę świadomości i jej treść.

Husserl podał najważniejsze narzędzia fenomenologii. Na pewno na pierwszym miejscu znajduje się analiza intencjonalna. Intencjonalność to podstawowa cecha świadomości polegająca na tym, że świadomość jest zawsze świadomością czegoś, kieruje się na jakiś przedmiot, słowem posiada jakąś treść. Intencjonalność to swoisty łącznik między świadomością a otaczającym ją światem. Drugim narzędziem fenomenologii jest redukcja ejdetyczna. Wiąże się to z przekonaniem, że fenomen zawiera w sobie *eidos*, czyli istotę. Według Husserla w akcie naoczności (czyli doświadczeniu źródłowym) mogą zobaczyć „idealny moment gatunkowy” (tamże, s. 46). Tutaj fenomenologia wchodzi w spór z empiryzmem – na akcie spostrzeżenia zmysłowego nabudowuje się akt spostrzeżenia ogólnego, dzięki któremu uchwytyj samą istotę rzeczy, ponadjednostkowy *eidos*. Tym samym przekroczony zostaje kantowski podział na fenomeny i noumeny – u Husserla fenomen zawiera w sobie coś z noumenu, rzeczy samej w sobie. Redukcja ejdetyczna prowadzi od psychologicznego fenomenu do czystej istoty, do *eidosu*. Trzecim narzędziem fenomenologii jest redukcja transcendentálna, polegająca na epoche, czyli wzięciu w nawias tzw. naturalnego nastawienia. Fenomenolog zawiesza przekonanie o istnieniu świata, by podstawowym jego obszarem stała się świadomość, którą poznaje nie przez spostrzeżenia zewnętrzne, lecz przez spostrzeżenia immanentne. W efekcie odkryta zostaje absolutna sfera czystej, transcendentálnej świadomości. Jako czwarte narzędzie fenomenologii należy wskazać redukcję primordialną – redukcję do sfery „tego, co własne”. Jest ona ciągiem dalszym redukcji transcendentálnej, a w jej wyniku Husserl doszedł do tzw. monady. W jej ramach bada się problemy transcendentálnizmu, zwłaszcza solipsyzm i intersubiektywność. Do pozostałych narzędzi Husserla należały jeszcze konstytucja sensów przedmiotowych, fenomenologia generatywna, *Lebenswelt* oraz badanie zawartości idei.

Z powyższej panoramy narzędzi badań fenomenologicznych wynika, że tym, co w nich dominuje to bezpośredni opis doświadczeń, zawierających istotę danej rzeczy. Fenomenologia w myśl założeń Husserla ma być nauką bezzalożeniową, tzn. wszystko, co pośrednie, jak np. wnioskowanie, ma być ugruntowane w bezpośrednim doświadczeniu. Ale sam opis przeżyć i doświadczeń to zbyt mało. Jest to zresztą potraktowanie badań fenomenologicznych w sposób potoczny i banalny. Doświadczenia źródłowe i ich opisy powinny stać się dopiero przesłanką, by przyjrzeć się im nie na sposób potoczny, lecz fenomenologiczny. Fenomen jawi się w horyzoncie świata, co stanowi jego granice. Należy więc dokonać redukcji ejdetycznej i transcendentálnej. Innymi słowy przejść od opisu zmysłowego i empirycznego na transcendentálny poziom badań. Należy zapytać o relację między Ja empirycznym a Ja transcendentálnym, tzn. czy doświadczenia i przeżycia dane na poziomie empirycznym mają się jakoś do Ja transcendentálnego? Innymi słowy, czy odpowiadają im najbardziej podstawowe struktury podmiotowości? Może się

bowiem zdarzyć, że to, co było ważne dla Ja empirycznego ulegnie zawieszeniu w ramach redukcji transcendentalnej.

Taką perspektywę metody fenomenologicznej chcemy zastosować do zjawiska seksualności. Wychodząc od różnych doświadczeń będziemy szukać ich istoty, czyli eidosu. Towarzyszyć będzie nam stale pytanie, czy fenomen relacji seksualnej jest filozoficznie znaczący, tzn. czy odsłania coś w naturze samego podmiotu. Pytamy też, jak musi być zbudowana podmiotowość, by móc przeżywać seksualność jako ważne doświadczenie egzystencjalne (Kot, 2009, s. 160-163).

2. Seksualność jako nowy typ intencjonalności

Szukając istoty ludzkiej seksualności na pewno zgodzimy się, że ma ona bliski związek z uczuciami, zwłaszcza z miłością. Człowiek przeżywający relację erotyczną doświadcza rozmaitych uczuć i stanów, niekiedy bardzo intensywnych. J.-L. Marion stwierdził nawet, że samo pojęcie „erotyzmu” jest zbędne, gdyż jest to sposób mówienia o miłości bez miłości. Seksualność ma ścisły związek z uczuciami, a skoro tak to badania nad nią należy prowadzić w szczególnym horyzoncie, który zarysowuje się niczym tło, mianowicie w horyzoncie ludzkiej uczuciowości. Horyzont ten nazwiemy polem afektywności. Na czym polega afektywność? Jest to bardzo szczególny sposób odnoszenia się do świata. Jeśli moja relacja ze światem, z jakimkolwiek przedmiotem lub podmiotem, ma charakter afektywny, oznacza to, że ten świat istnieje nie tyle obiektywnie, co istnieje dla mnie. Emocje sprawiają, że świat ma dla mnie znaczenie – wzbudza upodobanie albo niechęć, jest przedmiotem pożądania albo odrzucenia. Za sprawą pragnienia lub miłości przedmiot zaczyna istnieć dla mnie.

Warto zapytać w tym miejscu, czym jest afektywność. Można wskazać dwie koncepcje uczuciowości, które nie wydają się adekwatne. Z jednej strony koncepcje racjonalistyczne, np. racjonalizm św. Tomasza z Akwinu. Tutaj instancją dominującą jest rozum, a wszystko inne, w tym także uczucia, muszą być rozumowi podporządkowane i przezeń kierowane. Akwinata sposób racjonalnego zagospodarowywania uczuć przez rozumną stronę człowieka nazywał sublimacją. Jest to proces wznoszenia się jakiejś rzeczywistości, w tym wypadku miłości, z naturalnego dla niej stopnia na wyższy, nieprzystługujący jej z natury poziom, a tym samym nabywanie pewnej doskonałości (Radziszewska-Szczepaniak, 2002, s. 82). Sublimacja to takie kierowanie pożądaniem zmysłowym, by znajdowało zaspokojenie w tym, co rzeczywiście odpowiada naturze rozumnej (tamże, s. 90). Uczuciowość w takim ujęciu nie mówi własnym głosem, stąd nie ma co jej badać, gdyż ostatecznie chodzi o rozum. Przeciwnie podejście do uczuć odnajdujemy w empiryzmie, który z kolei redukuje uczucia tylko do sfery cielesnej. Uczucie jest reakcją ciała na jakiś bodziec. Samo wyobrażanie sobie bodźców, przedstawię,

wyobrażeń może uczucia wywoływać. Przebieg uczuć zaś jest cielesny i mechaniczny.

Obydwie redukcje – racjonalistyczna i empiryczna – spotkały się z krytyką przedstawicieli fenomenologii, jak M. Scheler, M. Heidegger, J.-P. Sartre. Jak pisze M. Merleau-Ponty: „uczuciowości nie uznaje się [w nich – P. K.] za oryginalny rodzaj świadomości” (Merleau-Ponty, 2001, s. 176). W ujęciu fenomenologicznym zaś afektywność to szczególny rodzaj stosunku podmiotu do bytu. Nie chodzi o byt-w-sobie, lecz o byt-dla-nas, a drogę do niego otwiera dopiero pole afektywne. Jeśli seksualność rozważamy w polu afektywności to fenomenologia seksualności skupi się na badaniach świadomości, by stwierdzić, czy w relacji seksualnej ujawniają się jakieś nowe struktury świadomości, jakiś nowy typ intencjonalności w odniesieniu do tego pola.

Ciekawe i niezwykle bogate badania w tym zakresie prowadzi M. Merleau-Ponty, analizując przypadki z psychopatologii. Jego celem jest głównie polemika z empirycznym ujęciem seksualności. Gdyby seksualność była tylko kwestią ciała to wszelkie zaburzenia życia seksualnego miałyby charakter jedynie somatyczny. Autor *Fenomenologii percepcji* rozważa przypadek anonimowego pacjenta, którego określa jako Sch., a który ma zaburzenia życia seksualnego. Jest to impotent, który nigdy spontanicznie nie dąży do aktu seksualnego. Nie działają na niego żadne obrazy, ani słowa. Nagie ciało nie wywołuje w nim żadnego pragnienia, także pocałunek i pieszczota nie mają dlań wartości seksualnej. Jednakże chory ów jest w stanie odbyć stosunek seksualny. Pobudzenie ma miejsce tylko przy bezpośrednim cielesnym kontakcie. Empiryzm tłumaczyłby zaburzenia seksualne jako zanik przedstawiń wzrokowych, czyli obrazów. Tymczasem chory odbiera obrazy prawidłowo, ale utraciły one dla niego znaczenie seksualne. Nawet ciało jego wydaje się funkcjonować normalnie, a jednak pewne obrazy, przedstawienia, bodźce utraciły dla niego wymiar seksualny.

Tą drogą Merleau-Ponty odkrywa, że seksualność nie może być ani czymś związanym tylko z ciałem, „autonomicznym mechanizmem odruchowym” (tamże), ani czymś tylko ze sfery przedstawiń, czyli refleksją. Seksualność to witalna sfera pomiędzy cielesnością a refleksją. Jest to obszar odrębny, oryginalny stan świadomości, który odpowiada za możliwości seksualne człowieka. Tak jak możemy wskazać w człowieku możliwości ruchowe, percepcyjne czy intelektualne, tak też istnieje odrębna możliwość seksualna, której nie da się wyjaśnić automatyzmem cielesnym, ani refleksją. Jak pisze Merleau-Ponty: „Musi istnieć Eros lub Libido ożywiające oryginalną odmianę świata, nadające seksualną wartość lub znaczenie zewnętrznym bodźcom i w każdym osobniku zakreślające użytek, jaki robi on ze swojego przedmiotowo traktowanego ciała” (tamże, s. 177). Wynika z tego, że seksualność jest czymś odrębnym, oryginalnym, nieredukowalnym – to szczególnie sposób odnoszenia się do świata, czyli nowy typ intencjonalności.

W seksualności ogromną rolę odgrywa ciało drugiego człowieka. Mogę je postrzegać jak przedmiot. Mówimy wówczas o percepcji obiektywnej. Ale w relacji seksualnej stosunek do ciała drugiego człowieka jest inny, głębszy, niż sama percepcja. Dokładnie mówiąc, percepcja obiektywna zostaje przeniknięta, przesycona innym rodzajem percepcji – percepcją erotyczną, która jest bardziej skryta, głębsza. Percepcja seksualna polega na tym, że pod ciałem, które postrzegam rozciąga się coś, co Merleau-Ponty określa jako „indywidualny schemat seksualny”. To on uruchamia sfery erogenne, domaga się określonych gestów i przeżyć. W percepcji erotycznej odkrywamy nowy rodzaj intencjonalności. Nie jest ona jedynie świadomością czegoś, jak w przypadku percepcji obiektywnej, nie jest *cogitatio* nakierowanym na pewne *cogitatum*. Percepcja erotyczna to szczególny sposób odnoszenia się mojego ciała do ciała drugiego człowieka, które ujmuję nie jako przedmiot, ale jako cel zjednoczenia. I jako taka, percepcja seksualna dokonuje się nie w świadomości, lecz w świecie. Coś ma dla mnie znaczenie seksualne wtedy i tylko wtedy, kiedy istnieje dla mojego ciała. W seksualności występuje dążność, by wszystkie bodźce spleść w sytuację erotyczną i odpowiedzieć nań zachowaniem seksualnym.

Percepcja w myśli fenomenologicznej nie jest jedynie zwykłym postrzeganiem zmysłowym. To taki rodzaj poznania, w którym bierze udział zarówno świadomość, jak i ciało. W przypadku percepcji erotycznej można mówić o swoistym „rozumieniu”, które nie należy do porządku intelektualnego. Rozumienie intelektu polega na tym, że intelekt wiąże doświadczenie z jakąś ideą. Mam w głowie pojęcie, ideę. Akt przyporządkowania danego doświadczenia odpowiedniej idei jest rozumieniem intelektualnym. Tymczasem erotyczne „rozumienie” polega na tym, że wiąże ciało z innym ciałem. W ten sposób widzimy, że seksualność to oryginalny typ intencjonalności. Dokonuje się ona w polu afektywnym, gdzie świat istnieje dla mnie. Seksualność to nie tylko świadomość innego ciała, ale to odniesienie się do niego dążące do zjednoczenia, zawierające wysoki stopień witalności i płodności (tamże, s. 178).

3. Między przedmiotem a podmiotem

Wskazanie na intencjonalność seksualną i percepcję erotyczną nie daje jednak spokoju. Kiedy kogoś pożądamy, ten ktoś staje się „przedmiotem pożądania”. W relacji seksualnej zachodzi jednak pewna forma obiektywizacji, która koniec końców stanie się ujęciem drugiego jako przedmiotu. Inny jako „przedmiot pożądania” pozostaje przedmiotem: spoczywa tu oto, jest nagi i kruchy, otwarty na pocałunki i pieszczoty (Marzano, 2007, s. 111). Jest przedmiotem, który możemy pieścić, ale też sprawić mu cierpienie. Jednocześnie powiedzieć, że drugi jest „przedmiotem pożądania” nie oznacza automatycznie, że zostaje on zredukowany do prostej

rzeczy. Przedmiot a rzecz to dwa różne pojęcia. Każdy przedmiot pożądania pozostaje ciągle podmiotem pożądania. W gruncie rzeczy w relacji seksualnej zawsze będzie zachodziła dialektyka między podmiotem i przedmiotem. W spełnionej relacji seksualnej, opartej na miłości i wzajemności, ja jestem podmiotem, który pożąda i przedmiotem pożądanym, analogicznie drugi jest jednocześnie podmiotem i przedmiotem pożądania. Na tym polega wzajemność. Jednakże relacja seksualna nie jest relacją między rzeczami, ale relacją międzyosobową, międzypodmiotową, intersubiektywną.

Wiele nieporozumień bierze się z faktu, że występują różne jakościowo formy obiektywizacji. Bardzo często także termin „przedmiot” rozumiany jest w sensie banalnym, równym niemal „rzeczy”. Zawsze należy analizować kontekst, horyzont relacji seksualnej, by przekonać się czy obiektywizacja drugiego, który jest „przedmiotem pożądania” jest instrumentalizacją jego ciała, czy też przeciwnie, jest ona uświadomieniem sobie jego egzystencji cielesnej. Obiektywizować drugiego poprzez traktowanie go jak rzeczy jest czymś zupełnie innym od obiektywizacji pełnej szacunku i miłości, która szanuje go jako osobę. Pierwszy typ obiektywizacji nazwiemy reifikacją, urzeczowieniem. W drugim przypadku należy mówić o inkarnacji, czyli wcieleniu.

Obiektywizacja przekształca zawsze drugiego w przedmiot, ale powiedzieć, że drugi jest przedmiotem nie czyni go jeszcze rzeczą. Terminy „przedmiot” i „rzecz” są synonimami tylko pozornie. „Przedmiot” ma sens tylko w połączeniu z „podmiotem”. W tym sensie przedmiotem jest to wszystko, co nie jest podmiotem, co znajduje się na zewnątrz podmiotu i wobec niego. Przedmiot np. pobudza zmysły. Ale jest on także tym, ku czemu kierują się nasze uczucia, przeżycia, na co nakierowane jest nasze pożądanie, wola, wysiłek, działanie. Tymczasem rzecz oznacza jednostkę materialną, nieożywioną, wolną, całkowicie mi dostępną.

Nie ma relacji seksualnej bez ciała. Należy więc zastanowić się, co to znaczy, kiedy mówimy, że ciało jest przedmiotem i jaką rolę odgrywa ono w erotyzmie. Już u Husserla odnajdujemy dwa terminy na opisanie ciała: *Leib* i *Körper*. Pierwszy termin wykazuje silny związek etymologiczny z czasownikiem *leben* – żyć. *Leib* to ciało żywe, żywy strumień, zachowujący życie i ożywiający ciało. Tymczasem *Körper* to ciało jako przedmiot, solidne ciało, fizyczne lub matematyczne. Ciało ma więc dwa aspekty: jest ono przedmiotem, bryłą fizyczną (*Körper*) oraz żywym ciałem (*Leib*) (Drwięga, 2005, s. 80-81). Dwa wymiary cielesności wystąpią także w fenomenologii francuskiej: ciało będzie mogło być traktowane jako *le corps* – rzecz pośród rzeczy, np. ciało z anatomicznego punktu widzenia, albo jako *la chair* – żywe ciało, centrum ludzkich doświadczeń, ciało przeżywane, poznawane od wewnątrz, podmiotowe – słowem ciało transcendentale (Henry, 2012, s. 31).

Odkrycie ciała żywego prowadzi do wniosku, że w relacji erotycznej Inny jawi się na sposób afektywny bez konieczności jego uprzedmiotowienia. Seksualność, jak

widzieliśmy wyżej, opiera się na szczególnej intencjonalności, która daje dostęp do innego jako osoby w pełni zindywidualizowanej i obdarzonej żywym ciałem, *la chair*. Píše M. Henry: „Ciało, które pojawia się w miłości, nie jest w niczym tym ciałem, które bada lekarz, jest ono transcendentalne, a zatem indywidualne w najwyższym stopniu” (Henry, 2011, s. 82). Relacja erotyczna, odnosząc się do żywej, podmiotowej cielesności, nie jest jednostronna, lecz zawiera w sobie możliwość wzajemności. Nie jest to stosunek podmiot-przedmiot, lecz relację dwóch podmiotowości, a dokładniej mówiąc dwóch podmiotowych intencjonalności, które mają możliwość wzajemnego obdarzania się doświadczeniami, przy zachowaniu własnych niesprowadzalności jedna do drugiej. M. Scheler mówił tu o „fenomenie stopienia i odczucia jedności”. M. Henry podkreśla jednak mocno, że w erotyzmie każdy z podmiotów dysponuje własnymi przeżyciami, niesprowadzalnymi do innego. Inny jest źródłowo doznawany przez podmiot jako niesprowadzalna subiektywność (Starzyński, 2013, s. 94).

4. Seksualność zdegradowana

Jeżeli seksualność jest spotkaniem dwóch podmiotowości to znaczy, że istnieje w niej jednak przynajmniej możliwość przedmiotowego potraktowania drugiego człowieka. Zagadnienie to rozwijał choćby J.-P. Sartre, mówiąc o spojrzeniu innego, które mnie uprzedmiotawia, wywołuje lęk i wstyd. Wszak „inny to piekło” (Sartre, 1947, s. 93). Kiedy seksualność jest urzeczowieniem? Kiedy jej celem nie jest Inny. Erotyzm zdegradowany polega na posługiwaniu się tymi samymi gestami, co w miłości, ale przy deficycie transcendencji, czyli nakierowania na Innego. Zagadnienie to podjął M. Henry, który poświęcił mu osobny wykład w roku 1953/54. Omawia w nim scenariusze erotycznej relacji uprzedmiotawiającej (Starzyński, 2013, s. 96).

Pierwszą figurą erotyzmu zdegradowanego jest dążenie do ugruntowania własnego bycia, czyli egoizm. Inny ma potrzebę bycia kochanym, którą kieruje ku mnie. Ja wyczuwając to dążę do ugruntowania własnego bycia. Czuję się ważny, potrzebny. Kochając mam władzę nad drugim człowiekiem – wszak on potrzebuje mojej miłości. By wzmocnić swoją wartość i de facto władzę nad drugim stosuję różne strategie uwodzenia, by zostać uznanym i w efekcie stać się dla Innego wartością absolutną. W takiej sytuacji, kiedy erotyzm jest tylko spełnianiem potrzeby Innego, Inny staje się przedmiotem dla mnie. Traci on wolność, ja staję się jego panem. Koniec końców Inny coraz bardziej przestaje mnie interesować, ukazuje mi się na sposób znużenia, bo mnie ogranicza.

Drugą figurą erotyzmu zdegradowanego jest miłość w zawieszeniu. Polega ona na tym, że Inny, by zachować swoją wolność, utrzymuje wobec mnie dystans. Dokłada starań, by nie powiedzieć zbyt wiele, by utrzymać się w granicach

tajemniczości. W tego typu relacji zdegradowaniu uległa funkcja ekspresyjna miłości. Inny dzięki tajemnicy pozostaje pociągający. Także przyszłość relacji pozostaje nieokreślona, niejako w zawieszeniu. Miłość jest tu podporządkowana wolności. Niesie to jednak ze sobą ogromne ryzyko – w każdej chwili Inny może przestać uznawać mnie za wartość, co kończy się ruiną mojego bycia ufundowanego na nim.

Trzecią figurą erotyzmu zdegradowanego jest masochizm. Tutaj od samego początku podmiotowość uznaje miłość za niemożliwą, więc oddaje się Innemu jak przedmiot. Zyskiem jest pozbycie się troski o własną egzystencję. Jednakże uprzedmiotowienie nigdy nie jest zupełne. Podmiotowość, która oddała się innemu jak przedmiot, dalej pozostaje podmiotem. Jest przedmiotem dla Innego, ale dla siebie pozostaje podmiotem. Co więcej, podmiotowość traktowana jak rzecz sama uprzedmiotawia Innego, który jedynie spełnia swą funkcję bycia podmiotem.

Wreszcie czwartą figurą erotyzmu zdegradowanego jest sadyzm. Różnica między sadyzmem a masochizmem polega na tym, że w sadyzmie Inny przywłaszcza sobie podmiotowość, traktowaną jak rzecz, odbiera jej wolność. Dokonuje się to w sposób najbardziej cielesny, „tak, aby wolność ustąpiła wobec cierpienia, tzn. zmieszała się ze swym ciałem i przestała być tym ciałem, które błaga o łaskę” (tamże, s. 97). Z bycia uprzedmiotowionym, pozbawionym wolności i poddanym cierpieniu ktoś czerpie satysfakcję seksualną. Jednakże i tu uprzedmiotowienie nie jest absolutne. Wystarczy jedno spojrzenie oprawcy, które może zakończyć przyjemność, gdyż spojrzenie to narodziło podmiotowości.

Z przeglądu scenariuszy erotyzmu zdegradowanego wynika, że koniec końców nie jest łatwo uprzedmiotowić człowieka. Uprzedmiotowienie jawi się ciągle jako możliwy horyzont, jednakże seksualność zawsze będzie oscylowanie między przedmiotem i podmiotem. Schodzenie ku przedmiotowi będzie relację seksualną degradować. Tym, co będzie dawało pełną miłość to nakierowanie na Innego jako podmiot.

5. Transcendencja erotyzmu

Seksualność jest oryginalnym typem intencjonalności. Wyrzuca moją podmiotowość poza nią samą, na zewnątrz, szukając dopełnienia w innej podmiotowości. Zauważamy więc w erotyzmie kierunek ku przekroczeniu samego siebie. Sytuację tę nazwiemy transcendencją erotyzmu. Erotyzm, który kierowałby się nie ku Innemu, lecz ku sobie, byłby erotyzmem zdegradowanym. W relacji seksualnej chodzi o szczególne spotkanie z Innym.

Problem intersubiektywności odgrywa w fenomenologii doniosłą rolę. Husserl mówi o konstytuowaniu drugiego, pojmowanego jako alter ego, inne Ja. Punktem wyjścia jest spostrzeżenie ciała drugiego jako bryły, *Körper*, następnie odkrycie w nim ciała żywego, *Leib*, co w rezultacie prowadzi do ukonstytuowania

innego-Ja (Kot, 2009, s. 90). Ale czy ten proces tematyzowania innego można nazwać poznaniem? Słusznie zauważa D. Kot: „Wszystko tu pochodzi przecież z zasobów mojej własnej świadomości. Dana jest mi tylko w spostrzeżeniu zewnętrznym pewna cielesna bryła i to spostrzeżenie ukazuje mi jej inność od mojej bryły: doświadczam, że nie jest to moja bryła i że różni się pod względem zawartości od mojej bryły (...). Na tym etapie jednak kończy się inność Innego. To, co w wyniku pasywnych syntez dalej jest konstytuowane, jest już nie-inne, jest moje. (...) Ja Innego jest analogonem mojego Ja (...)” (tamże, s. 90-91). Dla Husserla Inny jest po prostu nieinteresujący.

Zupełnie inaczej kierunek transcendencji ku Innemu ujmuje E. Lévinas. Dla niego stematyzowanie drugiego nie jest doświadczeniem pierwotnym, jak to było u Husserla. Pierwotne jest zagadnięcie, wezwanie do rozmowy. Tak zawiązuje się najbardziej pierwotna relacja, w której jeszcze nie ma pracy świadomości, konstytuowania i dyskursu, jest nawiązanie wspólnoty z drugim i mówienie raczej do niego, aniżeli o nim. Jak powie Lévinas: „Bezpośrednie jest tylko spotkanie twarzą w twarz” (Lévinas, 2012, s. 43). Relacja Ja – Inny od samego początku jest u Lévinasa relacją asymetryczną. Inny nie jest moim *alter ego*, lecz nośnikiem i śladem Nieskończonego, on przychodzi z innego świata. Tylko taka relacja z Innym czyni zadość filozofii transcendencji.

Zatrzymajmy się nad tym przez moment. Wiadomo, że transcendencja oznacza, najogólniej mówiąc, przekraczanie, ale też wychodzenie z siebie, przekraczanie siebie. Opisanie człowieka jako bytu transcendentnego jest dla Lévinasa warunkiem wyrwania go z totalizującego systemu bytu, czyli ontologizmu. Trafnie ujmuje to jeden z komentatorów: „Trzeba, by człowiek, umiejscowiony w ciele, w społeczeństwie, w kulturze, języku (...), krótko, w systemie, nie był określany przez sytuację, ale mógł transcendować system i być podmiotem dialogu, bytem, który mówi” (Alvarez, 1974, s. 510-511). Cały wysiłek filozoficzny Lévinasa to ukazanie człowieka jako bytu transcendentnego, czyli takiego, który nadaje sens otaczającej go rzeczywistości i tym samym różni się od rzeczy. Co może być podstawą takiej transcendencji? Na pewno nie ontologia i myślenie w kategoriach bytu. Trzeba wyjść poza sferę bytu i niebytu i wejść w obszar, którym nie rządzi żadne z praw ontologicznych. Takim obszarem jest sfera pragnień człowieka, ale także miłość.

Miłość w rozumieniu Lévinasa jest relacją dwuznaczną i w tej dwuznaczności tkwi jej istota. Z jednej strony miłość pragnie Innego, jest więc ruchem transcendencji, czyli wyjścia poza siebie. Z drugiej jednak strony, miłość można zredukować do sfery immanencji – dzieje się tak, gdy Inny staje się przedmiotem użycia, gdy zaspokaja moją potrzebę. Miłość niesie więc ze sobą pewne niebezpieczeństwo: mierzy ona zrazu bardzo wysoko, jest pragnieniem transcendencji, ale ze względu na obecny w niej element rozkoszy łatwo może, zatrzymując się tylko na tym poziomie, odwrócić się w swoje zaprzeczenie.

Wówczas człowiek spada nie tylko poniżej poziomu miłości, ale nawet poniżej poziomu mowy, czyli relacji etycznej, dobroci, w sferę zmysłowego rozkoszowania się. Miłość może człowieka wynieść wysoko, ale może również strącić go bardzo nisko. Jest ona sprzecznym rozkoszowaniem się bytem transcendentnym, czerpaniem rozkoszy z Innego.

Ten dwuznaczny charakter miłości eksploruje Lévinas przyglądając się relacji erotycznej. Należy przy tym pamiętać, że wszelkie relacje międzypodmiotowe ujmuje on z androcentrycznego punktu widzenia, stąd także na relację erotyczną patrzy z pozycji mężczyzny, w związku z czym Inny przybiera postać Kobiety lub Ukochanej (Calin, 2002, s. 31-32). Tym, co się ujawnia w Innym w pierwszej kolejności, jest jego słabość: „Kochać, znaczy bać się o innego człowieka, przychodzić z pomocą jego słabości” (Lévinas, 2012, s. 308). Epifania Innego w relacji erotycznej, czyli wyłonienie się Ukochanej, przybiera postać łagodności, kruchości, słabości, istnienia niemal na granicy bytu i niebytu, ale z drugiej strony sam erotyzm zakłada element zmysłowy (Dubost, 2006, s. 320). Lévinas nazwie go nawet „paroksyzmem materialności” w człowieku (Lévinas, 2012, s. 309). Miłość jest ruchem transcendencji, czyli zwrotem ku inności drugiego człowieka, ale przez to uwznioślenie przebija się nagle materialność człowieka, która jakby nie pozwalała o sobie zapomnieć. Widzimy zatem, że miłość erotyczna nie może być sprowadzona do samej tylko duchowości, lecz przebija się przez nią materialność i zmysłowość człowieka, jego cielesność.

Inny nie jawi mi się już jako twarz, ale jako nagość, z czym z kolei wiąże się doświadczenie wstydu. Lévinas mówi, że wstyd w relacji erotycznej zostaje sprofanowany, ale nie przewyżczony. Na czym polega profanacja wstydu? „Profanacja polega właśnie na tym, że równocześnie odkrywa i zakrywa” (tamże, s. 309) i w ten sposób jest ona potwierdzeniem samej dwuznaczności miłości. Wstyd nadaje miłości charakter patetyczny – oznacza to, że jest on tak ściśle związany z relacją erotyczną, że nie da się go pokonać. Nie jest to jednak taki wstyd, jaki występuje u Sartre’a, pełni tu bowiem zupełnie inną funkcję. „Tam wstyd rodził się wzbudzony spojrzeniem drugiego, który chciał mnie zamienić w przedmiot, i był ukryciem siebie, unikiem, obroną przed urzeczowieniem. Tutaj wstyd jest znakiem właśnie obudzonej ze snu wolności, a zarazem subtelnym znakiem żyjącego we mnie Pragnienia. Nie wstydzilibym się, gdybym nie pragnął. Wstydzę się własnej swawoli. Nie chcę być swawolny wobec Drugiego, chcę być wolny. Tę wolność ofiarował mi Drugi i ja jestem mu ją winien. Drugi jest bowiem tym, kogo pragnę w moim wstydzie” (Tischner, 2005, s. 175).

Widać to bardzo dobrze na przykładzie pieśczości. Czym ona jest? Pieśczość nie jest czymś czysto duchowym – samą empatią, czystym współodczuwaniem, ani też czymś czysto cielesnym, zmysłowym, doznaniem mechanicznym, czy przeżyciem fizjologicznym. Jest ona pośrodku obu tych skrajności. Lévinas powie, że

polega ona na „rozkoszowaniu się współodczuwaniem” (Lévinas, 2012, s. 310). Baza do przeżycia pieśczoły jest rzeczywiście doświadczenie ciała. W przypadku Erosa są to dwa ciała nawzajem się odczuwające, ale świadomość, że drugi odczuwa podobnie jak ja, nie jest już doświadczeniem cielesnym, lecz duchowym. Tak więc z jednej strony pieśczoła, jako dotyk, jest czymś zmysłowym, z drugiej jednak transcenduje ona zmysłowość, gdyż przyzywa to, co nieustannie wymyka się dotykowi: „Pieśczoła szuka, myszkuje. Nie jest intencjonalnością odślaniającą, lecz poszukującą: zmierza ku niewidzialnemu” (tamże). Pieśczoła jest zatem ruchem ku przyszłości, wyjściem podmiotu poza samego siebie, karmieniem się tym, czego jeszcze nie ma.

W pieśczołę wkrada się jednak profanacja, gdyż odkrywa to, co zakryte. Ukazuje się w niej ciało jako nagość erotyczna. Ciało to jednak ogałaca się ze swojej formy, porzuca status bytu, status jestestwa. W relacji erotycznej, poprzez pieśczołę, ciało przestaje być czymś bytującym: nie jest ani ciałem fizjologicznym, ani narzędziem pracy, ani ekspresją twarzy. Ten niezwykle stan znajdowania się poza bytem nazywa Lévinas dziewictwem. Rozkosz pieśczoły jest dla Lévinasa relacją zupełnie wyjątkową. Nie jest ona do pogodzenia z klasyczną logiką formalną (Kayser, 2000, s. 35), co tylko pokazuje, jak ta ostatnia ma niewiele powiedzenia o ludzkich sprawach, w tym o miłości. Nie znaczy to, że miłość jest nielogiczna, ma ona raczej swoją logikę: w erotyzmie to, co odkryte, dalej pozostaje zakryte, nie traci swojej tajemniczości. Jest tak dlatego, że jako korelat profanacji pojawia się wstyd: „z powodu dokonanej profanacji każe on spuścić oczy, które mogłyby badać ukrytą rzeczywistość” (Lévinas, 2012, s. 313). Na tym zasadza się dwuznaczność Erosa – jest on odkryciem zasłaniającym.

Dialektyka profanacji i wstydu w przeżyciu erotycznym sprawia, że nie można mu przypisać żadnej treści, nie ma ono żadnego znaczenia. Jak powie Lévinas, jest to „intencjonalność bez widzenia” (Lévinas, 2012, s. 314), czyli doświadczenie czyste, które nie daje się wtłoczyć w żadne pojęcia, czysty ruch ku Innemu. To właśnie sprawia, że miłość nie jest poznaniem. „Miłość niczego nie chwyta, nie prowadzi do żadnego pojęcia, nie prowadzi donikąd, nie ma ani struktury przedmiot-podmiot, ani struktury Ja-Ty” (tamże). Czymże zatem jest miłość? Jest ona czystym wychodzeniem poza siebie, przekraczaniem siebie i własnych możliwości, transcendencją właśnie.

O ile Twarz – Inny w relacji etycznej – posiada znaczenie, o tyle miłość jest bez znaczenia, nie ma ona żadnej treści, żadnego elementu „co”. Co znaczy twarz w relacji etycznej, czyli w mowie? Jej podstawowym znaczeniem jest apel „nie zabijesz mnie”. I o ile twarz jawi się jako wysokość, pochodzi bowiem z wymiaru boskiego, o tyle inny w relacji erotycznej, czyli Kobieta, jawi się jako łagodność, kruchość i skłania do litości nad jej słabością. Ale to nie znaczy, że w erotyzmie znika twarz. Co więcej, uprzednie doświadczenie twarzy jest warunkiem nawiązania

relacji erotycznej. Tak więc twarz kobiety okazuje się równie dwuznaczna: przez jej znaczenie, jako twarzy, przebija bezznaczeniowość, jako kobiecości. Na tym, zdaniem Lévinasa, zasadza się istota piękna kobiecego. Twarz kobiety znaczy tylko jedno: odmowę znaczenia, odmowę mowy i ekspresji. Nie jawi się ona jako wola walcząca z moją wolą. Raczej jest sprowadzona do poziomu dzieciństwa, kokietki, śmiechu i zabawy – do tego stopnia, że porzuca status osoby. Jej twarz zaciera się, staje się bezosobowa, „nabiera zwierzęcej dwuznaczności” (tamże, s. 318). To wszystko prowadzi Lévinasa do wniosku, że miłość jest rodzajem zabawy.

Tak pojęta twarz kobiety skrywa aluzje, niedopowiedzenia. W tym wyraża się jej dwuznaczność. Ale dla Lévinasa jest to tylko przejaw tego, co jeszcze nieobecne. Pamiętamy, że miłość została wcześniej określona jako ruch ku przyszłości, ku temu, czego jeszcze nie ma. Eros wychodzi zatem poza twarz. Nie odsłania tego, co obecne, choć zakryte, lecz to, co nieobecne. Jego kierunek jest zatem nieznan. W tym sensie nie da się, zdaniem Lévinasa powiedzieć, że miłość prowadzi jak w filozofii dialogu M. Bubera, od Ja do Ty. „Zwraca się w innym kierunku niż kierunek, w którym spotykamy Ty” (tamże, s. 319). Jest to nieuchwytnie, bo wykracza poza możliwości. Stąd miłość nie ma charakteru społecznego. Naiwnością jest sądzić, że w miłości kochankowie oddają się sobie nawzajem. Nie jest tak, nawet gdyby się w sobie zatracili. Relacja erotyczna jest przeciwieństwem relacji społecznej – „wyklucza świadków, pozostaje intymnością, samotnością we dwoje, związkiem zamkniętym, niepublicznym we właściwym sensie” (tamże, s. 320). Kobiecość to Inny, który nie wchodzi w relacje społeczne.

Niespołeczny charakter miłości izoluje kochanków od świata i od innych ludzi, ale jednocześnie ustanawia między nimi niezwykłą więź. Tworzą oni wspólnotę czującego i odczuwanego: „drugi człowiek jest nie tylko tym, kogo odczuwam, ale też tym, kto czuje, potwierdzając się jako czujący w moim własnym odczuwaniu, jakbyśmy czuli tym samym uczuciem” (tamże). To, co zachodzi między kochankami, jest nieprzekazywalne osobom trzecim – ani przez oddanie tego słowami, ani nawet przez obserwację. Stąd iluzja i błąd pornografii. Dzieje się tak, gdyż przeżycie erotyczne nie jest zapośredniczone w żadnej obiektywnej treści. Nie ma też tutaj do czynienia z analogią uczuć. Występująca między kochankami „identyczność odczuwania” (tamże, s. 321) jest wyjątkowa i nieprzekazywalna. Jest to uczucie o strukturze intersubiektywnej, której nie da się uprościć do świadomości jednostkowej. I tutaj dochodzimy do odkrycia prawdziwej istoty Erosa: „W rozkoszy Inny jest jednocześnie mną i kimś ode mnie oddzielnym” (tamże).

Istotę miłości widać wyraźnie kiedy się ją zestawia z przyjaźnią. Miłość nie jest rodzajem przyjaźni, bo inne są ich cele. O ile przyjaźń pragnie innego człowieka, o tyle cel miłości nie jest nawet bytem. Miłość szuka tego, co nieskończenie przyszłe, „co ma się dopiero narodzić”. Nie kocham dlatego, że potrzebuję innego człowieka. W miłości moja rozkosz rozkoszuje się rozkoszą drugiego. To utożsamienie Ja

i Innego w Erosie Lévinas nazywa „transsubstancją” i jest ona transcendencją totalną, tzn. o wiele bardziej radykalnym przekroczeniem siebie, niż w relacji etycznej (Forthomme, 1979, s. 325). Nie polega ono na tym, że obydwa podmioty zlewają się ze sobą, zatracają się w sobie, lecz na tym, że płodzą dziecko. Należy pamiętać o dwuznacznym charakterze miłości u Lévinasa: ruch między pragnieniem Innego i powrotem przez rozkosz do samego siebie. W tym sensie, w przeżyciu erotycznym jest już zawarta relacja z dzieckiem. Czym jest dziecko? Jest ono kimś innym i zarazem mną samym. Transcendencja radykalna spełnia się zatem w dziecku, w byciu ojcem i synem.

6. Płodność i eschatologiczny wymiar seksualności

Zrodzenie potomstwa, czyli płodność i prokreacja, to bardzo ważny, choć często pomijany i lekceważony wymiar seksualności. Cenne badania tego fenomenu podjął J.-L. Marion w dziele *Le phénomène érotique*. Marion przede wszystkim rozważa seksualność w dość szerokim planie. Nie jest to jedynie akt zjednoczenia cielesnego, lecz doświadczenie ludzkiej miłości. Ta zaś rozgrywa się w długim czasie, ma swoją historię. W punkcie wyjścia mamy doświadczenie samotności. Człowiek doświadczający samotności nienawidzi samego siebie, ale jednocześnie narasta w nim potrzeba bycia kochanym. Aby wyjść z kręgu samotności potrzebna jest radykalna zmiana, nawrócenie – podmiot przestaje pytać, czy jest kochany, ale stawia sobie pytanie, czy sam potrafi kochać. Jeśli tak się stanie wiązuje się miłość – podmiot wypowiada swoje „oto jestem” innej podmiotowości. O ile dotąd historia toczyła się w polu języka i abstrakcyjnych znaczeń, o tyle w zjednoczeniu miłosnym język zanika na rzecz dotyku. Istotnym elementem relacji miłości staje się współdotknięcie żywych cielesności. Jedność pomiędzy dwiema podmiotowościami w erotyzmie jest jednością pośrednią, nie ma w niej fuzji przeżyć afektywnych jak u Schelera. W relacji seksualnej dwie cielesności pozostają odrębne i nieredukowalne do siebie (Marion, 2003, s. 216).

Co ciekawe, zdaniem Mariona erotyzm dokonuje się poza światem. Nie jest to więc zjawisko ze świata fizycznego, jak u M. Merleau-Ponty’ego. Oznacza to, że żaden organ ciała nie jest uprzywilejowany w dostępie do Innego. W relacji seksualnej pożądanie przenika całe ciało, cała subiektywność afektywna zostaje nią ogarnięta. Odczuwanie seksualne nie należy do świata. Można powiedzieć, że w erotyzmie niczego nie dotykam, gdyż ciało Innego nie jest już rzeczą, to po prostu inna podmiotowość (tamże, s. 203). Erotyzm dokonuje się za pomocą organów seksualnych, ale nie są one uprzywilejowane w tym sensie, że to nie one tworzą relację seksualną (tamże, s. 208). Marion rozważa np. pocałunek. Jest to początkowo akt ust, który następnie rozprzestrzenia się na całe ciało, roznosząc erotyzację po całej podmiotowości. Co ciekawe proces erotyzacji ciała nie dokonuje się za pomocą

części zwykle wiązanych z seksualnością, lecz przez pojawienie się twarzy Innego, która koncentruje w sobie całą cielesność.

Erotyzm ma jednak wpisana w siebie niejako porażkę, która polega na tym, że relacja ta odznacza się „nieustannym ustawianiem” (tamże, s. 228). Erotyzm polegający na specyficznym dialogu nigdy nie może powiedzieć ostatniego słowa. Jego trwanie to podsycające pożądanie, zaś wypowiedzenie konkluzji, co należy utożsamić z chwilą orgazmu, oznacza jego zakończenie. I ta niemoc wypowiedzenia ostatniego słowa jest jego porażką. Chwila najgłębszego przeżycia i maksymalnego poziomu przyjemności zwiastuje nadchodzący koniec erotyzmu i pojawiającą się pustkę.

I w tym właśnie punkcie pojawia się potrzeba trwalszego uczasowienia relacji seksualnej, nadanie jej cech większej trwałości. Rozwiązaniem jest tzw. „erotyzacja zechciana i wolna” (*l'érotisation volontaire et libre*). Marion rozumie ją na dwa powiązane ze sobą sposoby: z jednej strony jako wierność, z drugiej zaś jako nadejście trzeciego czyli dziecka. Dziecko wzmacnia i podtrzymuje trwałość relacji erotycznej. Jego pojawienie się to wprowadzenie „stałej widzialności”, która odtwarza erotyzm i konieczność jego powtórzenia. Dziecko jednak jest w stanie podtrzymać i utrwalić relację erotyczną tylko w ograniczonym stopniu. Dzieje się tak, gdyż ono dorasta i z czasem odchodzi. Po odejściu dziecka otwiera się eschatologiczny wymiar seksualności. Podmiot kochający, decydując się na miłość, odkrywa erotyczny charakter przyjaźni. Kochanek staje się kochającym przyjacielem. Człowiek zaczyna odkrywać, że to nie tyle on kochał, co Inny nauczył go kochać. Eschatologia seksualności prowadzi do odkrycia miłości Boga. Jak pisze Marion: „Bóg kocha w tym samym znaczeniu jak my. Z tą nieskończoną różnicą, że gdy Bóg kocha (i w istocie nigdy nie przestaje kochać), po prostu kocha nieskończenie lepiej od nas (...). W końcu odkrywam (...) że ów pierwszy kochanek od zawsze nazywał się Bogiem” (tamże, s. 368-369).

7. Dramat seksualny i jego religijne rozwiązanie

Śledząc różne wymiary ludzkiej seksualności dochodzimy w końcu do pytania o ludzką podmiotowość. Możemy powiedzieć, że człowiek bierze udział w dramacie seksualności. Przyjrzenie się temu dramatowi prowadzi nas od opisów fenomenologicznych na obrzeża metafizyki seksualności.

Seksualność jest intencjonalnością i transcendencją, jest wyjściem poza siebie. Jednocześnie w tym wychodzeniu podmiotowość wyraża się w sposób całkowity. W relacji seksualnej podmiot wyraża całą swoją egzystencję. Ta ostatnia nie jest niezależna od ciała. Ja pisze M. Merleau-Ponty: „ciało jest zastygłą lub uogólnioną egzystencją, a egzystencja nieustannym wcieleniem” (Merleau-Ponty, 2001, s. 187). Dramat seksualny nie jest więc jedynie przejawem czy symptomem dramatu

egzystencjalnego. Jego elementy, jak pożądanie, miłość, czy wstyd są nieredukowalne – dotyczą człowieka w jego świadomości i podmiotowości. Stają się zaś niezrozumiałe jeśli potraktujemy człowieka jako maszynę.

Niezwykle ważnym elementem dramatu seksualnego jest dialektyka Ja i Innego. Podmiot odsłania swoje ciało, ale towarzyszy temu obawa, czy obce spojrzenie nie skradnie go. Może też pojawić się kierunek przeciwny – odsłaniając ciało podmiot może dążyć do panowania nad innym. Dialektyka Ja i Innego staje się dialektyką panowania i niewoli. Jak pisze Merleau-Ponty: „ponieważ mam ciało, mogę stać się przedmiotem pod spojrzeniem innego i nie liczyć się już dla niego jako osoba albo przeciwnie, mogę stać się jego panem i z kolei patrzeć na niego” (tamże, s. 188). Panowanie to jest jednak pozorne, gdyż wówczas inny przestaje być osobą, przez którą chciałem być uznany, staje się zaś kimś zafascynowanym, pozbawionym wolności, przeto nie liczy się już dla mnie. Dramat seksualności jest dramatem wcielenia: mówiąc, że mam ciało oznajmiam, że można zobaczyć mnie jak przedmiot, przy jednoczesnym dążeniu do tego, by widziano we mnie podmiot. Ta pozorna sprzeczność wynika z metafizycznej struktury mojego ciała, które jest, jak to pokazują badania fenomenologiczne, jednocześnie przedmiotem dla innego (*le corps*) i podmiotem dla mnie (*la chair*). Seksualność to doświadczenie ludzkiej kondycji w jej momentach autonomii i zależności. Dialektyka seksualności i jej cielesny wymiar pokazują, że erotyzm nie jest czymś z porządku poznania, konstytucji, refleksji, lecz jest on napięciem egzystencji ku innej egzystencji, która ją neguje, ale bez której nie może przetrwać (tamże). Ta dwuznaczność jest istotą ludzkiej seksualności. Pisze Merleau-Ponty: „Seksualność, powiada się, jest dramatyczna, ponieważ angażujemy w nią całe nasze życie osobowe” (tamże, s. 191-192).

Na dramatyczny wymiar seksualności zwracają także uwagę M. Henry i J.-L. Marion. Dla nich dramatyzm erotyzmu polega na jego kontyngentnym i skończonym charakterze. W seksualnej rozkoszy Henry odkrywa iluzję absolutu. Seksualność jako model relacji intersubiektywnej polega na wzajemnym dzieleniu się afektywną intencjonalnością. W szczytowym momencie tej relacji może zrodzić się iluzja absolutu. Jest tak, gdyż absolut w miłości seksualnej okazuje się zupełnie niedostępny. Rozkosz i przyjemność są czymś transcendentnym i nie mogą się w nich całkowicie zatopić. Absolut to wizja idealnego zjednoczenia, podczas gdy zawsze pozostaną oddzielony. Pomiedzy Ja i Innym jest różnica. Konsekwencją jest radykalna i ostateczna niemożność spełnienia pożądania. Jej powtarzanie Henry określa jako kult składany temu, co skończone (Starzyński, 2013, s. 98). Jest to adorowanie świata transcendencji i żywiołu skończoności. Podmiot skupia się na swym przedmiocie, czyli ciele innego, który staje się dlań niemal magiczny. Tak więc dramat seksualny kończy się absolutyzacją marności fundamentalnego projektu człowieka. Wyjściem zaś z tego dramatu okazuje się droga religijna doświadczenia Boga jako Innego *par excellence*.

Bibliografia:

- Alvarez O. A., (1974), *L'idée de création chez Lévinas*, *Revue Philosophique de Louvain*, t. 72, nr 15, s. 509-538.
- Calin R., Sebbah F.-D., (2002), *Le vocabulaire de Lévinas*, Paris: Ellipses.
- Drwięga M., (2005), *Ciało człowieka. Studium z antropologii filozoficznej*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Dubost M., (2006), *Féminin et phénoménalité selon Emmanuel Lévinas*, *Les études philosophiques*, nr 3, s. 317-334.
- Forthomme B., (1979), *Une philosophie de la Transcendance. La métaphysique d'Emmanuel Lévinas*, Paris: J. Vrin.
- Henry M., (2011), *Textes inédits sur l'expérience d'autrui*, *Revue internationale Michel Henry*, nr 2.
- Henry M., (2012), *Wcielenie. Filozofia ciała*, Kraków: Homini.
- Kant I., (1997), *Leçons d'éthique (1775-1780)*, Paris: Le Livre de poche.
- Kayser P., (2000), *Emmanuel Lévinas: la trace du féminin*, Paris: PUF.
- Kot D., (2009), *Podmiotowość i utrata*, Kraków: Instytut Myśli Józefa Tischnera.
- Lévinas E., (2012), *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrznosci*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Marion J.-L., *Le phénomène érotique. Six méditations*, Paris: Grasset.
- Marzano M., (2007), *La philosophie du corps*, Paris: PUF.
- Merleau-Ponty M., (2001), *Fenomenologia percepcji*, Warszawa: Aletheia.
- Platon, (2010), *Uczta*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Radziszewska-Szczepaniak D., (2002), *Podstawy koncepcji sublimacji uczuć u św. Tomasza z Akwinu*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Sartre J.-P., (1947), *Huis clos*, Paris: Gallimard.
- Starzyński W., (2013), *Miłość erotyczna jako paradygmat doświadczenia Innego*, *Fenomenologia*, nr 11, s. 93-106.
- Tischner J., (2005), *Emmanuel Lévinas*, (w:) *Myślenie według wartości*, (s. 166-180), Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Waligóra M., (2013), *Wstęp do fenomenologii*, Kraków: Universitas.

prof. KUL, dr hab. Urszula Dudziak
Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej
Wydział Teologii
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

Uznawanie czy modyfikowanie ludzkiej płciowości

Wstęp

Określenie męskiej lub żeńskiej płci człowieka możliwe jest poprzez analizę chromosomalną poszczególnych komórek ciała, identyfikację gonad i narządów płciowych, stwierdzenie specyficznych cech związanych z budową ciała i owłosieniem, oznaczenie hormonów, przeprowadzanie testów umożliwiających poznanie charakterystycznych dla danej płci cech psychicznych, odczytanie posiadanej przez daną osobę metryki. Istnienie człowieka jako mężczyzny i kobiety ma znaczenie więziotwórcze, komplementarne, oblubieńcze i prokreacyjne. Odrębność płciowa jest nieodzowna dla niosącej fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe życie – jedności dwojga. To wartość zarówno dla poszczególnych jednostek i ich wzajemnej więzi, jak i dla dobra całego społeczeństwa korzystającego z owoców współpracy uzupełniających się osób. Odmienność płci stanowi warunek istnienia ludzkości. Jest wpisana w naturę cechą, która nie powinna budzić żadnych wątpliwości.

Szerzona ideologia gender sugeruje jednak, że jest inaczej. Swoisty bunt przeciwko podziałowi ludzi na kobiety i mężczyzn, dawanie sobie uprawnień do dokonywania zmiany płci, roszczenia zrównania człowieka z Creatorem, przypisywanie sobie praw wszczęcia globalnej rewolucji społecznej i seksualnej zaczęły manifestować się na różne sposoby.

Zainicjowana w XIX wieku marksistowska i feministyczna działalność konfrontująca obie płcie, zastąpienie miłości - używaniem, altruizmu - hedonizmem, stawianie zasady przyjemnościowej nad powinnościową, instrumentalizowanie zachowań seksualnych, manifestowanie przejawów inwersji seksualnych, zastępowanie zgodnej współpracy rywalizacją i walką płci, żądanie zmiany płci i domaganie się społecznego uznania dla tego typu zachowań, promowanie zachowań niemoralnych i deprawacyjnej edukacji seksualnej rozszerzyło się w kolejnych latach i przyniosło poważne zagrożenie ludzkości.

Sytuacja ta wymaga podjęcia uzasadnionych społecznie i religijnie refleksji nad: podstawami ludzkiej płciowości, wartością różnic płciowych, przejawami dokonującej się rewolucji genderowej, możliwymi skutkami modyfikowania

płciowości i koniecznością wyboru właściwych postaw wobec płci. Wskazane jest udzielenie odpowiedzi na fundamentalne pytania dotyczące męskości i kobiecości, ich celu i zadań oraz sposobu traktowania. Zarówno z osobowościowego, jak i społecznego punktu widzenia istotne jest to, czy poszczególne osoby tworzące określone społeczeństwo, widzą swoją płć jako dar, błogosławieństwo, zadanie mobilizujące do wartościowej, służącej dobru aktywności i wdzięczności? Czy wprost przeciwnie jako balast, przeszkodę i przekleństwo, rodzące sprzeciw, chęć walki, pozbycia się go za wszelką cenę? A może w zaplanowanym manipulowaniu własną płciowością upatrują szansę uzyskania swoiście rozumianych korzyści?

1. Wartość różnic płciowych

Początek istnienia człowieka wiąże się z biologicznym aktem zapłodnienia. Polega on na wnikięciu męskiej komórki rozrodczej – plemnika do żeńskiej komórki jajowej i połączenia się materiału genetycznego pochodzącego z obu gamet (Krawczuk, 1988, s. 15). Plemniki różnią się między sobą odmiennością chromosomalną. Jedne z nich zawierające chromosom X wnikając do komórki jajowej dają początek życia dziewczynce, inne zaś, te z chromosomem Y, po zespoleniu z komórką jajową, inicjują poczęcie chłopca (Ostrowski, 1982, s. 17-19, 29-30).

Płć ludzka jest więc określona w momencie poczęcia. Wyznacza ją tak zwany genotyp męski lub żeński, czyli płć określana jako chromosomalna lub genetyczna. Dzięki temu, każdą komórkę ludzkiego ciała można zidentyfikować jako należącą do kobiety lub mężczyzny. W jądrze każdej komórki człowieka znajdują się 23 pary chromosomów, w tym para chromosomów płciowych (XX w przypadku kobiet i XY w przypadku mężczyzn) (Putyński, 2004, s. 155).

Już w rozwoju prenatalnym wytwarzane są gruczoły płciowe, czyli tak zwane gonady, którymi u dziewcząt są jajniki, a u chłopców jądra. W rozwoju płodowym pojawiają się także wewnętrzne i zewnętrzne narządy płciowe. Rozwój ten pozwala identyfikować płć gonadalną i narządową. Anatomiczna ocena płci rodzącego się dziecka umożliwia dokonanie zapisu metrykalnego, czyli ustalenie płci w sposób metrykalny lub socjalny. Kolejny wyraz ludzkiej płciowości występuje dzięki dominancie hormonów płciowych, którymi dla kobiet są estrogeny, a dla mężczyzn androgeny. Stwierdzenie tego pozwala określić tak zwaną płć hormonalną. W okresie dojrzewania ujawnia się również fenotypowa manifestacja płci pozwalająca wyodrębnić różnice pomiędzy osobami płci przeciwnej na podstawie budowy ciała, typu szerokość ramion i bioder, piersi kobiet, zarost mężczyzn. Prawidłowością rozwojową jest zgodność manifestowania się płci na każdym z poziomów oraz odpowiadająca płci biologicznej psychiczna identyfikacja płciowa (tamże).

Dla prawidłowego funkcjonowania w zróżnicowanym płciowo społeczeństwie konieczne jest adekwatne do rzeczywistości poczucie własnej tożsamości płciowej i akceptacja tego, że jest się kobietą lub mężczyzną. Konieczne jest także właściwe odniesienie do płci odmiennej stanowiące jeden z warunków pomyślnego współdziałania.

Naturalnym zjawiskiem jest to, że człowiek poczyna i rodzi się o określonej płci, męskiej lub żeńskiej, a także funkcjonuje w społeczeństwie, jako mężczyzna lub kobieta. Płciowość stanowiąca o odmienności osób umożliwia ich komplementarność, czyli wzajemne uzupełnianie się. To właśnie warunkuje bycie odpowiednim darem dla innych. Istnienie dwóch różnych płci stwarza podstawę wzajemnego dążenia ku sobie i tworzenia jedności, która rodzi życie. Wpisana w odmiennosc płciową możliwość prokreacji stanowi wielką wartość zarówno dla samych jednostek, jak i społeczeństwa, a także dla całej ludzkości i świata.

Należy jednak podkreślić, że pojęcie rodzenia nie ogranicza się jedynie do przekazywania życia w aspekcie fizycznym. To także szeroko rozumiana twórczość ujawniana w rezultatach wielowymiarowych działań. Płciowość jest siłą motywującą do nawiązywania relacji i podejmowania współpracy. Istnienie różnic płciowych czyni tę współpracę bardziej owocną, integralną, pełną, ubogacającą. Mężczyźni i kobiety mają bowiem „specyficzny dla danej płci styl reagowania, zachowań, upodobań, potrzeb, umiejętności, zainteresowań” ich „kobiecość i męskość odciska się na podejmowanej pracy i kontaktach społecznych” (Dudziak, 2004, s. 162), stwarza szansę wzajemnego ubogacania i uzupełniania, jest pożyteczna dla wartościowego obdarowywania i pełniejszej służby, zarówno sobie nawzajem, jak i innym członkom społeczeństwa.

Różnice płciowe umożliwiają kobiecie i mężczyźnie zbudowanie, przeżycie i doświadczenie pełnej jedności w wymiarze duchowym, uczuciowym, świadomościowym, wolitywnym i cielesnym, a poprzez tworzone więzi - także społecznym. Różnice te są podstawą małżeństwa i rodziny. Umożliwiają poczęcie i zrodzenie dzieci, ale także „bycie pomocą odpowiednią” dla siebie nawzajem i dla potomstwa. Ono zaś, właśnie z ojca i matki, czerpie wzór dla kształtowania własnej tożsamości płciowej, sposobu odnoszenia do płci odmiennej i umiejętnego współdziałania. Owocujące miłością spotkanie kobiety i mężczyzny, żony i matki - męża i ojca uczy innych miłości. Niesie również emocjonalne ciepło, pokój, radość, bezpieczeństwo, moc i siłę, motywację do działania i rozwoju. Wzajemna miłość i troska poszczególnych członków rodziny, odpowiedzialność za przekazywanie życia i wychowanie młodego pokolenia stanowi o przyszłości rodzin, społeczeństw i świata.

Mężczyzna i kobieta mają tę samą godność ludzką, ale różnią się swoją płciowością. Ich odmiennosc nie oznacza bycia lepszym czy gorszym, ale innym. Inność jest przydatna dla wzajemnego uzupełniania i niesienia przydatnej pomocy.

Pomoc niesiona sobie nawzajem nie tylko czyni podjęte dzieło bardziej doskonałym, ale także wzmacnia więź i rodzi wdzięczność. Współdziałanie i współ-pomaganie mężczyzny i kobiety dotyczy wzajemnego rozwoju, wspólnej pracy, życia małżeńskiego i rodzinnego, budowania jedności seksualnej, przekazywania i pielęgnowania życia, wychowywania dzieci, bycia świadectwem dla wielu. Ich relacje nie mogą opierać się na: niezdrowej i niszczącej rywalizacji, walce o dominację, podporządkowywaniu sobie drugiego i zwalczaniu siebie nawzajem, ale na miłości, „która nie wyrządza zła drugiemu”¹ lecz stara się być darem. Wspólnym zadaniem kochających się małżonków jest: pielęgnowanie wzajemnej bliskości, troska o wierność, budowanie zaufania, wczuwanie w troski i potrzeby współmałżonka, podejmowanie konkretnych czynów dla jego dobra (zob. Braun-Gałkowska, 1994, s. 106-107; Dudziak, 2002, s. 25-29).

Wyrażanie wzajemnej miłości powinno dokonywać się za pomocą: słów, gestów, czynów, wspólnie przeżywanego czasu i wzajemnego obdarowywania się zarówno konkretnymi prezentami, jak i sobą samym. Staraniu o to, by współmałżonek czuł się kochany sprzyja odkrycie tego z pięciu języków miłości, który jest dla niego najważniejszy². Posługiwanie się tym językiem czyni sposób wyrażania miłości szczególnie zrozumiałym i adekwatnym do odczuwanych potrzeb (zob. Chapman, 2009).

Świadczenie pomocy kobiecie ułatwia mężczyźnie jego większa niż jej siła fizyczna i wynikające z większej ilości testosteronu męstwo. Pomocą mogą być również częstsze u płci męskiej zdolności do abstrakcyjnego myślenia, zainteresowania techniczne i mechaniczne, dążenie do finalnych rozwiązań (Braun-Gałkowska, 1990, s. 105-108). Niesienie pomocy mężczyźnie ułatwia kobiecie jej empatia, komunikatywność, zręczność, dokładność, poczucie estetyki, religijność (tamże). W obu jednak przypadkach, oprócz faktu komplementarności i zdolności do podejmowania działań przydatnych dla drugiej płci, konieczna jest gotowość ich podjęcia, chęć autentycznego wsparcia konkretnej osoby, ułatwienia komuś życia i niesienia radości drugiemu.

Somatyczne różnice obu płci są uwarunkowane fizjologicznie. Ich występowanie, podobnie jak fakt fizycznego rozwoju człowieka, nie są specjalną zasługą konkretnych osób. Natomiast różnice psychiczne, jak i cały rozwój osobowościowy, zarówno w sferze intelektualnej, jak i emocjonalnej wymagają tego, by nie poprzestać na konstytutywnych cechach odziedziczonych po przodkach, ale podjąć systematyczny wysiłek związany ze sprzyjającą rozwojowi aktywnością własną. Rozwój ten uwarunkowany jest nie tylko genetycznie, ale także kulturowo. Znaczący wpływ na psychiczne dojrzewanie i doskonalenie człowieka ma oddziały-

¹ Rz 13, 10.

² *Przypis redakcji:* Tzw. 5 języków miłości, czyli formy okazywania miłości i ich znaczenie były omawiane na łamach Kwartalnika, np. w nr 3 z 2016 roku (s. 65-69).

wanie środowiska, troska wychowawcza rodziców i innych autorytetów wychowujących, ale także odpowiedzialność za siebie samego. Niektóre cechy psychiczne ze względu na oddziaływania fizjologiczne mogą być bardziej typowe dla płci żeńskiej, inne dla męskiej. Przykładem jest zmienność usposobienia powiązana z określonymi fazami kobiecego cyklu miesięczkowego. Doświadczanie wciąż powtarzających się zmian we własnym życiu może sprzyjać zdolności wczuwania się w zmieniające się nastroje i odczuwane problemy innych ludzi. Z kolei stałość hormonalna mężczyzny ułatwia mu stałość i konsekwencję postępowania. Obie jednak właściwości, zarówno empatia, jak i stała konsekwencja, są potrzebne w zachowaniach i relacjach międzyludzkich obu płci (tamże). Zrównoważony sposób bycia, umiejętność komunikowania się z innymi i wczuwanie w czyjeś potrzeby i troski to właściwości nieodzowne w kształtowaniu odniesień społecznych i mężczyzn i kobiet. Ich nabycie i manifestowanie w codziennych kontaktach wymaga osobistych starań, konkretnej pracy nad sobą, podjęcia odpowiedzialności za siebie i innych, zgody na podejmowany nieustannie trud doskonalenia siebie i własnego rozwoju.

Zdarza się jednak, pod wpływem zaburzeń somatycznych lub oddziaływań społecznych, że człowiek wzdraga się przed podejmowaniem zachowań uznawanych jako typowe dla danej płci. Możliwą przyczyną psychospołeczną mogą być lansowane stereotypy, błędy wychowawcze i edukacyjne, presja określonych grup społecznych, trendy kulturowe, lansowane mody.

2. Ekspansja gender

Podstaw dla ideologii gender można doszukiwać się w anty-natalistycznych poglądach Thomasa Roberta Malthusa (1760-1834), Paula R. Ehrlicha (ur. 1932), Klubu Rzymskiego, ruchów feministycznych, homoseksualnych i organizacji aborcyjnych. Kolejną podstawę stanowią poglądy tych marksistów, którzy typową dla swego nurtu walkę klas zaczęli przenosić na relacje kobiet i mężczyzn. Amerykańska specjalistka do spraw problematyki gender Dale O'Leary zwraca uwagę, że już w 1884 r. Engels pisał, iż „W historii, za pierwszorzędny antagonizm należy uznać antagonizm między mężczyzną i kobietą w monogamicznym małżeństwie, a za pierwszorzędny ucisk - ucisk kobiety przez mężczyznę”³.

Znaczące fundamenty dla tej ideologii położyła żyjąca w latach 1879 – 1966 Margaret Sanger - amerykańska feministyczna aktywistka, propagatorka antykoncepcji, aborcji eugenicznej i sterylizacji osób „nieprzystosowanych”, założycielka Amerykańskiej Ligi Kontroli Urodzeń - *American Birth Control League*

³ „Gender” – nowa, niebezpieczna ideologia. Z Dale O'Leary – amerykańską specjalistką od ideologii „gender” – rozmawia Włodzimierz Rędzioch.
http://www.niedziela.pl/arttykul_w_niedzieli.php?doc=nd200549&nr=11 (dostęp 20 grudnia 2015).

(ABCL – 1921 r.). Liga ta w 1942 r. zmieniła nazwę na Międzynarodową Federację Planowanego Rodzicielstwa (IPPF – *International Planned Parenthood Federation*) (Kuby, 2013, s. 34) i istnieje do dziś. Nie uczy jednak małżonków odpowiedzialnego rodzicielstwa, lecz szerzy, sprzeczną z katolicką moralnością, edukację seksualną i niedopuszczalne moralnie metody planowania dzietności rodziny. W 1952 r., jak pisze Gabriele Kuby „założono niemiecką gałąź tej organizacji – Pro Familia. Ta nazwa jeszcze bardziej niż IPPF zwodzi rzekomą przyjaznością wobec rodziny. Ta organizacja <<popiera rodzinę>> przez to, że jest współodpowiedzialna za około 77% aborcji w Niemczech” (tamże, s. 34-35)⁴.

Margaret Sanger - jak przypomniała w referacie podczas sympozjum „Dylematy dotyczące ludzkiej płodności” Małgorzata Walaszczyk – już w 1914 roku na łamach miesięcznika *The Woman Rebel* pisała, że małżeństwo to „zdegenerowana instytucja”, a czystość seksualna to obsceniczna pruderia⁵. Zdaniem Margaret Sanger „Kobieta jest upośledzona przez to, że jest żoną i matką. Trzeba uwolnić kobietę od tego haraczku, od tej pańszczyzny, jaką jest ciąża, rodzenie dzieci, zajmowanie się dziećmi”⁶. W związku z tym „założyła klinikę kontroli urodzeń, zainicjowała w 1927 roku I Światowy Kongres Kontroli Urodzeń w Genewie, rozpoczęła masowy ruch „wolnego seksu”, finansowała badania prowadzące do stworzenia pigułki antykoncepcyjnej, z niewiarygodnym uporem walczyła o zmianę prawodawstwa, aż w końcu w 1965r. Sąd Najwyższy USA uznał zakaz używania środków zapobiegania ciąży za sprzeczny z konstytucją” (Kuby, 2013, s. 35).

Wśród pionierów rewolucji genderowej Gabriele Kuby wymienia: - Aleksandrę Kołłątaj (1872-1972) odpowiedzialną za rosyjską legalizację rozwodów i aborcji, za organizację „komun małżeńskich” i propagowanie „wolnej miłości”; - Wilhelma Reicha (1897-1957) zalecającego seksualizację mas, począwszy od dzieci; - homoseksualistę Magnusa Hirschfelda (1868-1935) dążącego do zniesienia tożsamości płciowej i uznającego, że porządek dwupłciowy powinien zostać zastąpiony radykalnym indywidualizmem seksualnym; - trzech specjalistów behawioryzmu, public relation i komunikacji publicznej zajmujących się tak zwaną inżynierią mas: Johna Watsona (1878-1958), Eddiego Bernaysa (1891-1995) i Bernharda Berelsona dążących do sterowania ludzkim zachowaniem dla określonych celów bez wiedzy osób poddawanych manipulacji; - Alfreda Charlsa Kinseya (1894-1956), który swymi zafałszowanymi badaniami zdążył do demontażu dotychczasowych postaw wobec seksualności w kulturze zachodniej; - Johna Moneya (1921-2006) twórcę pierwszej w świecie kliniki operacyjnej zmiany płci;

⁴ Zob. też: www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/spin0202.pdf.

⁵ M. Walaszczyk, *Seks a płęć. Ideologia gender. Założenia i praktyka*, w: Sympozjum „Dylematy dotyczące ludzkiej płodności”, Warszawa UKSW 16 listopada 2013.

⁶ „Gender” – nowa, niebezpieczna ideologia. Z Dale O’Leary – amerykańską specjalistką od ideologii „gender” – rozmawia Włodzimierz Rędzioch dz. cyt.

Simone de Beauvoir (1908-1986), autorkę feministycznej książki „Druga płeć”, żyjącą w przedłużanym co 2 lata związku z Jeanem-Paulem Sartre’em, eksperymentującą ze współżyciem lesbijskim i w trójkątach, głoszącą i - wraz ze swym partnerem - realizującą hasło wolnego seksu, będącą przeciwniczką macierzyństwa, traktującą ciążę jako „obrzydlistwo”, płód jak „pasożyt” i „tkankę mięsną”, propagującą aborcję i radykalny feminizm sprzeciwiający się normom moralnym, małżeństwu i rodzinie, ukierunkowujący na „bezkompromisową walkę z mężczyznami” (tamże, s. 30-54)⁷.

Nieznająca jeszcze, współcześnie przypisywanego, znaczenia słowa gender amerykańska antropolog kulturowa, biseksualistka Margaret Mead (1901–1978) głosiła, że „wszystkie cechy osobowości, które kategoryzujemy jako męskie bądź kobiece, są luźno powiązane z płcią biologiczną i nie wynikają z natury ludzkiej, lecz na drodze socjalizacji kształtuje je kultura”⁸. W ten sposób przyczyniła się do wyznaczenia semantycznego zakresu genderyzmu.

Jednoznacznie genderowe poglądy o uwikłaniu człowieka w płeć przedstawione zostały w wydanej w 1990 roku książce *Gender Trouble: Feminism and The Subversion of Identity*. Autorką książki jest urodzona w 1956 r. Judith Butler amerykańska profesor literaturoznawstwa, aktywna lesbijka. Przedstawiana przez nią koncepcja dotyczy płci kulturowej kreowanej poprzez akty performatywne, takie jak słowa tworzące rzeczywistość. Płeć biologiczna uznawana jest za dyskursywną, zależną od kultury. Jej rozumienie, podobnie jak płeć kulturową, Judith Butler uznaje za konstrukt społeczny (Butler, 1990).

Ostateczne zawłaszczenie przez radykalne feministki terminu gender i zastąpienie nim angielskiego słowa „sex” oznaczającego płeć, nastąpiło podczas zorganizowanej przez ONZ IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet obradującej w dniach 4-15 września 1995 roku w Pekinie. Jak stwierdza w wywiadzie przeprowadzonym przez Cezarego Sękalskiego Gabriele Kuby: „zamiarem osób wprowadzających do obiegu pojęcie *gender* było wypieranie i likwidacja pojęcia dwóch płci. Ideologia ta mówi nam bowiem, że mamy więcej niż dwie płcie, bo oprócz heteroseksualnych kobiet i mężczyzn są także homoseksualni mężczyźni, homoseksualne kobiety, osoby biseksualne i transseksualne. Słowo „*gender*” miało zatem sugerować możliwość wyboru jednej z tych możliwości, czyli każdy człowiek powinien mieć możliwość wybierania swojej płci” (Sękalski, Kuby, 2014, s. 19-28). Zmiany płci i zachowań z nią związanych to wyraźne zaprzeczenie ludzkiej tożsamości płciowej. Celem działań osób, które jak Judith Butler promują *gender*

⁷ Zob. też. Kadra Realizatorów Ogólnopolskiej Strategii Promocji Rodziny, *Gender – cywilizacja śmierci*, Warszawa: [b.w.] 2013, s. 9-13; O seksualnych ekscesach i feministycznych poglądach Simon de Beauvoir pisze szczegółowo: L. Laurenzi, *Najsłynniejsze historie miłosne XX wieku*, Warszawa Wydawnictwo Książkowe Twój Styl 2004, s. 120-141.

⁸ Kadra Realizatorów Ogólnopolskiej Strategii Promocji Rodziny, *Gender – cywilizacja śmierci*, s. 10.

study, jest zniszczenie tożsamości kobiety i mężczyzny oraz zniesienie prawnego zakazu kazirodztwa.

Kiedyś, jak przedstawiają w rozmowie Mariusz Staniszewski i Konrad Szymański teoria gender mogła być uznawana za pewien rodzaj lansowanej mody, potem za ideologię, obecnie za politykę mającą na celu „wymuszanie zmiany kulturowej” (Szymański, Staniszewski, 2014, s. 68-74). To „przemoc naznaczona ideologiczną nieufnością do rodziny i tradycyjnych norm społecznych”, to wynaturzenie pierwotnych idei związanych z kobiecością i męskością dalekie od stawianych przed laty żądań równości praw kobiet i mężczyzn, to próba obalenia praw rodziców „do wychowywania dzieci zgodnie z indywidualnymi wyborami filozoficznymi, religijnymi i tożsamościowymi”, to sposób systematycznej demoralizacji seksualnej dzieci, atak na rodzinę (tamże), to neomaltuzjańskie, antynatalistyczne działania hamujące ludzką zdolność przekazywania życia.

Polityka genderowa zakłada: dekonstrukcję odmienności płci, kontrolę urodzeń, uznanie aborcji za prawo człowieka, promocję zachowań nieheteroseksualnych, legislację związków, a nawet „małżeństw” homoseksualnych z prawem do adopcji dzieci, przywileje dla gejów, lesbijek, biseksualistów, osób transgenderycznych i queer, genderyzację polityki, nauki, sądownictwa, szkoły i przedszkola, społeczeństwa, wprowadzenie zmian językowych (Kuby, 2013, s. 71-78; 86-93; 103-108; 141-165).

Dzieci, ze względu na swą osobową godność, ale także jako przyszłość narodu i świata, wymagają obrony i troski, która wspomaga rozwój, a nie degraduje.

3. Skutki fałszowania rzeczywistości

Niepokój odnośnie do rezultatów ingerowania w ludzką płć powinien pojawić się już przy analizie życiorysów osób proponujących tezy genderowe, bowiem działania niosące określone skutki mają też swoją przyczynę. Tego typu związki przyczynowo-skutkowe ujawnia interpretacja zachowań jednego z prekursorów genderyzmu przedstawiona przez Gabriele Kuby: „Hirschfeld próbował przezwyciężyć bolesną sprzeczność między własnym homoseksualizmem a ocenianiem tej skłonności jako deformacji i perwersji poprzez zniesienie tożsamości w ogóle. Tym samym stał się prekursorem ideologii gender” (Kuby, 2013, s. 43). Jednoznaczne jest również, jaki wzorzec postępowania niesie i jaki autorytet wychowawczy stanowi osoba, która - jak Simone de Beauvoir - żyje z partnerem bez ślubu, na bazie odnawianej co 2 lata umowy, „z prawem do zdrad i obowiązkiem opowiadania sobie o wszystkim do najmniejszego szczegółu (...) dzieląc się sobą z tabunem przyjaciół i przyjaciółek, uczniów, kochanków, sekretarek, dam do towarzyszenia, faworyt, wspólnych narzeczonych” (Laurenzi, 2004, s. 121), przekazując sobie kochanków i kochanki, podejmując współżycie z osobami różnej i

tej samej płci, także w trójkątach. Jedna z kochanek Sartre'a i Beauvoir, 17. letnia Bianca tak relacjonuje związek z tą rozwiązłą parą: „Widzieli we mnie dziewczynę, którą trzeba wytresować, z którą mogliby się zabawiać”, po latach zaś, gdy wyszła za mąż za studenta Sartre'a Bernarda Lamblina i zaszła w ciążę stwierdziła, że „nie zapomni nigdy ich źle skrywanego obrzydzenia na widok wypukłości jej brzucha” (tamże, s. 127). Matka kolejnej studentki Nataszy Sorokin oskarżyła Simon de Beauvoir o uwiedzenie nieletniej, co skutkowało rocznym zawieszeniem prawa prowadzenia zajęć (tamże).

Uprawnionym wydaje się być stwierdzenie, że wiele poglądów i zachowań seksualnych osób, uznanych za prekursorów genderyzmu, pozostaje w sprzeczności z normami moralnymi chroniącymi życie małżeńskie i rodzinne. Fakt ten może rodzić obawy, że wcielanie w życie głoszonych przez nich teorii może być dla funkcjonowania rodzin i poszczególnych ich członków wysoce niekorzystny. Odniesienie do norm regulujących zachowania seksualne i prokreacyjne oraz uczciwość w podejściu do badań naukowych można uznać za miernik przydatności i dopuszczalności głoszonych teorii.

O negatywnych skutkach zmiany płci, zarówno dla konkretnych osób, jak i członków ich rodziny świadczy eksperyment dr Johna Moneya. „*Twierdził [on], że dziecko nie rodzi się z płcią, która do pewnego momentu jest płynna, ale nabywa ją przez wychowanie i socjalizację, a co za tym idzie, może być ona zmieniana przez odpowiednią interwencję behawioralną.*”⁹ Znany z badań nad hermafrodytyzmem John Money twierdził, że płeć nowonarodzonego dziecka jest neutralna i chłopca można bez trudu wychować "na dziewczynkę", a dziewczynkę "na chłopca"¹⁰ To właśnie próbował udowodnić, przekonując zamieszkujących w Winnipeg Janet i Ronalda Reimerów do zmiany płci u jednego z ich synów bliźniaków po przeprowadzeniu nieudanego zabiegu usunięcia chłopcu stulejki. W ten sposób, badacz mógł mieć okazję do szczegółowych porównań, ponieważ równocześnie jednego z jednojajowych braci bliźniaków (Braiana) wychowywano jako chłopca, drugiego (Bruce'a) jako dziewczynkę. 22 – miesięcznemu Bruce'owi usunięto męskie genitalia, wytworzono namiastkę waginy, nadano imię Brenda i postanowiono ukryć prawdę o zmianie płci. W literaturze opisano tę sytuację jako przypadek Johna i Joany (Colapinto, 2006). „*Zgodnie z tym co pisał (...) John Money wszystko było sukcesem. Chłopiec po operacji stał się dziewczęcy, a jego płeć kulturowa zdominowała biologiczne dziedzictwo. Z rozmów z rodzicami wychwytywał przede wszystkim to, co potwierdzało słuszność jego teorii, a jednocześnie starał się przekonać skonstruowaną przez siebie Brendę, by poddała się kolejnej operacji, po której miała stać się "prawdziwą kobietą". Bliźniacy wspominali później także, że często pokazywał im pornografię, kazał się rozbierać oraz*

⁹ Kadra Realizatorów Ogólnopolskiej Strategii Promocji Rodziny, Gender – cywilizacja śmierci, s. 10.

¹⁰ T. Borejza, Chłopiec, którego zmieniono w dziewczynkę, 7 sierpnia 2012.

<http://kobieta.onet.pl/dziecko/chlopiec-ktorego-zmieniono-w-dziewczynke/t0wzw> (dostęp 23 grudnia 2015).

porównywać genitalia, a podczas jednej z sesji miał nawet zmusić dzieci, by odgrywały scenki rodzajowe, w których Brenda wchodziła w rolę kobiety. (...) Sukcesy były jednak naukową fikcją¹¹. Brenda wybierała chłopięce zabawki, chciała zostać śmieciarzem, doświadczała przykrości od rówieśników, ponieważ dziewczynki nie akceptowały jej ze względu na zbytnią chłopięcość, a chłopcy nie chcieli bawić się z dziewczyną. W miarę dorastania ujawniały się u niej męskie gesty, postura, sposób chodzenia, nazywano ją bezosobowo „to”. Mimo podawania żeńskich hormonów umożliwiających wytworzenie piersi i ograniczenie cech męskich samopoczucie Bruce’a, który stał się Brendą było tak niekomfortowe, że doprowadziło do prób samobójczych. Po ujawnieniu prawdy, 19. letni Bruce poddał się: operacji usunięcia kobiecych piersi, rekonstrukcji penisa i zmianie imienia na David. W wieku 21 lat ożenił się z kobietą mającą troje dzieci, dla których stał się ojcem. Kiedy wydawało się, że wszystko już będzie układać się pomyślnie w 2002 roku jego bliźniaczy, chory psychicznie brat popełnił samobójstwo. David doświadczający tylu problemów z własną płcią obwinił się za śmierć swego brata, co również, w 2004 roku, przyczyniło się do jego samobójczej śmierci. Eksperyment Johna Moneya mający udowodnić w kształtowaniu płci wyższości wychowania nad naturą nie przyniósł rezultatów zgodnych z oczekiwaniami. Autor pomysłu nigdy jednak „nie przyznał się do porażki, do końca życia pozostając uznanym naukowcem”¹².

W informatorze dla rodziców i nauczycieli pt. *Edukacja seksualna według gender* Zbigniew Barciński przedstawia założenia genderowej edukacji seksualnej. Jest wśród nich: rozbudzenie seksualne dziecka, zachwianie pewnością dziecka, że jest chłopcem lub dziewczynką, przymus uczestnictwa w genderowej edukacji seksualnej pod realną groźbą kar sądowych za odmowę posyłania dzieci na tego typu zajęcia (Barciński, 2014). O realności tego typu założeń świadczą opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Federalne Biuro Edukacji Zdrowotnej w Niemczech (BZgA) *Standardy Edukacji seksualnej w Europie Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*¹³. Wprowadzenie tego typu zaleceń do edukacji szkolnej prowadziłoby do: zakłócenia prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, łamania praw rodziców do wychowania własnego dziecka, łamania przepisów Kodeksu Karnego poprzez doprowadzanie dzieci i młodzieży do „poddania się innej czynności seksualnej lub jej wykonania”¹⁴.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ Biuro Regionalne WHO dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej BZgA, *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*, Lublin Wydawnictwo Czelej Sp. Z o. o. 2012.

¹⁴ W polskim prawie przewidziane są kary za podjęcie lub poddanie się czynnościom seksualnym, do których może doprowadzić presja seksualna i deprawacja małoletnich niezdolnych do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swym postępowaniem z wykorzystaniem ich bezradności i stosunku zależności Art. 198 Kodeksu Karnego oraz §2 i §3 art. 199. W marcu 2014 r. Stowarzyszenia Pedagogów NATAN skierowało do Prokuratora Generalnego RP zawiadomienie o możliwości popełniania przestępstwa przez rozpowszechnianie „Standardów edukacji seksualnej w Europie”. Zdaniem tych pedagogów jest „to dokument przestępczy. Wielokrotnie zachęca do popełniania

Rozległość negatywnych skutków genderowego przekazu na społeczeństwo może być znaczna ze względu na szerokość oddziaływań poprzez: medycynę, prawo, kulturę i sztukę upowszechnianą także poprzez środki społecznego przekazu oraz wprowadzane na uczelnie kierunki *gender study*.

Rewolucja genderowa, jak pisze Gabriele Kuby w książce o tej *nowej ideologii seksualności* nie służy ani tym, których dotyczy, np. homoseksualistom, ani dobru młodzieży, ani społeczeństwu (Kuby, 2007). Świadczy o tym zwiększona zapadalność na AIDS wśród homo i biseksualistów (w latach 2003/2004 – 72% nowych zachorowań w tej grupie); znaczna liczba homoseksualnych partnerów (średnio około kilkuset w życiu), częstsze nerwice lękowe, depresje, nadużywanie alkoholu i narkotyków, wyższa przemoc domowa w związkach gejów i lesbijek niż w małżeństwach; wyższa skłonność do samobójstw zwłaszcza wśród chłopców homoseksualistów; niższa oczekiwana długość życia u homo i biseksualistów (tamże, s. 84-85).

Oferowanie dzieciom w bajkach (Richardson, Parnell, 2009), programach przedszkolnych (Dzierzgowska, Piotrowska, Rutkowska, 2011) i edukacji szkolnej (Biedroń, 2007) homoseksualizmu, biseksualizmu i transseksualizmu jest wykroczeniem przeciwko prawu dziecka do niczym niezakłóconego rozwoju. To wykroczenie jest szczególnie naganne, gdy dopuszczają się go autorytety wychowujące, których główną odpowiedzialnością powinna być troska o formację młodego pokolenia, a więc wszechstronna pomoc, a nie zadawana krzywda. Naganność genderowej edukacji potęguje fakt, że dzieci wchodzące w okres dojrzewania potrzebują wzmacniania tożsamości płciowej i wskazywania prawidłowości w funkcjonowaniu obu płci, potrzebują pokazania obrazu dojrzałej, odpowiedzialnej i kochającej kobiety oraz dojrzałego, odpowiedzialnego i kochającego mężczyzny, potrzebują pokazania normy w pomyślnych relacjach i komplementarnym współdziałaniu między płciami a nie wprowadzania ich w stan dezorientacji poprzez informacje o różnego rodzaju zaburzeniach płciowych. Nakłanianie do czynów homoseksualnych, zaciekawienie, pornografia homoseksualna, pobudzenia seksualne, próby aktywności homoseksualnej, krytyczne nastawienie do wiary i jej odrzucenie w przekonaniu, że „narusza prawo człowieka do wolnego wyboru orientacji płciowej” to wszystko może przyczyniać się do stwierdzonego przez Amy Butler „znacznego wzrostu praktyk homoseksualnych wśród młodzieży” (Kuby, 2007, s. 86; Butler, 2000, s. 334-343).

Zamiast zapobiegania konfliktom okresu dojrzewania i pracy nad ich rozwiązywaniem, nasuwającą się alternatywą staje się dziś refleksja nad możliwością zmiany płci. Podobnie u osób dorosłych, zamiast odpowiedzialnego rozwiązywania

przestępstw, Zmierza do deprawacji i demoralizacji nauczycieli i pedagogów, a za ich pośrednictwem – do deprawacji i demoralizacji dzieci i młodzieży” (Barciński, 2014, s. 21).

problemów i pokonywania życiowych trudności istnieje pokusa ucieczki od tego i zaistnienia „inaczej” poprzez zmianę płci (Kuby, 2007, s. 88).

Promowanie zmiany płci, praktyk homoseksualnych i aborcyjnych jest społecznie niekorzystne nie tylko ze względu na brak odpowiedzialności psychoseksualnej i moralnej, ale także ze względu na aspekt demograficzny. Gdyby wszyscy członkowie społeczeństwa podjęli tego typu działania, ich społeczne skutki sięgałyby nie tylko zagubienia własnej tożsamości jednostek, wypaczenia relacji między płciami, problemów socjalno-ekonomicznych związanych z utrzymaniem starzejącego się społeczeństwa, ale także obumarcia cywilizacji i kresu całej ludzkości. Powiązana z permissywizmem moralnym samowola i swawola w zarządzaniu własnym ciałem i deprawacja młodego pokolenia nie jest tylko prywatną sprawą jednostki. To poważny problem społeczny wiodący do upadku kultury oraz świata przyjmowanych i przekazywanych wartości. *„Dorośli, u których seksualność popędowa wymknęła się spod kontroli nie mogą być dobrym ojcem i dobrą matką, ponieważ w ten sposób nie nauczą się panowania nad sobą i przewycięzania egoizmu, nie nauczą się rezygnacji i pełnego miłości poświęcenia”* (tamże, s. 90).

Zakończenie

Próba indoktrynacji młodego pokolenia przez zwolenników teorii gender, upatrujących w niej zakamuflowanie swoich problemów lub sposób zarobkowania, ważniejszy niż dobro wchodzącego w dojrzałe życie człowieka, zasługuje na szczególnie negatywną ocenę. Narzucanie tych treści w programach szkolnych i przedszkolnych jest przejawem nieliczenia się z wymogami stawianymi przez psychologię rozwojową, pedagogikę, etykę, dydaktykę. Wymogi te to zwłaszcza: przekazywanie prawdy, kultura pedagogiczna, pragnienie rzeczywistego dobra człowieka, dostosowanie przekazywanych na danym poziomie wiadomości do potrzeb i możliwości poznawczych jednostki. Orientacja w treściach edukacji genderowej czyni koniecznym przypomnienie tego, że szczegółowa analiza zaburzeń seksualnych to tematyka specjalizacji psychologii klinicznej i seksuologii, a nie programów edukacji wczesnodziecięcej, czy młodzieżowej. Projekcja własnego problemu na całe społeczeństwo, roszczenia zmiany prawa i edukacji, bądź żądanie dostosowania działań pracowników służby zdrowia do swoich wyobrażeń to wyraz samooszukiwania się i mechanizm obronny nie służący ani - wpisanemu w prawidłowy rozwój człowieka - dążeniu do doskonałości, ani dobru społeczeństwa.

Próba modyfikowania płciowości skazana jest na porażkę i niesie wiele negatywnych skutków. Akceptacja własnej płci i życie zgodnie z nią, chęć obdarowywania innych swoimi talentami, docenienie drugiego człowieka i otwartość na jego dary, szacunek dla męskości i kobiecości, promieniowanie

ojcostwem i macierzyństwem duchowym, rozwój zdolności do miłości, odpowiedzialność za siebie i innych to fundamenty współistnienia i współdziałania, z drugimi i dla drugich. Te wartości przekazywane z pokolenia na pokolenie są gwarancją ciągłości ludzkiego życia, cywilizacji i kultury. Ich zachowanie jest warunkiem ocalenia godności człowieczeństwa.

Bibliografia:

- Barciński Z. (2014), *Edukacja seksualna według gender. Informator dla rodziców i nauczycieli*, Lublin: Wydawnictwo Natan.
- Biedroń R. (2007), *Tęczowy elementarz, czyli (prawie) wszystko, co chcielibyście wiedzieć o gejach i lesbijkach*, Wrocław AdPublic.
- Biuro Regionalne WHO dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej BZgA (2012), *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*, Lublin Wydawnictwo Czelej Sp. Z o. o.
- Borejza T. (2012), *Chłopiec, którego zmieniono w dziewczynkę*.
<http://kobieta.onet.pl/dziecko/chlopiec-ktorego-zmieniono-w-dziewczynke/t0wzw> (dostęp 23 grudnia 2015).
- Braun-Galkowska M. (1990), *Psychologia domowa*, Olsztyn: Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne.
- Braun-Galkowska M. (1994), *W tę samą stronę, Książka dla nauczycieli o wychowaniu i lekcjach wychowawczych*, Warszawa: Wydawnictwo Krupski i S-ka
- Butler A. (2000), Trends In Same-Gender Sexual Partnering, 1988-1998, *Journal of Sex Research*, nr 37, s. 334-343.
- Butler J. (1990), *Gender Trouble: Feminism and The Subversion of Identity*, New York, London: Routledge.
- Chapman G. (2009), *Sztuka wyrażania miłości w małżeństwie. Jak okazywać miłość, by twój partner czuł się kochany*, przekł. K. Pawłusiów, Warszawa Vocatio.
- Colapinto J. (2006), *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as A Girl*, New York: Harper Perennial.
- Dudziak U. (2002), *Wychowanie do miłości. Materiały dla nastolatków, ich rodziców i nauczycieli*, Częstochowa: Educator.
- Dudziak U. (2004), *Seksualność, (w:) Wychowanie do życia w rodzinie. Słownik pojęć*, red. K. Ostrowska, s. 162, Kraków: Rubikon.
- Dzierzgowska A., Piotrowska J., Rutkowska E. (2011), *Równościowe przedszkole – Jak uczynić wychowanie przedszkolne wrażliwym na płeć*, Wrocław: Fundacja Edukacji Przedszkolnej.

- „Gender” – nowa, niebezpieczna ideologia. Z Dale O’Leary – amerykańską specjalistką od ideologii „gender” – rozmawia Włodzimierz Rędzioch
http://www.niedziela.pl/artukul_w_niedzieli.php?doc=nd200549&nr=11
 (dostęp 20 grudnia 2015).
- Krawczuk A. (1988), *Zapłodnienie*, (w:) *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*, S. Soszka (red.), Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kuby G. (2007), *Rewolucja genderowa. Nowa ideologia seksualności*, przekł. M. Urban, D. Jankowska, Kraków: Wydawnictwo Homo Dei.
- Kuby G. (2013), *Globalna rewolucja seksualna. Likwidacja wolności w imię wolności*, przekł. D. Jankowska, J. Serafin, Kraków: Wydawnictwo Homo Dei.
- Laurenzi L. (2004), *Najsłynniejsze historie miłosne XX wieku*, Warszawa: Wydawnictwo Książkowe Twój Styl.
- Ostrowski K. (1982), *Embriologia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Putyński L. (2004), *Płciowość*, (w:) *Wychowanie do życia w rodzinie. Słownik pojęć*, K. Ostrowska (red.), (s. 155), Kraków: Rubikon.
- Richardson J., Parnell P. (2009), *Z Tango jest nas troje. Ilustracje Henry, Cole*. Warszawa: Wydawnictwo AdPublic.
- Sękalski C., Kuby G. (2014), *Stop ideologii gender*, (w:) *Gender kontrrewolucja*, (s. 19-28), Kraków: Wydawnictwo M.
- Szymański K., Staniszewski M. (2014), *Genderowy zamach na wolność*, (w:) *Gender kontrrewolucja*, (s. 68-74), Kraków: Wydawnictwo M.
- Walaszczyk M. (2013), *Seks a płć. Ideologia gender. Założenia i praktyka*, (w:) *Dylematy dotyczące ludzkiej płodności*, Warszawa: UKSW.
- www.dijg.de
www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/spin0202.pdf.

dr Weronika Juroszek
University of Silesia, Katowice
prof. UKSW, dr hab. Maria Rys
Institute of Psychology WFCH
University of Cardinal Stefan Wyszyński, Warsaw

**The attachment-forming effects
of the first sexual relationship**
**Consequences of dissolution of the first sexual relationship
in light of attachment theory**

Introduction

Attachment theory is founded on the premise that early mother-infant relations provide a matrix for an individual's future relationships with other persons. While this thesis is now universally accepted, it seemed revolutionary in the 1940s and 1950s, in the face of the prevailing psychoanalytical paradigm represented by Melanie Klein, Anna Freud, and others who did not appreciate the significance of external reality in personality formation.

Research into attachment was initiated by John Bowlby, who was inspired by ethological studies concerning parental behaviors in mammals. The point of departure for his theory was observation of children separated from their mothers, who had difficulties bonding with a new caregiver. Obstacles to the formation of affectionate and happy relationships by children separated from the mother-figure were corroborated by Bowlby's student, Mary Ainsworth, who found that such children develop an insecure (avoidant or anxious-ambivalent) attachment style. This is important in that attachment styles are relatively stable, persist in adulthood, and become activated primarily in close (e.g., romantic) relationships (Hazan, Shaver, 1987).

Thus, attachment styles, which are largely shaped by the parents, determine the quality of romantic relationships. An individual who had a close and warm relationship with his or her parents is likely to seek a committed romantic relationship with a member of the opposite sex (Hazan, Shaver, 1987; Manlove, Wildsmith, Ikramullah, Terry-Humen, Schelar, 2012; Farahani, Cleland, Mehryar, 2011; Mmari, Kaggwa, Wagman, Gray, Wawer, Nalugoda, 2013). On the other hand, a satisfying romantic relationship may also to some degree compensate for attachment-related problems stemming from childhood. Naomi Moller, Christopher

McCarthy, and Rachel Fouladi (2002) examined earned attachment security and its relationship to coping resources and stress symptoms among college students following relationship breakup. Individuals reporting an insecure childhood attachment but current attachment security were found to be similar on measures of current distress and resources for coping to those with both current and childhood attachment security.

According to Cindy Hazan and Philip Shaver, there are many similarities between relationships with the mother-figure and with a romantic partner: the same neurohormonal mechanisms are responsible for emotional and behavioral dynamics, the types of individual differences observed in mother-infant relationships are akin to those found in romantic ones, and individual differences in the attachment behaviors of adults reflect their expectations and beliefs (pertaining to themselves and to intimate relationships) arising from their history of attachment experience (Hazan, Shaver, 1994).

Bowlby demonstrated the importance of the mother-infant relationship by examining the consequences of its disruption, which manifest themselves in disturbed responses, especially in the closest relationships. "Amongst these responses and processes and amongst forms of disturbance are, on the one hand, a tendency to make excessive demands on others and to be anxious and angry when they are not met, such as is present in dependent and hysterical personalities; and, on the other, a blockage in the capacity to make deep relationships" (Bowlby, 2007, p. 17).

In this paper, it is assumed that since the termination of the first close relationship with one's caregiver (usually mother) hampers the formation of a close attachment to other people, then perhaps also the dissolution of a significant romantic relationship may hinder the creation of a subsequent relationship. It is noteworthy that to date there have been no academic reports concerning the implications of dissolution of the first significant romantic relationship for the longevity of the next one. Thus, the question arises: do the factors which hinder the future formation of relations by a child following maternal separation may play a similar role in romantic relationships? In other words, does the breakup of the first significant romantic relationship create an obstacle preventing the formation of a new one?

Research shows that while matrimony remains one of the main goals in life among young people, the actual number of marriages has been on the decline. Therefore, future research should empirically verify to what extent this tendency results from prior emotional wounds or from the fact of having been abandoned (cheated, disappointed) by a previous partner. If this were the case, the "blockage in the capacity to make deep relationships" mentioned by Bowlby in reference to the mother-infant relationship would also be applicable to individuals disappointed by

their first romantic partner. To date, there have been no reports on the subject in the literature.

First, we need to precisely define “the first significant romantic relationship,” as opposed to, e.g., a childish infatuation. In the context of attachment theory, of particular importance are sensitivity and stability in mother-child relations, providing a sense of security in the event of distress. Ainsworth enumerates three functions of attachment relations: proximity maintenance, safe haven, and secure base. “This transference pattern corresponds to the attachment development stages discussed by Ainsworth. Obviously, the best object would be a person fulfilling these three functions at the same time (Fraley, Shaver 2008; Fraley et al. 2013)” (Plopa, 2008, p. 103). The above three elements also figure prominently in romantic attachment. Thus, the first significant romantic relationship can be characterized as one that is stable and offers a previously unknown sense of warmth and openness in relations with a partner perceived as providing protection and support (Mikulincer, Shaver, 2007).

An additional and important aspect of a romantic attachment is sexuality. “Love between man and woman in adult life differs from that between parents and children in that in an adult dyad both partners have a potentially similar status and power, and may be both objects of attachment and form attachments. Also the aspect of sex appeal comes into play. Thus, love between adults involves integration of attachment, care, and sexuality” (Plopa, 2008, p. 110). According to Mieczysław Plopa, “in the literature there are few works drawing on the idea of Hazan and Shaver on the role of the sexual behavioral system in the formation of close bonds in adult couples” (Plopa, 2008, p. 109).

In the mother-child relationship, biological factors are of paramount importance. While the mother can be replaced by another caregiver, it is common knowledge that caregivers are not usually attached to the child to the same degree as the biological mother. Indeed, the mother is attached to her child by a strong, biologically conditioned bond and maternal instinct. Also the child is equipped with a certain biological capacity involving the triggering of behaviors meant to induce close contacts with the parents (especially the mother) to enhance bonding.

These instinctive biological behaviors in mother-child relations are paralleled by romantic relationships, in which they are associated with sexuality. Thus, the question arises as to the significance of sexual intimacy, and especially the first sexual contact, in bonding between the partners. Does the dissolution of the first sexual relationship, similarly as in the case of maternal separation, hinder the formation of a new relationship? This paper addresses these issues with the aim of providing some preliminary answers.

The publications quoted in this work indicate that the more sexual partners an individual has had, the more difficult it is to successfully build a lasting romantic

relationship, especially in the case of women. This seems to support the attachment-forming effect of the first sexual relationship. Furthermore, other authors report negative psychological consequences caused by the breakup of a romantic relationship. Analysis of the association between mother-infant attachment and the first sexual relationship shows that both are strongly rooted in biology (drives). Therefore, the focus is on elucidating the effects of maternal and sexual drives, respectively, on relationship durability, as well as determining the implications of the imprinting process. Finally, the significance of touch in both types of relationships is discussed on the basis of, *inter alia*, Bowlby's observations and Harlow's classic study into primate development. All the evidence presented supports the hypothesis that the first sexual relation has an attachment-forming effect.

1. Negative consequences of dissolution of the first romantic relationship

Bowlby noted on many occasions that the termination of the mother-infant relationship gives rise to negative emotional states in the child involving protest, despair, depression, and general anxiety. Interestingly, it appears that individuals who have experienced a breakup with their romantic partner exhibit many similar symptoms. In what follows, I present the results of research demonstrating the adverse consequences of such a breakup. However, it should be borne in mind that many of the referenced studies did not ascertain whether the investigated romantic relationships were accompanied by sexual intimacy, and if so, whether they involved the first sexual intercourse.

Galena Rhoades, Scott Stanley and Howard Markman (2011) examined the impact of unmarried relationship breakup on psychological distress and life satisfaction among unmarried 18–35 year olds, of whom 36.5% had one or more breakups over a 20-month period. Experiencing a breakup was associated with an increase in psychological distress and a decline in life satisfaction. Similar results were reported by Miyashita Toshie and Saito Junko (2002) who examined adolescents' feelings and behaviors in the aftermath of the dissolution of a romantic relationship.

Experiences of trauma and depression resulting from romantic breakups were reported by Paul Boelen and Albert Reijntjes (2009), who examined negative cognitions in emotional problems following such events. The results showed that catastrophic misinterpretations about one's own reactions, global negative beliefs about the self, and cognitions reflecting self-blame were the strongest cognitive consequences of a breakup. This is consistent with the studies showing that posttraumatic stress symptoms and poor psychological well-being follow relationship dissolution (Chung, Hunt, 2014).

With respect to the subject matter of this paper, it should be noted that the pattern of attachment behavior described by Ainsworth is also valid for relationship breakups. For instance, Tara Collins and Omri Gillath (2012) investigated the connection between attachment styles and breakup strategies. Attachment anxiety was linked to strategies meant to keep open the option of getting back together, while attachment avoidance was linked to less direct breakup strategies. These results are in line with the work of Robert Weisskirch and Raquel Delevi (2012), who showed that attachment avoidance is associated with increased likelihood of technology use in relationship dissolution (Weisskirch, Delevi, 2012). In turn, Scott Madey and Lori Jilek (2012) found that more secure attachment was correlated with less apprehension about seeing the ex-partner, less blame assigned to the partner for breaking up, a lower likelihood of getting back into the relationship, and a readiness to start dating again.

Some studies suggest that the consequences of a breakup (as measured by the feeling of insecurity) are more severe for women than men. In a study conducted by Ann Ruvolo, Lisa Fabin, and Catherine Ruvolo (2001) individuals from 301 dating couples each rated their attachment characteristics. Five months later, 184 women and 138 men reported whether their relationships were intact or broken up and rated their attachment characteristics again. The results revealed that women became less secure after a breakup and more secure in the case of staying together. This indicates that maintaining a romantic relationship has a greater effect on the sense of security in women than in men.

2. Breakup with a sexual partner and difficulties with creating a new romantic relationship

Observed the behavior of children in orphanages and hospitals in the 1940s and 1950s, Bowlby was astonished by the fact that not everybody made the connection between a child's pain and the absence of the mother-figure. He noted that "at that time there was no agreement about the significance or relevance of these observations. Some challenged their validity; others recognised that the responses occurred but attributed them to almost anything but loss of mother-figure; yet others conceded that loss was a relevant variable but held that to mitigate its effects was not too difficult and that loss was therefore of less consequence for pathology than we supposed" (Bowlby, 2007, p. 17).

Living in the twenty-first century, many of us may be appalled at that lack of appreciation of what is now common knowledge. However, it seems that today the same may pertain to the significance of sexuality, and in particular the consequences of a breakup of the first sexual relationship. Indeed, previous sexual relationships are rarely mentioned among the causes of depression or reluctance to marry.

In the literature, there are no data concerning the consequences of dissolution of the first sexual relation. Nevertheless, some studies indicate that more previous partners made it more difficult to maintain subsequent romantic relationships. Hanna Liberska and Dorota Suwalska (2011) showed that the more romantic relations an individual has had in the past, the lower their satisfaction with the current relation. While Liberska and Suwalska did not specify how many of the romantic partners mentioned in the study were also sexual partners, in Western culture romantic relations are frequently accompanied by sexual intimacy, and so it may be safely assumed that this was often the case.

In turn, Amanda Maddox, Galena Rhoades, Elizabeth Allen, Scott Stanley, and Howard Markman (2013), who specifically focused on sexual relationships, evaluated predictors of extradyadic sexual involvement in a study group consisting of 933 unmarried individuals. Future extradyadic sexual involvement was significantly predicted by more previous sex partners.

There is a considerable body of research concerning cohabitation, which is living together in a sexually intimate relationship. Thus, from the methodological standpoint, reports on cohabitation concern romantic relationships with sexual involvement. The results consistently show that individuals who have cohabited with a greater number of partners prior to marriage enjoy lower marital satisfaction (Holman, Birch, Carroll, Doxey, Larson, Linford, 2001; Janicka, 2011; Rhoades, Stanley, Markman, 2009). For instance, Jay Teachman (2003) found that women who have had less romantic partners are at lower risk of marital dissolution.

The above-mentioned results concern people who maintain a sexually intimate relationship and cohabit. However, many individuals are sexually involved even though they do not live with their partners. In particular, this is true of couples living apart together (LAT), that is, those who share sexual intimacy but reside at separate addresses.

Studies into human sexuality rarely give a separate treatment of couples who did not engage in premarital sex because they decided to wait until marriage. In Western culture, it is almost automatically assumed that dating couples who are planning their life together become sexually intimate after some time. Often the absence of premarital intercourse is not even considered an option. In contrast, Asian attitudes to human sexuality are very different, and so research devoted to populations in that part of the world typically controls for the sexual status of romantic relationships. For example Farideh Farahani, John Cleland, and Amir Mehryar (2011) studied premarital heterosexual relationships in Tehran on a group of 1,378 unmarried female college students with a mean age of 21. The results revealed that 52% had never had a boyfriend, 23% had had some form of sexual contact, while only 10% had had intercourse. The above study shows how rare premarital sex may be in non-Western cultures, especially among women.

Furthermore, it should be borne in mind that in some countries (especially those which adopted sharia law) such intercourse is punishable, even by death. Therefore, any references made to romantic relationships in other cultures should account for different approaches to sexuality.

In the Western literature, an exception to the rule is the work of Dean Busby, Jason Carroll, and Brian Willoughby who formulated the following research question: Is it better to test sexual compatibility as early as possible or show sexual restraint so that other areas of the relationship can develop? They explored this question on a sample of 2,035 married individuals by examining how soon they became sexually involved as a couple and how that timing was related to their current sexual quality, relationship communication, and satisfaction. It was found that sexual restraint was associated with better relationship outcomes, even when controlling for education, the number of sexual partners, religiosity, and relationship duration. The latest study by the same authors used a sample of 10,932 individuals in unmarried romantic relationships to test how four sexual-timing patterns (having sex prior to dating, initiating sex on the first date or shortly after, having sex after a few weeks of dating, sexual abstinence) were associated with relationship satisfaction, stability and communication in a dating relationship (Willoughby, Carroll, Busby, 2014). The authors reported that "waiting to initiate sexual intimacy in unmarried relationships was generally associated with positive outcomes. This effect was strongly moderated by relationship length, with individuals who reported early sexual initiation reporting lower outcomes in relationships of longer than two years" (Willoughby, Carroll, Busby, 2014, p. 52).

There is a growing body of research devoted to the great numbers of young, well-educated people who are reluctant to enter into a close romantic relationship and get married despite the fact that they often define marriage as one of their major goals in life, which seems to be a widespread trend in Western countries. Attachment theory makes their behavior more readily understandable: people who were deeply wounded by a previous romantic partner are not likely to trust another easily. This behavior corresponds to that of a child reunited with his or her mother after a period spent in a residential nursery: "on the one hand, 'an intense clinging to the mother' which can continue for weeks, months or years; on the other, 'a rejection of the mother as a love object, which may be temporary or permanent'" (Bowlby, 2007, p. 17).

In accordance with attachment theory, after a certain period of time following maternal separation, children eventually initiate attachment behavior with respect to another person (caregiver, nurse, doctor). Nevertheless, in an institutional setting these adults have to care for many children, being unable to fully meet their emotional needs, and they also may rotate. Thus, even if some attachment behavior is initiated, it soon ends. According to Bowlby, in such situations children suffer again,

although the suffering gradually becomes less intense as their attachment to subsequent caregivers is weaker.

A similar mechanism, hampering openness to a new relationship, may be present in adults who have experienced dissolution of romantic relations. In addition, those adults often get involved with individuals who were similarly wounded in the sphere of romantic attachment. Thus, there is a risk that even if they sincerely and earnestly engage in a new relationship, they may be taken advantage of by their partners, especially if the latter are given to flirting.

3. The significance of touch in attachment theory

Physical contact is of paramount importance in developing mother-child attachment.

In psychology, it was long thought that the child's attachment to the mother is founded on the fact that she provides for his or her basic needs, such as hunger, thirst, and pain avoidance. In his classical experiments involving maternally separated baby monkeys, Harry Harlow showed that one of such needs is contact comfort (children have a fundamental need for contact with something soft and comfortable). In his experiments, baby monkeys would rather cling to a surrogate cloth mother rather than one made of bare wire mesh, even though it was the latter that provided nourishment. In one experimental setup, immediately after nursing on the wire mother baby monkeys ran to the cloth mother, and generally spent with her far more time. Harlow also reported that monkeys which were able to make bodily contact with their own, biological mothers developed best. In turn, monkeys raised only on the wire mother (and thus unable to enjoy soft contact) exhibited developmental abnormalities. In the case of humans, the adverse consequences of touch deprivation for psychomotor development were reported, *inter alia*, by Rene Spitz.

Some children placed in orphanages and foster care, many of whom are affected by a disrupted attachment process, exhibit "emotional stickiness" manifesting itself in an excessive and non-selective tendency to make physical contact with other people. Such children are inclined to embrace persons with whom they are not closely connected emotionally. In turn, children with a secure attachment style are reluctant to make contact with strangers; they tend to embrace only their significant others with touch fulfilling a bonding role. Thus, a similar mechanism may be hypothesized to occur in adults who have experienced numerous erotic relationships. While such individuals do not shun sexually-related behaviors (from innocent touch to sexual intercourse), those behaviors probably do not carry attachment implications for them.

On the threshold of sexual life, people who intend to build a warm and supportive sexual relationship are at risk of abuse: they take sexual behaviors very seriously and tend to attribute the same attitude to others, in accordance with the defense mechanism of projection. However, what one partner regards as significant may be only treated as a simple response to an attractive stimulus by the other. For instance, the sight of an attractive woman may provoke a man to touch her as a prelude to subsequent sexual behaviors devoid of the higher feelings of affiliation, love, and respect. Extreme cases of such behavior have been depicted in literature in the characters of "fatal" men or women – very attractive and appealing people who have no intention to commit to a long-term relationship or marriage. They are uninhibited in their seductive or erotic behaviors, but at the same time do not provide any sense of security and soon leave their partners to initiate a new relationship.

The question arises as to the meaning of touch for people in a romantic relationship. According to Hazan and Shaver, it signifies mutual support. Similarly as it is the case in child-mother relations, in a situation of distress partners seek touch, whether of affectionate (as between mother and child) or sexual nature.

The fact that touch may be either affectionate or sexual (or somewhere in between), gives rise to a number of methodological issues as it is difficult to determine at which point an affectionate relationship turns into a sexual one. For the sake of simplicity, it is often assumed that sexual relations are defined by the presence of intercourse, but in many cases other forms of intimate activity seem to be equally intense. Therefore, speaking of the first sexual experiences, we usually have in mind those which were accompanied by strong emotions, either disagreeable pleasurable, which lead to significant memories. What is meant here is sexual experiences which produced new conditioned responses by associating certain situations with emotions and related physiological reactions.

In sexual contacts (especially the initial ones), of great importance is to what extent the partners are psychologically invested in the relationship and to what extent they treat it merely as an opportunity to release sexual tension. Kazimierz Imieliński defined several qualitative levels of sexual satisfaction, in which the first one corresponds to release of sexual tension, while the highest one transcends this need. "A sexual contact is an experience which enriches a human being and imparts a previously unknown meaning. The reduction of a sexual need is of secondary importance. This presents a paradox: erotic love develops on the basis of a sexual need and intensifies it, requiring the release of sexual tension. At the same time, the nature of this phenomenon is different: the presence of the lover and the pleasure of contact with him or her are stronger than, e.g., the lack of release of sexual tension" (Imieliński, 1985, p. 34-35).

The fact that sexuality may have an attachment-forming effect has been noted in many works in the field of sexology, also in light of the evolutionary perspective. One of the objectives of evolution is to bring partners together with a view to initiating sexual activity, and finally conception, ensuring the survival of the species. However, in the case of many species, including *Homo sapiens*, reproductive success does not merely imply producing progeny, but also making sure that the progeny will reach sexual maturity, which is more likely if strong bonds exist between the parents, and not only between the parents and children.

4. The instinctive background of mother-child and sexual relations

Imprinting

Konrad Lorenz, the Austrian zoologist and ornithologist, provided a detailed account of imprinting, a process of learning a species-specific behavioral pattern at a particular life stage (a critical period which lasts only several hours in some species). Lorenz famously described imprinting in graylag geese; however, the mechanism is common to nidifugous birds and gregarious mammals (especially those following the mother). Imprinting is a special type of conditioning which also seems relevant to many kinds of mother-child and romantic bonds.

While typical imprinting does not occur in humans, some of its constituent elements can be identified. Kazimierz Imieliński defined sexual imprinting separately for animals and humans: the main difference between the former and latter type of sexual imprinting is that in the former of importance is the critical segment on the coordinate axis of the first strong sexual experience (Imieliński 1985). However, given the fact that in humans the first sexual experiences in a partner relationship usually fall on early maturity and that the body of observations for humans is scant, it is difficult to ascertain whether and to what extent these imprinting mechanisms differ (Imieliński, 1985). It is also noteworthy that 30 years after that publication the issue of sexual imprinting in humans has yet to be elucidated.

According to Imieliński, in animals the biological imperative requires that sexual activity be carried out during a particular period, while in humans it implies fast and very effective learning in situations characterized by very strong tension and emotional experience. According to him, this can explain the fact that we sometimes observe a lifespan preference for the type of sexual partner resembling the partner of the first erotic experience or a preference for certain situational elements that accompanied that experience (Imieliński, 1985).

In analysis of sexual imprinting, of particular note are two issues: one concerns a preference for those sexual stimuli that were present in the first sexual experience. According to the most eminent Polish psychiatrist, Antoni Kępiński,

(1992), the first sexual experiences are more enduring, while the sexual life of a mature person may reflect an imprinting of the earliest erotic experience. "In the sexual life of every person one can easily detect some consistently repeating patterns, which implies that in search of the new, one retraces the old paths. New partners often resemble previous ones, especially from one's youth; the same words and tricks are used in courtship, and also one's behavior during intercourse itself follows a certain stereotype. Thus, in sexual life, one seeks a future being attached to the past, perhaps to a greater extent than in other spheres of life" (Kępiński, 1992, p. 32).

The other important issue is whether and to what extent humans exhibit the "following behavior," typical of animals. If the first sexual contacts are akin to imprinting, then they should trigger a response of following. The question arises as to how this response would manifest itself in humans. It seems that in addition to the aforementioned preferences for stimuli resembling the first sexual experiences, it would involve longing for the first sexual partner and the desire to be with him or her. Such behaviors would imply that the first sexual relation is a unique event in the life of an individual. This appears to be corroborated by a longitudinal study of Abigail Haydon, Amy Herring, and Carolyn Halpern (2014). *Longitudinal consistency*, who found that people remembered the exact time and place of their first sexual intercourse. Furthermore, Nancy Kalish reported that relationships with "old flames" reestablished after years of separation were relatively enduring (more so than average relationships) when such reunions involved people who had been romantically involved during adolescence or early adulthood, before the age of 30 (Kalish, 2005). Kalish attributed that finding to the fact that those couples shared past history, but it is also likely that those relationships were successful because they involved the first significant romantic relations both in the sexual sphere (the first intercourse) and in the emotional sphere (closeness, affection), which could be elucidated through further research.

It should be noted that certain feelings, such as longing, cannot be fully subsumed under the notion of imprinting; they rather accompany the latter. Moreover, they are more typical of women rather than men. Nevertheless, the issue of sexual imprinting in humans (and its role in forming an attachment to the first sexual partner) still remains unexplored.

References:

- Alexander, M., Garda, L., Kanade, S., Jeebhoy, S., Ganatra, B. (2006). Romance and sex: Pre-marital partnership formation among women and men. *Reproductive Health Matters*, 14 (28), pp. 144-155.
- Barkan, S. (2006). Religiosity and premarital sex in adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 3 (45), pp. 407-417.
- Bowlby J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Busby, D., Carroll, J., Willoughby, B. (2011). Compatibility or restraint? The effects of sexual timing on marriage relationship. *Journal of Marriage Psychology*, 24, pp. 744-766.
- Bermudez, M., Buela-Casal, G., Teva, I. (2011). Type of sexual contact and precoital sexual experience in Spanish adolescents. *Universitas Psychologica*, 2 (10), pp. 411-421.
- Boelen, P., Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic relationship break-ups, Stress and Health. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 1 (25), pp. 11-19.
- Borusiak, L. (2013). Love, sex, and partnership. *Russian Social Science Review*, 1 (54), pp. 4-39.
- Brassard, A., Peloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., Shaver, P. (2012). Romantic attachment insecurity predicts dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3 (38), pp. 245-262.
- Chung, M., Hunt, L. (2014). Posttraumatic stress symptoms and well-being following relationship dissolution: Past trauma, alexithymia, suppression. *Psychiatric Quarterly*, 2 (85), pp. 176-198.
- Capitaine, M., Rodgers, R., Chabrol, H. (2011). Unwanted sexual experiences, depressive symptoms and disordered eating among college students. *Eating Behaviors*, 1(12), pp. 86-89.
- Cohen, L., Shotland, R. (1996). Timing of first sexual intercourse in a relationship: expectations, experiences, and perceptions of others. *The Journal of Sex Research*, 4(33), pp. 291-299.
- Collins, T., Gillath, O. (2012). Attachment, breakup strategies, and associated outcomes: The effects of security enhancement on the selection of breakup strategies. *Journal of Research in Personality*, 46, pp. 210-222.
- Farahani, F., Cleland J., Mehryar A. (2011). Female college students in Tehran. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 1 (37), pp. 30-39.
- Gapik, L. (1984). *Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego*, (w:) *Seksuologia społeczna*, K. Imieliński (red.), (s. 270-312), Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Haydon, A., Herring, A., Halpern, C. (2014). Longitudinal consistency in self-reported age of first vaginal intercourse among young adults. *Journal of Sex Research*, 1 (51), pp. 97-106.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 511-524.
- Hazan, C., Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, pp. 1-22.

- Holman, T., Birch, P., Carroll, J., Doxey, C., Larson, J., Linford, S. (2001). *Premarital prediction of marital quality and breakup. Research theory and practice*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Imieliński, K. (1985). *Człowiek i seks*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Imieliński, K. (1986). *Zarys seksuologii i seksiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Janicka, I. (2011). *Satisfaction with marriage in the case of prenuptially cohabitating and non-cohabitating couples*, (w:) H. Liberska (red.), *Relations in marriage and family: Genesis, Quality and Development* (s. 51-65). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Juroszek, W. (2011). Psychologiczne konsekwencje przedmałżeńskiego współżycia seksualnego. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3(7), s. 17-27.
- Juroszek, W. (2012). Seksualność a przywiązanie. *Family Forum*, 2, s. 117-128.
- Kalish, N. (2005). *Lost & found lovers: Facts and fantasies of rekindled romances*. Lincoln: iUniverse.
- Kępiński, A. (1992). *Z psychopatologii życia seksualnego*. Kraków: Wydawnictwo Sagittarius.
- Krzysteczko, H. (2000). *Pomoc w dojrzywaniu do miłości, małżeństwa i rodziny*. Katowice: Wydawnictwo Powiernik Rodzin.
- Liberska, H., Suwalska, D. (2011). *Znaczenie przywiązania dla funkcjonowania młodych dorosłych w związkach intymnych*, (w:) H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*. (s. 69-86), Warszawa: Difin.
- Madey, S., Jilek, L. (2012). Attachment style and dissolution romantic relationships: Breaking up is hard to do, or is it? *Individual Differences Research*, 4 (10), pp. 202-210.
- Maddox, S., Rhoades, G., Allen, E., Stanley, S., Markman, H. (2013). Predictors of extradyadic sexual involvement in unmarried opposite-sex relationships. *Journal of Sex Research*, 6 (50), pp. 598-610.
- Manlove, J., Wildsmith, E., Ikramullah, E., Terry-Humen, E., Schelar, E. (2012). Family environments and the relationship context of first adolescence sex: Correlates of first sex in a casual versus steady relationship. *Social Science Research*, 4 (41), pp. 861-875.
- Mikulincer, M., Shaver P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mmari, K., Kaggwa, E., Wagman, J., Gray, R., Wawer, M., Nalugoda, F. (2013). Risk and protective correlates of young women's first sexual experiences in Rakai, Uganda. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 3 (39), pp. 153-162.
- Moller, N., McCarthy, C., Fouladi, R. (2002). Earned attachment security: Its relationship to coping resources and stress symptoms among college students

- following relationship breakup. *Journal of College Student Development*, 2 (43), pp. 213-230.
- Plopa, M. (2008). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Regnerus, M. (2012). Mating market dynamics, sex-ratio imbalances and their consequences. *Society*, 6 (49), pp. 500-506.
- Rhoades, G., Stanley, S., Markman, J. (2009). Pre-engagement cohabitation and gender asymmetry in marital commitment. *Journal of Family Psychology*, 4 (20), pp. 553-560.
- Rhoades, G., Kamp, D., Atkins, D., Stanley, S., Markman, H. (2011). Breaking up is hard to do: The impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 25, pp. 366-374.
- Ruvolo, A., Fabin, L. Ruvolo, C. (2001). Relationship experiences and change in attachment characteristics of young adults: The role of relationship breakups and conflict avoidance, *Personal Relationships*, 3 (8), pp. 265-281.
- Santhya, K., Acharya, R., Jejeebhoy, S., Ram, U. (2011). Timing of first sex before marriage and its correlates; evidence from India. *Culture, Sex and Sexuality*, 3 (13), pp. 327-341.
- Sprecher, S. (2013). Attachment style and sexual permissiveness: The moderating role of gender. *Personality and Individual Differences*, 4 (55), pp. 428-432.
- Stein, J., Golding, J., Siegel, J., Burman, M., Sorenson, S. (1988). *Long-term psychological sequence of child sexual abuse*, In: G. Wyatt, G. Powell (eds), *Lasting effects of sexual abuse*. London: Sage Publications.
- Toshie, M., Junku, S. (2002). *Adolescent's feeling and behaviors after the dissolution of romantic relationships and availability to response*. Bulletin of Joetsu University of Education, nr 1 (22), pp. 231-245.
- Weisskirch, R., Delevi, R. (2012). *Technology use, attachment styles and gender roles in relationship dissolution*. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 9 (15), pp. 486-490.
- Willoughby, B., Carroll, J., Busby, D. (2014). Differing relationships outcomes when sex happens before, on or after first dates. *Journal of Sex Research*, 51, pp. 52-61.

Karolina Rymarczyk, Kamil Niziołek,
Ewa Helena Gołębiowska, Adrian Skoczek
Instytut Psychologii WFCH
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Ewolucyjne korelaty trwałości i jakości bliskich związków

1. Wstęp teoretyczny do problematyki badań

Według czołowych naukowców, zajmujących się zagadnieniem ewolucji, jednym z ważniejszych motorów napędzających ewolucję ludzkiego umysłu jest dobór płciowy (Buss, 2001; Dawkins, 2010). Sprawił on, że na przestrzeni milionów lat gatunek ludzki wykształcił zestaw swoistych preferencji – mechanizmów rozwiązujących problemy adaptacyjne z zakresu wyboru, pozyskania i utrzymania partnera seksualnego. Motywują one do poszukiwania tego, co niezbędne dla wzbogacenia zasobów potrzebnych do przetrwania lub prokreacji (Orians, Heerwagen, 1992).

Z uwagi na rozbieżności płciowe związane z poziomem inwestycji rodzicielskich, kobiety i mężczyźni znacząco różnią się między sobą pod względem cech preferowanych u osób odmiennej płci (Buss, Barnes, 1986). Jednak niezależnie od płci, gwarancją sukcesu prokreacyjnego jest zbudowanie trwałego związku (Kirkpatrick, 1998).

W środowiskach naszych przodków, współpracujący przez dłuższy czas rodzice zwiększali szanse swojego potomstwa na przetrwanie i lepsze przystosowanie się. O jakości i trwałości związku decyduje trafność wyboru partnera, którego dokonuje się m.in. na podstawie oceny tzw. wartości prokreacyjnej.

Dobrym wyznacznikiem jakości i trwałości związku jest trójczynnikowa teoria miłości Sternberga (1986). Pierwszy z czynników – intymność – oznacza te pozytywne uczucia i towarzyszące im działania, które wywołują przywiązanie, bliskość i wzajemną zależność partnerów od siebie. Namiętność jest konstelacją silnych emocji zarówno pozytywnych (zachwyty, pożądanie), jak i negatywnych (zazdrość, tęsknota), często z mocno uwydatnionym pobudzeniem fizjologicznym. Emocjom tym towarzyszy bardzo silna motywacja do maksymalnego połączenia się z partnerem. Zobowiązanie jest tu rozumiane jako decyzje, myśli, uczucia i działania ukierunkowane na przekształcenie relacji miłosnej w trwały związek oraz na

utrzymanie tego związku pomimo występowania różnych przeszkód (Sternberg, 1986). Okazuje się, że wybór partnera o wartości prokreacyjnej zdecydowanie niższej lub wyższej od wartości własnej wiąże się z kosztami, które w ostatecznym rozrachunku mogą zniweczyć szansę osiągnięcia sukcesu prokreacyjnego. Dlatego ludzie z reguły wybierają na swoich partnerów osoby o podobnym poziomie wartości prokreacyjnej (Braun-Gałkowska, 1980; DeSteno, Salovey, 1996; Nęcki, 1990; Rostowski, 1987).

Mechanizmem psychologicznym ułatwiającym wybór partnera o podobnej wartości prokreacyjnej jest samoocena (Regan, 1980). To dzięki niej człowiek jest w stanie zorientować się, jakie cechy i w jakim stopniu posiada. Natomiast mechanizmem rozwiązującym problem podtrzymywania trwałości i dbałości o jakość związku są oceny odzwierciedlone, czyli samowiedza jednostki, kształtowana przez interpretację reakcji innych ludzi w stosunku do własnej osoby (Znaniński, 1991). Zawarte w nich informacje funkcjonują jako wzorce spostrzegania własnej osoby z punktu widzenia innych, motywując do korygowania własnych zachowań i odczuć wobec partnera. Zdaniem Murray i Holmesa (2004) pozytywna ocena partnera oraz związku może mieć miejsce jedynie wówczas, gdy jednostka ma pewność, że druga strona także dostrzega jej szczególne walory. W naszych badaniach założyliśmy, że na ocenę własnej wartości prokreacyjnej składają się samoocena oraz ocena odzwierciedlona, dokonywane w zakresie cech preferowanych przez przedstawicieli płci przeciwnej w procesie doboru partnera.

2. Badania własne

2.1. Osoby badane

Badaniami objęto grupę 228 heteroseksualnych osób w wieku 18 – 45 lat ($M = 24,19$, $SD = 4,89$), pozostających w związku trwającym minimum trzy miesiące. W badaniu wzięło udział 106 mężczyzn (46,5%) oraz 122 kobiety (53,5%). Spośród osób badanych 163 pozostawało w związku nieformalnym, zaś 65 w związku formalnym (małżeństwo).

2.2. Narzędzia

Pierwszym z wykorzystywanych narzędzi był Kwestionariusz Jakości Związku (Kuczyńska, 1998), przygotowany na podstawie trójczynnikowej teorii miłości Sternberga (1986; 1988), zbudowany z 21 stwierdzeń odpowiadających wyróżnionym przez niego składowym miłości, jakimi są: Intymność, Namietność i Zobowiązania. Rzetelność skal liczona za pomocą alfa Cronbacha wynosiła odpowiednio: Intymność (0,88), Namietność (0,85) i Zobowiązanie (0,52).

Drugim narzędziem była Skala Wartości Reprodukcyjnych¹ (Jastrzębski, 2015), stworzona na podstawie teorii strategii seksualnych Bussa i Schmitta (1993). Narzędzie to składa się z 56 pozycji, wchodzących w skład czterech skal, odpowiadających najważniejszemu aspektowi doboru partnera seksualnego: Dostęp do zasobów, Zaangażowanie, Atrakcyjność fizyczna, Poczucie bezpieczeństwa. Rzetelność skal mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wahała się od 0,75 do 0,93. Narzędzie było wykorzystywane każdorazowo zarówno w wersji odnoszącej się do samooceny (SO), jak i ocen odzwierciedlonych (OD). Badanie zostało przeprowadzone anonimowo, przy wykorzystaniu internetowej wersji narzędzi.

2.3. Uzyskane wyniki

Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS Statistics wersja 22.0. Współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona posłużył do określenia siły korelacji pomiędzy jakością i trwałością związku oraz oceną wartości prokreacyjnych. Wyniki korelacji zostały zaprezentowane w tabeli nr 1.

Tabela nr 1. Wyniki korelacji pomiędzy oceną wartości reprodukcyjnej a trzema czynnikami miłości w grupie mężczyzn i kobiet

	Intymność		Namiętność		Zobowiązanie	
	M	K	M	K	M	K
Dostęp do zasobów (SO)	0,227*	0,188*	0,272**	0,295**	0,321**	0,146
Zaangażowanie (SO)	0,513**	0,234**	0,550**	0,397**	0,377**	0,295**
Atrakcyjność fizyczna (SO)	0,103	0,022	0,043	0,162	-0,029	0,182*
Poczucie Bezpieczeństwa (SO)	0,198*	0,210*	0,292**	0,238**	0,274**	0,098
Dostęp do zasobów (OD)	0,351**	0,255**	0,222**	0,291**	0,272**	0,198*
Zaangażowanie (OD)	0,660**	0,416**	0,510**	0,380**	0,263**	0,176
Atrakcyjność fizyczna (OD)	0,471**	0,316**	0,260**	0,302**	0,144	0,241**
Poczucie Bezpieczeństwa (OD)	0,400**	0,299*	0,185	0,212*	0,207*	0,152

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

¹ Redakcja Kwartalnika nie uważa za słuszne stosowanie terminu *reprodukcja* w odniesieniu do człowieka. Jednak samo narzędzie jest wartościowe i w rzeczywistości mierzy wartości prokreacyjne.

Do oceny siły związku zastosowana została klasyfikacja Guilforda (1960). Co ciekawe, w przypadku oceny własnej wartości prokreacyjnej w aspekcie samooceny, bardziej znaczące korelacje pojawiły się w grupie mężczyzn. Według odpowiedzi wskazanych przez tę grupę badawczą, należy podkreślić wyraźny związek *zaangażowania SO* z wynikami uzyskanymi na skali: *namiętność* ($r = 0,550$; $p < 0,01$), *intymność* ($r = 0,513$; $p < 0,01$) oraz *zobowiązanie* ($r = 0,377$; $p < 0,01$). Uzyskane wyniki pozwalają na ustalenie, że mężczyźni oceniając swoje wartości prokreacyjne w wymiarze *zaangażowania* wiążą je z trzema wymiarami jakości i trwałości związku: *intymnością*, *namiętnością* i *zobowiązaniem*. Na uwagę zasługuje również przeciętna korelacja pomiędzy skalą *dostęp do zasobów SO* i *zobowiązanie* ($r = 0,321$; $p < 0,01$). Dodatkowo, badanie wykazuje, iż w grupie mężczyzn ocena *własnej atrakcyjności fizycznej* nie jest związana z *jakością i trwałością* związku lub jest związana bardzo słabo.

W grupie kobiet jedynie związek pomiędzy skalą *zaangażowanie SO* i *namiętnością* odznacza się w sposób wyraźny ($r = 0,397$; $p < 0,01$).

Analizując siłę związku między oceną własnych wartości prokreacyjnych w wymiarze ocen odzwierciedlonych a *trwałością i jakością* związku u mężczyzn, można zaobserwować dużo podobieństw i kilka interesujących różnic wobec wyników uzyskanych w aspekcie samooceny. Uwidoczniony został silny związek skali *zaangażowanie OD* ze skalą *intymność* ($r = 0,660$; $p < 0,01$) oraz *namiętność* ($r = 0,510$; $p < 0,01$). Wyniki skali *dostęp do zasobów OD* wykazały przeciętną siłę związku z wynikami skali *intymność* ($r = 0,351$; $p < 0,01$). Na szczególną uwagę zasługują wyniki skali *atrakcyjność fizyczna OD*, które wykazały przeciętną siłę związku ze skalą *intymność* ($r = 0,471$; $p < 0,01$), podczas gdy skala *atrakcyjność fizyczna SO* okazała się nieistotna statystycznie ($r = 0,103$; $p > 0,05$). Podobnie wygląda to w przypadku skali *poczucie bezpieczeństwa OD*, która wykazała przeciętny związek ze skalą *intymność* ($r = 0,400$; $p < 0,01$), podczas gdy skala *poczucie bezpieczeństwa SO* wykazała jedynie słabą siłę związku ($r = 0,198$; $p < 0,05$). Warto zauważyć, że w grupie mężczyzn, wyniki oceny własnych wartości prokreacyjnych wykazują silne korelacje, szczególnie ze skalą *intymności*.

W grupie kobiet uwidoczniony został związek skali *zaangażowanie OD* ze skalą *intymność* ($r = 0,416$; $p < 0,01$) oraz *namiętność* ($r = 0,380$; $p < 0,01$). Ponadto znaczne korelacje ujawniły się pomiędzy wynikami skali *atrakcyjność fizyczna OD* oraz *intymność* ($r = 0,316$; $p < 0,01$) oraz *namiętność* ($r = 0,302$; $p < 0,01$). Warto zauważyć, że w przypadku analizy korelacji wyników wartości prokreacyjnych w aspekcie samooceny z *jakością i trwałością* związku, większość wyników w grupie kobiet wykazała niską siłę związku lub okazała się nieistotna statystycznie.

2.4. Dyskusja

Zaangażowanie jest kluczowym elementem zarówno w aspekcie jakości, jak i trwałości związku, co ma szczególne znaczenie w przypadku kobiet, ponieważ ponoszą one większą inwestycję rodzicielską (Buss, 2007). Po pierwsze, zanik zaangażowania może wskazywać na zakończenie relacji z partnerem (Wojciszke, 2003) i rozpad związku, co wiąże się z ponoszeniem znacznych kosztów psychologicznych. Ponadto, w czasach naszych przodków rozpad związku narażał kobiety – zwłaszcza kobiety w ciąży i karmiące – na brak zasobów, niezbędnych do przetrwania; ograniczone możliwości zdobycia pokarmu; brak ochrony przed zagrożeniami oraz perspektywę samotnego wychowywania potomstwa. Koszt rodzicielstwa w przypadku kobiet, ma również aspekt biologiczny, ponieważ matka karmi dziecko piersią, co w niektórych kulturach trwa do 4 lat (Shostak, 1981). Częściej zatem przeżywały kobiety i dzieci kobiet, które wiązały się z partnerami zaangażowanymi i posiadającymi dostęp do zasobów (Buss, 1994).

W naszych badaniach to właśnie zaangażowanie, które miało gwarantować, że mężczyzna będzie chciał dzielić się z kobietą swoimi zasobami, wykazało najwyższą korelację z jakością i trwałością związku. Mężczyźni zaś w zamian za opiekę oczekiwali od partnerki „posiadania dobrych genów”, co manifestuje się w zwracaniu uwagi na atrakcyjność fizyczną, zewnętrzne przejawy zdrowia czy wiek. Jest to próba zwiększenia prawdopodobieństwa na zdrowe i silne potomstwo, które będzie w stanie dalej się rozmnażać. Drugą kluczową dla mężczyzn sprawą jest problem niepewności ojcostwa (Buss, 1994). Mężczyzna inwestujący w potomstwo swe zasoby dąży do maksymalizacji pewności, że wychowuje swoje dzieci – dlatego oczekuje od partnerki zaangażowania i dawania poczucia bezpieczeństwa, rozumianego jako gwarancja tworzenia monogamicznego związku i dochowania wierności (Buss, Shackelford, 1997).

Fakt, że kobiety wykazują ogromne zaangażowanie w procesie wychowywania potomstwa, sprawia, że stają się one niezwykle cenne w aspekcie prokrecji (Trivers, 1972), co tłumaczy najwyższe korelacje ocen odzwierciedlonych u kobiet właśnie w zakresie zaangażowania. Ponieważ rozmnażamy się płciowo i aby osiągnąć sukces prokreacyjny niezbędny/a jest przedstawiciel/ka płci odmiennej, istotnym staje się, byśmy byli postrzegani jako osoby posiadające atrakcyjne cechy (Niziołek, Gołębiowska, Jastrzębska, Skoczek, Jastrzębski, 2015). Widać to w różnych zachowaniach mających zwiększać naszą ocenę w oczach potencjalnych partnerów, jak stosowanie makijażu u kobiet, czy budowanie iluzji posiadania zasobów u mężczyzn (Buss, 1996). Co za tym idzie, dla jakości związku główną rolę odgrywa to, jak w naszym mniemaniu widzi nas partner, a nie jak my sami siebie oceniamy - stąd częstsze i zazwyczaj silniejsze korelacje zachodzą między jakością związku

a ocenami odzwierciedlonymi. Ocena partnera jest zaś związana z samooceną. Mężczyzna zarabiający średnią krajową będzie inaczej oceniony przez bezrobotną kobietę żyjącą z zasiłku niż przez posiadaczkę znacznej sumy pieniędzy. Analizując z tego punktu widzenia mężczyźni mogą poszukiwać kobiet atrakcyjniejszych fizycznie od siebie, a kobiety mężczyzn bogatszych od siebie. Jednak, co ciekawe, dotyczy to nawet tych kobiet, które same są w stanie sobie zapewnić dostęp do zasobów. Potwierdzają to liczne badania przeprowadzone w różnych kulturach – np. w plemieniu Bakweri z Kamerunu (Ardener, Ardener, Warmington, 1960) czy wśród Amerykanek o różnym statusie ekonomicznym (Buss, 1989). Wszystkie jasno pokazują, że niezależnie od stopnia zamożności, kobiety oczekują, że mężczyzna będzie w stanie je w tym zakresie wspierać.

Bibliografia:

- Ardener, E. W., Ardener, S. G., Warmington, W. A. (1960). *Plantation and village in the Cameroons*. Oxford: Oxford University Press.
- Braun-Gałkowska, M. (1980). *Miłość aktywna*. Warszawa: IW PAX.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses testing in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1-49.
- Buss, D. M. (1994). The strategies of human mating. *American Scientist*, 82, 238-249.
- Buss, D. M. (1996). The evolutionary psychology of human social strategies. In: E. T. Higgins, A. W. Kruglanski (eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 3-38). New York: Guilford.
- Buss, D. M. (2001). *Psychologia ewolucyjna*. Gdańsk: GWP.
- Buss, D. M. (2007). *Zazdrość. Niebezpieczna namiętność*. Gdańsk: GWP.
- Buss, D. M. (2014). *Ewolucja pożądania. Jak ludzie dobierają się w pary*. Gdańsk: GWP.
- Buss, D. M., Barnes, M. F. (1986). Preferences in human mate selection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 559-570.
- Buss, D. M., Schmitt, D. (1993). Sexual Strategies Theory: An Evolutionary Perspective on Human Mating. *Psychological Review*, 100(2), 204-32.
- Buss, D. M., Shackelford, T. K. (1997). Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 31, 193-221.
- Dawkins, R. (2010). *Najwspanialsze widowisko świata*. Warszawa: CiS.
- DeSteno, D. A., Salovey, P. (1996). Evolutionary origins of sex differences in jealousy: Questioning the „fitness” of the model. *Psychological Science*, 7, 367-372.
- Guilford, J. P. (1960). *Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN.
- Jastrzębski, J. (2015, czerwiec). *Konstrukcja, właściwości psychometryczne i zastosowanie Skali Wartości Reprodukcyjnych SWR*. Referat wygłoszony na XXIV Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej, Warszawa.

- Kirkpatrick, L. A. (1998). Evolution, pair bonding, and reproductive strategies: A reconceptualization of adult attachment. In: J. A. Simpson, W. S. Rholes (eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford.
- Kuczyńska, A. (1998). *Sposób na bliski związek. Zachowania wiążące w procesie kształtowania się i utrzymania więzi w bliskich związkach*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Nęcki, Z. (1990). *Wzajemna atrakcyjność*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Niziołek, K., Gołębiowska, E., Jastrzębska, J., Skoczek, A., Jastrzębski, J. (2015, czerwiec) *Ocena własnej wartości reprodukcyjnej, a poziom intymności, namiętności i zaangażowania w bliskich związkach*. Referat wygłoszony na XXIV Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej, Warszawa.
- Orians, G. H., Heerwagen, J. H. (1992). Evolved responses to landscapes. W: J. Barkow, L. Cosmides, J. Tooby (red.), *The adapted mind* (pp. 555-579). New York: Oxford University Press.
- Regan, P. C. (1980). Minimum mate selection standards as a function of perceived mate value, relationship context, and gender, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 10, 53-73.
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: PWN.
- Shostak, M. (1981). *Nisa: The life and words of a !Kung woman*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sternberg, R. J. (1986). Triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. (1988). Triangulating love. In: R.J. Sternberg, M. L. Barnes (eds.), *The psychology of love* (pp. 119-138). New Haven, CT: Yale University Press.
- Trivers, R. L. (1972). Parental investment and sexual selection. In: B. Campbell (ed.), *Sexual selection and the descent of man: 1871-1971* (pp. 136-179). Chicago: Aldine.
- Wojciszke, B. (2003). *Psychologia miłości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Znaniński, F. (1991). *Prawa psychologii społecznej*. Warszawa: PWN.

mgr Anna Studnicka
dr n. med. Grażyna Bączek,
prof. nadzw. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zachowania zdrowotne podejmowane przez kobiety i ich wpływ na płodność w świetle badań

Wprowadzenie

Zachowania, jakie podejmuje człowiek na przestrzeni życia, mogą służyć zdrowiu lub działać na jego szkodę, mogą mieć także wpływ na płodność. Te które służą zdrowiu definiowane są jako zachowania prozdrowotne, a te które działają na niekorzyść, są to zachowania antyzdrowotne. Do zachowań wspierających zdrowie należą m.in. dbanie o prawidłową dietę, aktywność fizyczną czy wykonywanie badań przesiewowych. Zachowania działające na szkodę zdrowia to m.in. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i stosowanie nieprawidłowej diety (Strelau, Sęk, 2005).

W związku z istniejącym problemem niepłodności i malejącym współczynnikiem dzietności w Polsce coraz częściej rozważa się, jakie są przyczyny braku potomstwa. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w Polsce współczynnik dzietności wynosi 1,29 (Stańczak, 2016). Skutkuje to tzw. „depresją urodzeniową”, która powoduje brak prostej zastępowalności pokoleń. Sukcesywne obniżanie współczynnika dzietności rozpoczęło się w roku 1990 i trwa do dziś. Nie bez znaczenia jest także fakt podwyższania wieku urodzenia pierwszego dziecka, która na przestrzeni ostatnich 16 lat ewoluowała z niecałych 24 lat do 27. Zjawisko to nie jest korzystne dla płodności par starających się o poczęcie dziecka.

1. Zachowania zdrowotne

W związku z narastającym zainteresowaniem tematyką profilaktyki zdrowia powstawały liczne badania wskazujące wpływ poszczególnych czynników na zdrowie. Wykazano, że pewne zachowania, takie jak: niewłaściwe odżywianie, palenie tytoniu, nadwaga, nadmierne opalanie się korelują z występowaniem chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworowych. Długofalowe badania prowadzone przez Amerykanów pokazały z kolei, że inne zachowania, takie jak: aktywność

fizyczna, racjonalne odżywianie, nie nadużywanie alkoholu, 7-8 godzin snu dziennie korzystnie wpływają na stan zdrowia (Strelau, Sęk, 2005).

Związek zachowań ze zdrowiem może być dwojaki: bezpośredni lub pośredni. Dla przykładu, ryzykowne zachowania seksualne mogą się wiązać z zakażeniem wirusem HIV lub chorobami przenoszonymi drogą płciową. Jest to bezpośredni związek, który łatwo można zbadać. Natomiast ład i porządek w domu oddziałują także na zdrowie, w postaci chociażby dobrego samopoczucia. Jest to przykład pośredniego związku zachowania ze zdrowiem (tamże).

Termin zachowania zdrowotne definiowany był przez wielu autorów, a po raz pierwszy użył go Koss w 1954 roku. Według Heszen-Klemens zachowania zdrowotne to działania, które są nakierowane na cele mające za zadanie chronić bądź poprawić obecny stan zdrowia jednostki (za: tamże). Celem osoby zdrowej będzie w tym wypadku niedopuszczenie do powstania choroby, celem osoby z podejrzeniem choroby będzie ustalenie przyczyny choroby, czyli postawienie trafnej diagnozy, a celem osoby chorej będzie wyleczenie się. Zachowania zdrowotne to pojęcie z pogranicza nauk medycznych i socjologicznych, ale także psychologicznych (Gniazdowski, 1990).

Fączek i Stępień opisują zachowania zdrowotne jako aktywności, które: bezpośrednio i doraźnie albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/lub psychicznego (za: Strelau, Sęk, 2005). Zachowania zdrowotne, które sprzyjają zdrowiu to zachowania prozdrowotne. Można wymienić tu unikanie choroby, wszelkie działania profilaktyczne, prowadzenie zdrowego trybu życia, stosowanie racjonalnej diety, uprawianie sportu czy też czynne wypoczywanie. Te elementy zawierają się w pojęciu zachowań prozdrowotnych. Natomiast zachowania szkodliwe dla zdrowia, takie jak stosowanie używek, narażenie na silny stres, niebilansowana dieta są zachowaniami antyzdrowotnymi. Kryterium podziału jest tu skutek, jaki owe zachowania wywierają na zdrowie.

Rodzaje zachowań zdrowotnych można podzielić na wspomniane już prozdrowotne, antyzdrowotne, ale też na zachowania w zdrowiu i w chorobie, zachowania nawykowe i intencjonalne. Nawykowe to te związane z higieną, odżywianiem czy czynnym wypoczynkiem. Intencjonalne to z kolei te, które robi się świadomie, na przykład gdy wystąpi choroba, świadomie zmienia się pewne nawyki. Zachowania w zdrowiu, to wszystkie związane z profilaktyką i promocją zdrowia, natomiast w chorobie, to te dotyczące poszukiwania pomocy i diagnozy (tamże).

2. Odżywianie

Nawyki żywieniowe powinny zostać oparte na wytycznych Instytutu Żywności oraz Żywienia i aktualnej Piramidzie Zdrowia z 2016 roku.

Jednym z czynników potencjalnie zwiększających płodność kobiety jest prawidłowa dieta. Przygotowanie do ciąży dotyczy wielu płaszczyzn, między innymi zdrowego trybu życia, racjonalnej diety i unikania używek. Nieprawidłowa dieta może skutkować obniżeniem płodności czy niepłodnością. Ma również wpływ na niektóre komplikacje położnicze, zbyt małą lub zbyt dużą masę dziecka i wady wrodzone (Bień, 2009).

W przypadku planowania ciąży zalecana jest zmiana trybu życia oraz diety. Zdrowe żywienie to spożywanie 4–5 posiłków dziennie. Ważne jest, aby dieta była przystosowana do osoby, a zależna jest ona między innymi od tego, czy współwystępują choroby i jaki jest styl życia osoby podejmującej dietę. Zaleca się także, aby unikać mocnej kawy i herbaty, na rzecz picia wody niegazowanej oraz niesłodzonych soków. Kobiety w okresie prokreacyjnym powinny także unikać spożywania tłuszczów trans, które działają szkodliwie (Świątkowska, 2013, s.102-106). Tłuszcze te, to utwardzone oleje roślinne (ich źródło to m. in. słodczyce wysoko przetworzone, żywność typu fast food). Wykazuje się związek pomiędzy spożyciem tłuszczu trans a chorobą niedokrwienną serca, ponieważ działają one bezpośrednio na cholesterol, podwyższając frakcję LDL we krwi, jednocześnie obniżając HDL. Należy podkreślić, że spożywanie dużych ilości tłuszczu trans ma również odbicie w innych chorobach, jak chociażby w cukrzycy typu 2. Ponadto utwardzone oleje roślinne mogą powodować nieprawidłowy rozwój płodowy i niemowlęcy (Achremowicz, Korus, 2007, s. 5-14).

Modyfikacja diety obejmująca mniejsze spożycie tłuszczów trans, na rzecz tłuszczów jednonienasyconych, większe spożycie błonnika oraz białka roślinnego, zamiast zwierzęcego, suplementacja witamin i żelaza oraz spożywanie pełnotłustego nabiału korzystnie wpływa na płodność i zmniejsza ryzyko niepłodności spowodowanej nieprawidłowościami owulacji (Hajduk, 2013, s. 29-33).

Odpowiednio wcześniej należy pomyśleć o wprowadzeniu racjonalnego żywienia i redukcji masy ciała. Nadwaga lub otyłość nie powinny skłonić do stosowania diet redukujących tkankę tłuszczową bezpośrednio przed ciążą. Wskazane jest, aby zakończyć taką dietę około pół roku przed planowaniem ciąży (tamże).

3. Aktywność fizyczna

Zgodnie z najnowszą wiedzą i badaniami naukowców u podstawy zdrowego stylu życia, powinna znajdować się regularna aktywność fizyczna.

Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie znany jest ludzkości od wieków. Począwszy od Starożytnej Grecji aż do współczesności ludzie pracowali i pracują nad tężyzną fizyczną. Zmieniają się jedynie motywacje i cel - czy ćwiczy się dla osiągnięcia złotego medalu czy też dla siebie (Zatoń, Zatoń, 2014, s.34-40).

Według wytycznych Instytutu Żywności i Żywienia z 2016 roku aktywność fizyczna leży u podstawy Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Regularna aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności, czyli np. spacer czy jazda na rowerze, przynosi wiele korzyści. Dzięki aktywności ruchowej poprawić można jakość życia, wydłużyć je, a sprawność fizyczna jest istotnym elementem zdrowia (Marchewka, Jungiewicz, 2008, s. 127-130).

Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na płodność, to przede wszystkim obniżenie masy ciała i redukcja tkanki tłuszczowej z okolicy brzusznej. Według badań, dzięki odpowiednio dobranym ćwiczeniom i prawidłowo stosowanej diecie, można doprowadzić do poprawy insulinowrażliwości, a w rezultacie w znacznej większości przypadków dochodzi do uzyskania ciąży (Serdyńska, Pawelczyk, Jędrzejczak, Słomko, 2008, s.465-470). Według danych, ruch obniża oporność na insulinę, poprzez redukcję tkanki tłuszczowej, a także podwyższa metabolizm komórek mięśniowych (tamże).

Badania wykazały, że intensywna aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ w przypadku występowania niepłodności z powodu zaburzeń owulacji (Rich-Edwards, Spiegelman, Garland, 2002, s.184-190). Należy jednak pamiętać, iż zbyt intensywny wysiłek fizyczny może przynieść odwrotny skutek i doprowadzić do występowania cykli bezowulacyjnych, a nawet do zaniku miesiączek i występowania osteoporozy. Dzieje się tak często u młodych kobiet, które wyczynowo uprawiają sport. Dochodzi wówczas do nieprawidłowego wydzielania hormonu luteinizującego (LH) oraz hormonu uwalniającego gonadotropinę (GnRH), braku owulacji, nieprawidłowych stężeń progesteronu w fazie lutealnej, hiperprolaktynemi czy hiperandrogenizmu (Plinta, Olszaniecka-Glinianowicz, Droszol-Cop, 2012, s.674-680).

4. Używki – alkohol

Spożywanie alkoholu towarzyszy wielu okazjom. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w Polsce każdego roku znacząco wzrasta spożycie alkoholu w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Zgodnie z raportem badającym

spożycie alkoholu w Polsce w 2012 roku, spośród osób dorosłych jedynie 16% to abstynenci (raport, 2012). Pozostałe 84% spożywa alkohol. Wśród osób niepijących alkoholu zdecydowanie przeważają kobiety. Wśród osób pijących alkohol najwięcej jest osób z wykształceniem wyższym, natomiast najmniej z wykształceniem podstawowym.

Kobiety częściej zapadają na choroby związane z nadużywaniem alkoholu niż mężczyźni. Spowodowane jest to niższą masą kobiet, a co za tym idzie mniejszą ilością wody w organizmie i innym metabolizmem u kobiet niż mężczyzn (Moskalewicz, 2007, s. 55-63). Brak jest natomiast jednoznacznych danych odnoszących się do wpływu alkoholu na płodność. Według niektórych badań może mieć on negatywny wpływ na proces dojrzewania u dziewcząt. Dzieje się tak ponieważ po konsumpcji alkoholu, obniża się poziom estrogenów u dojrzewających dziewcząt (tamże). Wśród kobiet, które nadmiernie spożywają alkohol zauważono częstsze cykle bezowulacyjne, ponadto cykle te częściej są nieregularne niż u kobiet pijących mniej (tamże, 2007). Spożycie przez kobietę ponad 90g alkoholu dziennie, w 30% przypadków wiąże się z zaburzeniami płodności (tamże).

Spożywany alkohol potocznie nazywany jest pustymi kaloriami, gdyż nie ma w nim witamin ani minerałów. Powoduje on negatywne skutki dla przewodu pokarmowego, np. może pojawiać się zgaga, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka. Ponadto zauważono gorsze wchłanianie pokarmów, czego efektem może być niedożywienie wynikające z niedoboru witamin (Kłopotcka, Budzyński, Świątkowski, 2004, s.11-12).

Alkohol pity regularnie uszkadza wątrobę, pomimo właściwości regeneracyjnych, jakie posiada ten organ. Jeśli zmiany są zbyt duże, nie ma możliwości odbudowy tkanek tego narządu. Może dojść do stłuszczenia, zapalenia, zwłóknienia, aż wreszcie do marskości (Bąbała, Działo, Deptuła, 2011, s. 189-194).

Regularne spożywanie alkoholu może prowadzić także do dysfunkcji trzustki. Objawiające się ostrym zapaleniem tego organu lub przejściem w stan przewlekły, co w konsekwencji może skutkować chorobą nowotworową (Kłopotcka, Budzyński, Świątkowski, 2004, s. 11-12). Innymi powikłaniami nadużywania alkoholu może być refluks przełykowy, uszkodzenie błony śluzowej żołądka i przełyku, zaburzenia trawienia i wchłaniania pokarmów (tamże). Efektem nadużywania alkoholu może być w rezultacie choroba nowotworowa także żołądka, przełyku, trzustki lub jelita. Spożywanie alkoholu w ciąży wpływa negatywnie na rozwijający się płód. Jedną z najpoważniejszych konsekwencji jest Płodowy Zespół Alkoholowy lub Zespół Alkoholowy Płodu (FAS). Wciąż nie jest znana ilość alkoholu, jaka szkodzi nienarodzonemu dziecku, zatem na czas ciąży zalecana jest abstynencja (Szychta, Skoczyła, Laudański, 2008, s. 309-313).

5. Używki – dym tytoniowy

Mężczyźni prowadzą w statystykach dotyczących palenia papierosów (31%), jednak kobiety w Polsce palą coraz więcej (23%) (raport, 2013). Zarówno te, które planują ciążę jak i te, które jej nie planują. Niepokoi także fakt, że mimo wielu badań i powszechnej opinii społeczeństwa na temat szkodliwości tytoniu, palą również kobiety w ciąży (19-26%) (Sitarz, Wójtowicz, 2015, s. 11-16).

Palenie czynne pociąga za sobą negatywne skutki: choroby układu sercowo-naczyniowego, niedotlenienie tkanek i narządów, choroby nowotworowe, zawał serca, choroba niedokrwienna serca, udar mózgu (tamże). Bierne palenie może powodować miażdżycę, astmę czy sprzyjać infekcjom dróg oddechowych (tamże).

Skutki palenia to przede wszystkim zaburzenia hormonalne, które mogą powodować niepłodność a nawet bezpłodność (tamże). Substancje toksyczne zawarte w papierosach wpływają na podwzgórze, przysadkę, nadnercza i tarczycę palacza. Wykazano także związek pomiędzy paleniem a dysfunkcjami osi podwzgórze- przysadka- jajnik (Caserta, Bordi, Di Segni, 2013, s. 813-818)

U palących kobiet występują nieregularne miesiączki o nieprawidłowym charakterze, częste są także cykle bezowulacyjne, częstsze występowanie ciąż ektopowych oraz przedwczesna menopauza. Ponadto częściej chorują na nowotwory (w tym nowotwór macicy oraz piersi) oraz na choroby sercowo-naczyniowe i osteoporozę (Sitarz, Wójtowicz, 2015, s. 11-16).

Bardzo dużym ryzykiem wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej obarczone są kobiety, które stosują antykoncepcję hormonalną i palą papierosy. Palenie ma wpływ na funkcjonowanie jajników a w konsekwencji wpływa na syntezę i produkcję hormonów: progesteronu i estradiolu. Wśród kobiet, które stosowały metodę zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*, wykazano związek między paleniem a nieprawidłowościami związanymi z dojrzewaniem komórki jajowej (Sitarz, Wójtowicz, 2015, s.11-16). Co ważne, substancje toksyczne zawarte w papierosach powodują zmniejszanie rezerwy jajnikowej, co jest niewątpliwie jedną z przyczyn niepłodności.

Badania epidemiologiczne wskazują, że obecnie 30% kobiet w ciąży pali tytoń, a ponad połowa kobiet niepalących narażona jest na ryzyko palenia biernego. (Stefaniak, Dmoch-Gajzlerska, 2016, s. 21 – 22).

Papierosy mają wpływ na długość trwania ciąży, zdecydowanie skracając jej czas. Powodują również inne komplikacje położnicze, takie jak ciąża ektopowa, poronienia samoistne, łożysko przodujące czy przedwczesne pęknięcie błon płodowych oraz poród przedwczesny. Nowonarodzone dzieci matek palących wykazują większe ryzyko do SIDS, czyli zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej (Sitarz, Wójtowicz, 2015, s. 11-16).

Kolejnym negatywnym skutkiem dla rozwijającego się płodu jest wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu (IUGR) spowodowane niewydolnością jednostki maciczno-płodowej. Nikotyna krążąca w organizmie matki, a w rezultacie również i dziecka, powoduje nieprawidłowy przepływ maciczno – łożyskowy. Konsekwencją tego jest niższe stężenie tlenu i substancji odżywczych w organizmie dziecka, a przez to jej gorszy rozwój.

Podsumowanie

Zachowania zdrowotne, jakie podejmują kobiety, mają bezpośredni wpływ na ich zdrowie, a w konsekwencji także na płodność, która może być niszczone przez różne czynniki m.in. wpływ środowiska, styl życia czy używki.

Tematyka zdrowia, profilaktyki i zachowań zdrowotnych opisana jest przez wielu autorów. Niemało jest także badań prowadzonych w zakresie zdrowego stylu życia, wiele jest także zaleceń i rekomendacji ekspertów. Wśród opublikowanych badań trudno jest jednak znaleźć te, które dotyczą wprost naturalnych metod rozpoznawania płodności. Temat ten nadal pozostaje otwarty do prowadzenia kolejnych badań, które wskażą zarówno zalety jak i wady metod naturalnych. Bardzo uboga jest literatura dotycząca wpływu antykoncepcji hormonalnej na płodność i dalsze cykle kobiety. Wydaje się, że jest to obszar, który z pewnością wymaga gruntownej analizy naukowej odwołującej się do Evidence Base Medicine (medycyny opartej na faktach).

W naukach o zdrowiu niezwykle ważne jest propagowanie rzetelnej wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, płodności, czynników mających na nią pozytywny lub destrukcyjny wpływ. W wychowaniu młodych ludzi do rodzicielstwa należy zwracać uwagę na kształtowanie właściwych prozdrowotnych postaw, na działania potęgujące i wspierające zdrowie, zarówno w wymiarze biologicznym, psycho-społecznym i kulturowym.

Bibliografia:

- Achremowicz B., Korus J. (2007), Potrzeba regulacji zawartości izomerów trans kwasów tłuszczowych w żywności, *Żywność, Nauka, Technologia, Jakość*, nr 3 (52), s. 5-14.
- Bąbała A., Działo J., Deptuła W. (2011), Alkohol a zdrowie, *Kosmos, Problemy Nauk Biologicznych*, nr 60, s. 189-194.
- Bień A., (2009), *Opieka nad kobietą ciężarną*, Warszawa: PZWL.
- Caserta D., Bordi G., Di Segni N., (2013) The influence of cigarette smoking on a population of infertile men and women, *Gynecology and Obstetrics* nr 287, pp. 813-818.

- Gniazdowski A. (1990), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź: IMP.
- Hajduk M. (2013), Wpływ wybranych składników pokarmowych na funkcjonowanie układu rozrodczego u kobiet, *Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, nr 1 (9), s. 29-33.
- <http://old.pijodpowiedzialnie.pl/tns/pdf/raport.pdf>
- Kłopocka M., Budzyński J., Świątkowski M. (2004), Wpływ przewlekłego nadużywania alkoholu na morfologiczne i czynnościowe zmiany w przewodzie pokarmowym, *Wiadomości Lekarskie*, nr 57, s. 11-12.
- Makowski M., Połać I., Pertyński T. (2007), Estrogeny a rak sutka, *Przegląd Menopauzalny*, nr 3, s. 150–154.
- Marchewka A., Jungiewicz M. (2008), Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku, *Gerontologia Polska*, nr 2 (16), s. 127-130.
- Moskalewicz J. (2007), Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania*, nr 1 (20), s. 55-63.
- Nassaralla C., Stanford J.B., Daly D. (2011), Characteristics of the Menstrual Cycle After Discontinuation of Oral Contraceptives, *Journal of Women's Health*, nr 2 (20).
- Plinta R., Olszaniecka-Glinianowicz M., Droszol-Cop A. (2012), Stan odżywienia i zwyczaje żywieniowe a stężenie estradiolu w surowicy krwi i jego zmiany w okresie przygotowawczego do sezonu rozgrywek ligowych u piłkarek ręcznych i koszykarek, *Ginekologia Polska*, nr 83, s. 674-680.
- Raport z ogólnopolskiego badania ankietowanego na temat postaw wobec palenia tytoniu (2013), TNS Polska dla Głównego Inspektoriatu Sanitarnego, Warszawa.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy (2006), *Przegląd Menopauzalny*, nr 4, s. 198-201.
- Rich-Edwards J.W., Spiegelman D., Garland M. (2002), Physical activity, body mass index and ovulatory disorder infertility, *Epidemiology*, nr 13, pp. 184-190.
- Serdyńska M., Pawelczyk L., Jędrzejczak P., Słomko Z. (2008), *Ginekologia*, Warszawa: PZWL.
- Sitarz A., Wójtowicz A. (2015), Wpływ dymu papierosowego na płodność kobiety, *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, nr 2 (18), s. 11-16.
- Stefaniak M., Dmoch-Gajzlerska E. (2016), Response to provision and effect of quit-smoking counselling by primary care midwives, *Midwifery*, nr 34, pp. 21 – 22.
- Stadnicka G., (2009), *Opieka przedkoncepcyjna*, Warszawa: PZWL.
- Stańczak J., Stelmach K., Urbanowicz M., (2016), Główny Urząd Statystyczny, Departament badań demograficznych i rynku pracy, *Małżeństwa i dzietność w Polsce*, Warszawa.

- Strelau J., Sęk H, (2005), *Zdrowie behawioralne. Psychologia – Podręcznik akademicki*, Gdańsk: GWP.
- Szychta W., Skoczylas M., Laudański T. (2008), Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, nr 1 (4), s. 309-313.
- Świątkowska D. (2013), Żywnienie a płodność. Dieta kobiet w okresie prokreacyjnym, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, nr 1 (9), s. 102-106.
- Troszyński M., (2009), *Rozpoznawanie płodności*, Warszawa: Bonami.
- Zatoń K., Zatoń K. (2014), Aktywność fizyczna a zdrowie, *Rozprawy naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, nr 45, s. 34-40.

dr hab. Bogusława Lachowska
*Institut Psychologii,
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*
dr Anna Matuszewska
*Institut Psychologii,
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*
dr hab. Stanisław Lachowski
*Institut Socjologii
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
Lublin*

System wartości kobiet a ich postawy wobec macierzyństwa

1. Wprowadzenie

Macierzyństwo to zespół wielu zachowań, działań i zabiegów związanych z podjęciem przez kobietę roli matki, czyli z urodzeniem dziecka, prowadzeniem go do pełnego rozwoju oraz z kierowaniem jego wychowaniem (Lachowska, 2006; 2008). Macierzyństwo uważane jest za najważniejszą rolę życiową kobiety (Rostowska, 2008) i jest wyjątkowym uczestnictwem kobiety w kształtowaniu się nowej osoby (Stefan, 1998). Macierzyństwo realizowane jest we współdziałaniu z ojcem dziecka, tworząc razem rodzicielstwo. Specyficznymi elementami rodzicielstwa kobiet (macierzyństwa) jest poczęcie nowego życia, ciąża, poród, karmienie naturalne dziecka. Istotnym elementem macierzyństwa jest ekspresja uczuć macierzyńskich, czyli okazywanie dziecku ciepła, serdeczności, wyrozumiałości, przywiązania (Rembowski, 1978). Celem macierzyństwa nie jest posiadanie dziecka, ale danie mu możliwości wyjścia w świat, co oznacza usamodzielnienie się dziecka, jego życie na własną odpowiedzialność i bycie zdolnym do podjęcia odpowiedzialności za innych (Braun-Gałkowska, 1999). Wyniki badań wskazują, iż pomimo dokonujących się przemian społecznych, kulturowych i ekonomicznych, rodzicielstwo nadal uważane jest za ważne. Badania Ignatczyk (2002) ukazują, iż aż 93% młodych kobiet i 89% młodych mężczyzn pragnie zostać w przyszłości rodzicem a dziecko jest – ich zdaniem- wyrazem wzajemnej miłości małżonków. Jednakże dosyć wyraźny jest także trend do pozostawiania bezdzietnym: taki zamiar deklarowało około 12 % badanych. W świetle danych uzyskanych przez CBOS w 1996 roku planowanie bezdzietności wskazał 1% respondentów, zaś w 2002 roku – 2%, a w 2013 - 3% (CBOS, 2013).

Rozpoczęcie macierzyństwa w życiu kobiety przypada na okres młodości, obejmujący lata od 18. roku życia do 25.-30. roku życia. Większość zadań rozwojowych w tym okresie skupia się na tworzeniu rodziny. Według Havighursta (1981) wśród zadań rozwojowych stojących przed młodymi dorosłymi znajduje się wiele zadań związanych z życiem rodzinnym, takich jak wybór małżonka, učenje się współżycia z małżonkiem, założenie rodziny i wychowywanie dzieci. Według Eriksona w tym okresie życia człowiek musi poradzić sobie z rozwiązaniem dylematu rozwojowego intymność-izolacja (w wieku od 19.-do 25. roku życia) oraz dylematu płodność, generatywność-stagnacja (w wieku od 26. do 40. roku życia). Jak podkreślają Bernice i Neugarten (1993, za: Bakiera, 2013) udana realizacja zadań rozwojowych skoncentrowanych wokół rodzicielstwa wymaga od dorosłych pozytywnej postawy wobec rodzicielstwa oraz szerokiej wiedzy na temat opieki nad dzieckiem i jego zmieniających się potrzeb. Skoro pozytywna postawa wobec rodzicielstwa ma tak ogromne znaczenie dla powodzenia w realizacji zadań z nim związanych, ważne i niezwykle istotne wydaje się poszukiwanie czynników tę postawę kształtujących. W niniejszym badaniu czynników tych poszukiwano w obszarze preferowanych przez jednostkę wartości.

Zagadnienie postaw jest szeroko omawiane na gruncie wielu nauk. Termin „postawa” został wprowadzony do nauk społecznych przez W.J. Thomasa i F. Znanieckiego w pracy *„Polish Peasant in Europe and America”* (1920). Oznaczał on aktualne i potencjalne reakcje osoby wobec społecznego świata. Zdaniem autorów, postawa jest zawsze reakcją wobec jakiejś wartości, rozumianej jako fakt mający empiryczną treść. G. Böhner i M. Wänke (2004) szerzej rozumieją pojęcie postawy przyjmując, że jej przedmiotem może być każda rzecz nieożywiona - konkretna lub abstrakcyjna, a także osoba, czy też grup. W socjologii badacze powołują się najczęściej na definicję Stefana Nowaka (1973, s. 23), zgodnie z którą postawa wobec jakiegoś przedmiotu to ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego reagowania na niego oraz towarzyszących im względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu oraz względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu. Psychologiczne ujęcie postawy prezentuje W. Prężyna (1984, s. 19) twierdząc, że „treścią postawy jest względnie stałe ustosunkowanie, które wyraża się w gotowości podmiotu do pozytywnej lub negatywnej reakcji (intelektualnej, emocjonalnej i behawioralnej) wobec jej przedmiotu”.

Podobnie pojęcie to rozumie Wojciszke (2011, s. 200) podkreślając, iż postawa wobec jakiegoś obiektu to względnie trwała tendencja do pozytywnego lub negatywnego wartościowania tego obiektu, co oznacza, że zawsze określenie czyjejs postawy wobec jakiegoś obiektu wiąże się z umiejscowieniem człowieka na dwubiegunowym kontinuum wartościowania danego obiektu, rozciągającym się od stosunku skrajnie negatywnego do skrajnie pozytywnego. Jak podaje Autor,

wartościowanie to może mieć charakter wzbudzonej przez obiekt emocji, bardziej chłodnej jego oceny lub też bezwiednej automatycznej reakcji.

Hinchliffe, Hooper i Roberts (1987, za: Bartosz, 2002) uważają, że kobiety różnią się między sobą ze względu na postawę wobec macierzyństwa, zaś uwarunkowania tych postaw są skomplikowane, ponieważ wpływają na nie czynniki biologiczne, kulturowe, osobowościowe oraz sytuacyjne. Maciarz (2004) wśród czynników wpływających na decyzję kobiety o urodzeniu dziecka wymienia jej doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego, jej cele życiowe, życiowe doświadczenia, osobowość oraz jej system wartości.

Postawy mogą w życiu człowieka pełnić różne funkcje (Cencini i Manenti, 2002). Jedną z nich jest wyrażanie wartości, dzięki czemu jednostka może lepiej żyć i kierować się wartościami, które stanowią ideał jej życia. Poprzez zachowanie jednostka może bowiem potwierdzać i realizować własne przekonania a wyrażanie siebie w sposób zgodny z tym, co jest dla niej najbardziej wartościowe może być źródłem przyjemności. Zatem, w pełni uzasadnione wydaje się oczekiwanie zależności między preferowanymi przez kobietę wartościami a jej postawą wobec macierzyństwa.

Schwartz (1992, za: Ciecuch i Zaleski, 2011), odwołując się do definicji Rokeacha (1973), definiuje wartość jako poznawczą reprezentację motywacyjnego, godnego pożądanego, ponad sytuacyjnego celu i przypisuje jej następujące cechy formalne: są to przekonania powiązane z emocjami, dotyczą pożądanego celu ludzkiego życia, są motywacją do działania, nie ograniczają się do konkretnych sytuacji, kierują procesami selekcji i oceny zachowań oraz zdarzeń, nie muszą być uświadomione w codziennym życiu, ułożone są według hierarchii we względnie stałym zbiorze preferencji zaś działanie ludzkie jest kierowane zbiorową ważnością wartości a nie pojedynczymi preferencjami. Zdaniem Schwartza (1992) struktura ludzkich wartości ma formę uniwersalnego i motywacyjnego kołowego kontinuum. Uniwersalizm oznacza, iż zaproponowany katalog wartości jest zbiorem wyczerpującym, zaś wartości u poszczególnych jednostek układają się w sposób indywidualny i hierarchiczny, ale zostają zaczerpnięte z elementów uniwersalnego koła a zbiór wartości jest właściwy dla wszystkich kultur i ludzi. Z kolei motywacja leżąca u podstaw wartości sprawia, że jedne wartości są do siebie podobne, a inne – nie. Jak podkreśla Schwartz (1992) wszystkie wartości, bez względu na ich ostateczną liczbę, można umieścić w obrębie okręgu zgodnie z zasadą zgodności i konfliktu. Zatem wartości podobne do siebie sąsiadują ze sobą w modelu kołowym i mogą być współrealizowane ze względu na to, że mają podobny cel. Z kolei wartości znajdujące się w modelu kołowym naprzeciw siebie nie mogą być realizowane jednocześnie, ponieważ ich cele są rozbieżne.

Wyniki badań Ignatczyk (2002) pozwalają na zidentyfikowanie następujących postaw wobec macierzyństwa: pragnienie urodzenia dziecka, ograniczenie liczby

dzieci w stosunku do tej pierwotnie planowanej, planowanie bezdzietności. Badania postaw wobec macierzyństwa mogą dotyczyć dwóch zasadniczych komponentów: poznawczego i behawioralnego. Komponent poznawczy postawy wobec macierzyństwa może obejmować zamiar czyli intencję podjęcia roli oraz przekonania na temat obiektu postawy, czyli zasób wiadomości oraz przekonania na temat macierzyństwa. Z kolei komponent behawioralny to faktyczne podjęcie roli rodzicielskiej.

Wyniki wielu analiz wskazują na zróżnicowany związek postaw z zachowaniem (Wojciszke, 2005). Uważa się jednak, że możliwe jest dobre prognozowanie zachowania wtedy, kiedy postawa wobec danego obiektu jest szczegółowa i konkretna (Davidson i Jaccard, 1979, za: Wojciszke, 2005). Ponadto, postawa jest tym lepszym predyktorem zachowania, im bardziej złożony jest wskaźnik tego zachowania, czyli im więcej sytuacji obejmuje (Fishbein i Ajzen, 1974, za: Bohner i Wanke, 2004). Wyniki badań wskazują, że związki między intencją zachowania a faktycznym zachowaniem są stosunkowo silne, na przykład przyjmują wartości od 0,33 do 0,50 w przypadku dobrowolnego odejścia z organizacji (Lachowska, 2011). W świetle powyższych rozważań za zasadne uznano, by przedmiotem badań uczynić poznawczy aspekt postawy wobec macierzyństwa i w badaniu uwzględnić zamiar, czyli intencję urodzenia dziecka oraz przekonania o macierzyństwie.

2. Badania własne

2.1. Osoby badane

Badaniami objęto grupę 163 kobiet, studentek ostatniego roku studiów na kierunkach: prawo, farmacja, psychologia, zarządzanie, socjologia, matematyka, filologia polska. Badane studentki były w wieku od 22 do 27 lat ($M = 23,52$ $SD = 0,97$), przy czym najwięcej kobiet (83,4% ogółu badanej grupy) było w wieku 23-24 lata. Większość badanych osób (65,6% ogółu) deklarowała, iż pozostaje aktualnie w związku z mężczyzną (mniej lub bardziej trwałym, ale w nie w związku małżeńskim). Żadna z uczestniczek badania nie posiadała dziecka. Zdecydowana większość kobiet nie była aktywna zawodowo (87,1%). Większość badanych mieszka w miastach: dużych (powyżej 100 tys. mieszkańców) (69,3%) lub mniejszych (21,5%). Zaledwie 9,2% badanych mieszka na wsi. Nieco ponad połowa badanych studentek (54,6% ogółu) deklaruje, iż aktualnie współżyje seksualnie, przy czym 93% spośród nich podaje, iż stosuje środki antykoncepcyjne. Pozostawanie w związku z mężczyzną istotnie wiąże się z podjęciem współżycia, a podjęcie współżycia seksualnego istotnie wiąże się ze stosowaniem środków antykoncepcyjnych: 77,0% kobiet będących w związku podaje, iż współżyje seksualnie, przy czym 93% tej

grupy stosuje środki antykoncepcyjne. W grupie studentek podających, iż nie pozostają we względnie stałym związku z mężczyzną, około 15% grupy deklaruje, iż prowadzi aktywne życie seksualne, przy czym 100% tej grupy stosuje środki antykoncepcyjne.

2.2. Narzędzia pomiaru zmiennych

Pomiaru zamiaru/intencji urodzenia dziecka dokonano za pomocą skali składającej się z 6 stwierdzeń:

Zamiar urodzenia dziecka

Poniżej znajdują się stwierdzenia, z którymi może się Pani zgodzić lub nie zgodzić. Proszę wpisać na linii przed każdym stwierdzeniem odpowiedni numer z podanej niżej pięciopunktowej skali, który najbardziej odpowiada Pani opinii:

- 1 – zdecydowanie się nie zgadzam
- 2 – raczej się nie zgadzam
- 3 – trudno powiedzieć czy się zgadzam, czy się nie zgadzam
- 4 – raczej się zgadzam
- 5 – zdecydowanie się zgadzam
 - Często myślę o tym, żeby mieć dziecko.
 - Zamierzam zająć w ciążę w przyszłym roku.
 - Zamierzam urodzić dziecko w niedalekiej przyszłości.
 - Jestem zdecydowana na to, żeby zostać matką.
 - Chciałabym mieć dziecko najszybciej, jak to tylko możliwe.
 - Nie myślę o urodzeniu dziecka*

*wynik w tym stwierdzeniu wymaga rekodowania

Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego stwierdzenia za pomocą pięciostopniowej skali odpowiedzi na której 1 oznacza, iż zdecydowanie się nie zgadza ze stwierdzeniem, zaś 5 – iż zdecydowanie się zgadza. Eksploracyjna analiza czynnikowa pozwoliła na wyłonienie jednej składowej. Wartości ładunków poszczególnych stwierdzeń wahają się w granicach od 0,609 do 0,869. Skala posiada satysfakcjonującą rzetelność określoną za pomocą współczynnika alfa Cronbacha = 0,87. Wyniki możliwe do uzyskania mieszczą się w przedziale od 6 do 30. Trafność skali potwierdza jej związek z deklaracjami osób badanych dotyczącymi ich planów odnośnie do urodzenia dziecka.

Osoby badane pytane o zamiar urodzenia dziecka miały możliwość wyboru jednej spośród czterech możliwości:

1. Tak - tak szybko, jak tylko to możliwe, na przykład zaraz po ukończeniu studiów, szkoły,
2. Tak, ale nie od razu; dopiero za jakiś czas, za kilka lub kilkanaście lat, gdy ułożą się inne moje sprawy,
3. Nie, nigdy,
4. Nie wiem.

Analizy przeprowadzone za pomocą testu Kruskala-Wallisa ukazały, że kobiety wybierające odpowiedź pierwszą, drugą oraz trzecią lub czwartą istotnie różnią się między sobą ze względu na intencję urodzenia dziecka mierzoną za pomocą skali ($\chi^2 = 56,89$, $df = 3$, $p \leq 0,001$): intencja urodzenia dziecka jest największa w przypadku odpowiedzi 1., istotnie mniejsza w przypadku odpowiedzi 2. a najmniejsza - w grupie osób wybierających odpowiedź 3. i 4.

Postawy kobiet wobec macierzyństwa określono charakteryzując ich przekonania o macierzyństwie za pomocą Skali Przekonań o Macierzyństwie (SPoM). Skala ta została opracowana na podstawie skali motywacji nieposiadania dzieci lub odkładania macierzyństwa w czasie przez kobiety pozostające w związkach (Tanturri i Mencarini, 2008). W wersji oryginalnej skali, składającej się z 15 stwierdzeń, uwzględniono cztery grupy czynników wyjaśniających interesujące autorów zjawisko. Są to:

1. koszty ekonomiczne i inne ograniczenia spowodowane urodzeniem dziecka,
2. straty dotyczące pracy zawodowej i kariery,
3. niestabilność związku lub inne trudności doświadczane przez parę,
4. problemy zdrowotne lub związane z wiekiem.

W badaniu własnym treść tych stwierdzeń dostosowano do grupy kobiet niepozostających w związku małżeńskim. Trafność i rzetelność skali potwierdzono we wcześniejszym badaniu. Opracowana Skala Przekonań o Macierzyństwie (SPoM) składa się z jedenastu stwierdzeń (Tabela 1). W efekcie eksploracyjnej analizy czynnikowej wyodrębniono trzy czynniki, które nazwano: Przekonanie, iż dziecko wymaga zbyt wielu poświęceń; Przekonanie, iż posiadanie dziecka pogorsza jakość życia; Przekonanie, iż dziecko ogranicza możliwości kariery zawodowej.

Preferowanie wartości określono za pomocą Portretowego Kwestionariusza Wartości (PVQ-40) Shaloma Schwartza w polskiej adaptacji Ciecucha i Zaleskiego (2011). Kwestionariusz ten mierzy preferencję 10 wartości, które mogą być ujęte w cztery grupy wartości (Ciecuch, 2013): przekraczanie siebie (obejmujące uniwersalizm i życzliwość), umacnianie siebie (obejmujące władzę i osiągnięcia), otwartość na zmiany (obejmująca kierowanie sobą i stymulację) oraz zachowawczość (obejmująca przystosowanie, tradycję i bezpieczeństwo). Hedonizm stanowi wartość

graniczną, wchodzącą w skład dwu grup wartości: umacniania siebie i otwartości na zmiany. Stwierdzenia skali pozwalają na opis osób badanych przez pryzmat ważnych dla nich celów, aspiracji i przekonań. Kwestionariusz posiada potwierdzoną rzetelność i trafność.

Tabela nr 1. Stwierdzenia skali do badania przekonań o macierzyństwie - wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej

Treść stwierdzenia	Ładunek czynnikowy		
	I składowa: Zbyt wiele poświęceń	II składowa: Pogorszenie jakości życia	III składowa: Ograniczenie możliwości kariery zawodowej
1.Posiadanie dzieci jest zbyt kosztowne	0,745	0,103	-0,026
2.Dziecko wymaga zbyt wielu poświęceń	0,734	0,356	0,308
3.Gdy ma się dziecko, to nie można w pełni korzystać z uroków życia	0,716	0,243	0,331
4.Dziecko wymaga od rodziców rezygnacji ze zbyt wielu rzeczy	0,712	0,222	0,304
5. Młodzi małżonkowie chcą spędzić jakiś czas tylko we dwoje, bez dzieci	0,545	0,043	0,112
6.Po urodzeniu dziecka kobieta przestaje być atrakcyjna	0,024	0,831	0,108
7. Urodzenie dziecka powoduje, że życie seksualne nie jest już tak udane	0,232	0,809	0,154
8.Po urodzeniu dziecka figura kobiety już nigdy nie jest tak dobra, jak przed porodem	0,172	0,699	-0,044
9.Gdy ma się dziecko, trzeba zrezygnować z życia towarzyskiego	0,305	0,684	0,340
10. Gdy ma się dziecko, nie jest możliwe by pracować tak intensywnie, by realizować swoje cele zawodowe	0,173	0,117	0,913
11. Mając dziecko jest się zmuszonym do zrezygnowania z wielu celów zawodowych	0,292	0,135	0,867
Procent wyjaśnionej wariancji (w sumie: 66,64%)	43,59%	13,44%	9,61%
Alfa Cronbacha (dla całej skali wynosi 0,86)	0,81	0,79	0,89

Metoda wyodrębniania czynników: Głównych Składowych; Metoda rotacji: Varimax z normalizacją Kaisera; Miara KMO adekwatności doboru próby: 0,836; Test sferyczności Bartletta: chi-kwadrat=640,397; df=55; p<0,001

Religijność określono za pomocą stwierdzenia: „*Jak Pani ocenia swoją religijność?*”. Osoba badana udzieliła odpowiedzi na pięciostopniowej skali odpowiedzi od : „jestem zdecydowanie niewierząca” (1 na skali odpowiedzi),

poprzez: „jestem raczej niewierząca”; „trochę niewierząca”, „trochę wierząca”; „jestem wierząca”, do: „jestem bardzo wierząca” (5 na skali odpowiedzi).

2.3. Wyniki badania

Większość badanych kobiet (79,1%), studentek ostatniego roku studiów, deklaruje zamiar urodzenia dziecka, ale nie od razu, dopiero za jakiś czas, za kilka lub kilkanaście lat, gdy ułożą się inne życiowe sprawy. Jedynie 13 kobiet (8,0% ogółu) deklaruje chęć urodzenia dziecka tak szybko, jak tylko to możliwe, na przykład zaraz po ukończeniu studiów. Niewielka grupa kobiet (7 osób, co stanowi 4,3% ogółu) stwierdza, iż nie chcą urodzić. Zaledwie 14 osób (8,6% ogółu badanych) podaje, iż nie ma zdania w tej kwestii.

Zamiar urodzenia dziecka ($M = 12,83$; $SD = 4,85$) pozostaje w pozytywnym umiarkowanym związku z deklarowaną religijnością ($M = 2,56$; $SD = 0,92$) oraz w słabym, ale istotnym statystycznie związku z faktem pozostawania w związku z mężczyzną. Nie stwierdzono natomiast związku intencji macierzyńskiej z warunkami ekonomicznymi kobiet i liczbą rodzeństwa w ich rodzinach pochodzenia (tabela nr 2).

Tabela nr 2. Wartości współczynników korelacji r Pearsona między intencją prokreacji a postawą wobec macierzyństwa i zmiennymi demograficznymi

Wartości:	Intencja prokreacyjna	Dziecko wymaga wielu wyrzeczeń	Dziecko pogarsza jakość życia	Dziecko ogranicza możliwość kariery zawodowej	Negatywna postawa wobec macierzyństwa (ogółem)	Pozostawanie w związku	Warunki ekonomiczne	Liczba rodzeństwa	Religijność
Intencja prokreacyjna	-								
Dziecko wymaga wielu wyrzeczeń	-0,54***	-							
Dziecko pogarsza jakość życia	-0,41***	0,50***	-						
Dziecko ogranicza możliwość kariery zawodowej	-0,26***	0,54***	0,36***	-					
Negatywna postawa wobec macierzyństwa (ogółem)	-0,50***	0,89***	0,79***	0,69***	-				
Pozostawanie w związku	0,16*	0,03	-0,13	-0,01	-0,01	-			
Warunki ekonomiczne	0,04	-0,02	-0,08	0,01	0,05	0,03	-		
Liczba rodzeństwa	-0,02	0,03	-0,08	-0,07	-0,09	0,12	0,13	-	
Religijność	0,36***	-0,36***	-0,21*	-0,22**	-0,39***	0,04	0,08	-0,10	-

W przypadku zmiennych: pozostawanie w związku, warunki ekonomiczne, liczba rodzeństwa, religijność wynik wyższy wskazuje odpowiednio na: posiadanie partnera, lepsze warunki ekonomiczne, większą liczbę rodzeństwa, większą religijność.

Zamiar urodzenia dziecka jest w silnym ujemnym związku z negatywnymi przekonaniemiami o macierzyństwie (tabela nr 2). Zamiar ten jest tym mniejszy, im silniejsze jest przekonanie, iż dziecko wymaga od rodziców zbyt wielu wyrzeczeń, że pogarsza ono jakość życia rodziców oraz utrudnia karierę zawodową.

W celu określenia związku między trzema wyróżnionymi przekonaniemiami o macierzyństwie a wielkością intencji macierzyńskiej przeprowadzono analizę danych za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 23. W celu określenia predyktorów intencji macierzyńskiej w grupie badanych studentek zastosowano hierarchiczną analizę regresji wielozmiennowej. W przypadku tej procedury zmienne wyjaśniające wprowadzane są do modelu w kolejnych krokach w oparciu o preferencje badacza. Umożliwia ona kontrolowanie wpływu pewnej grupy zmiennych na zmienną zależną, przy czym „regresja hierarchiczna pozwala stwierdzić, czy dodanie określonego zestawu zmiennych poprawia istotnie statystycznie jakość przewidywania w stosunku do typowych w danej dziedzinie predyktorów” (Bedyńska i Książek, 2012, s. 49). W przeprowadzonych analizach w pierwszym kroku wprowadzono zmienne: religijność i pozostawanie w związku w celu kontroli ich wpływu intencję macierzyńską. W kolejnym kroku wprowadzono trzy przekonania o macierzyństwie. W poszczególnych blokach zmienne wprowadzano, stosując metodę wprowadzania.

Tabela nr 3. Standaryzowane współczynniki regresji, statystyki R^2 i zmiany R^2 w poszczególnych modelach

Predyktory:	Zmienna wyjaśniana: intencja prokreacji	
	I model	II model
Pozostawaniu w związku	0,15	0,18*
Religijność	0,37***	0,17*
Dziecko wymaga zbyt wielu wyrzeczeń		-0,45***
Dziecko pogarsza jakość związku		-0,14
Dziecko ogranicza możliwości kariery zawodowej		0,10
R^2 skorygowane	16%***	34%***
ΔR^2		19%***

Oznaczenia poziomu istotności: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Objasnienia: w przypadku zmiennych: pozostawanie w związku i religijność, wartość większa oznacza posiadanie partnera oraz wyższy poziom religijności

W efekcie przeprowadzonych analiz (Tabela 3) stwierdzono, że predyktorami intencji macierzyńskiej są: przekonanie, iż dziecko wymaga zbyt wielu poświęceń ($\beta = -0,45$; $p \leq 0,001$) oraz pozostawanie w związku ($\beta = 0,18$; $p \leq 0,05$) i religijność ($\beta = 0,17$; $p \leq 0,05$). Oznacza to, że zamiar urodzenia dziecka w grupie badanych kobiet jest tym mniejszy, im silniejsze jest przekonanie o tym, że ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem wiąże się zbyt wiele poświęceń, a tym większy - im bardziej religijna jest osoba oraz jeśli pozostaje w związku z mężczyzną. Zmienne uwzględnione w modelu wyjaśniają łącznie aż 34% wariacji wyniku w kwestionariuszu mierzącym zamiar urodzenia dziecka. Wprowadzenie do modelu przekonań o macierzyństwie istotnie zwiększyło zakres wyjaśnionej wariacji intencji macierzyńskiej (wariancja wyjaśniona wzrosła aż o 19%).

Tabela nr 4. Współczynniki korelacji r Pearsona między wartościami a intencją prokreacyjną i postawą wobec macierzyństwa

Wartości:	Intencja prokreacyjna	Dziecko wymaga wielu wyrzeczeń	Dziecko pogarsza jakość życia	Dziecko ogranicza możliwość kariery zawodowej	Negatywne przekonania o macierzyństwie (ogółem)
1.Przystosowanie	0,24**	-0,25**	-0,24**	-0,03	-0,29***
2. Tradycja	0,30***	-0,34***	-0,23**	-0,10	-0,34***
3.Życzliwość	0,24**	-0,20*	-0,37***	-0,05	-0,30***
4.Uniwersalizm	0,06	0,03	-0,14	0,11	-0,11
5.Kierowanie sobą	-0,17*	0,15	-0,06	0,19*	0,10
6.Stymulacja	-0,07	0,16	0,01	0,12	0,14
7.Hedonizm	-0,15	0,30***	0,02	0,05	0,19*
8.Osiągnięcia	-0,12	0,17*	0,12	0,13	0,18*
9.Władza	-0,02	0,18*	0,12	0,16*	0,24**
10.Bezpieczeństwo	0,09	-0,11	-0,06	-0,03	-0,10

Poszukując odpowiedzi na pytanie o związek między preferowanymi wartościami a intencją prokreacyjną i przekonaniami o macierzyństwie analizie poddano wartości współczynników korelacji między tymi zmiennymi (Tabela nr 4). Stwierdzono słaby, ale istotny statystycznie, pozytywny związek intencji prokreacyjnej z następującymi wartościami: przystosowanie, tradycja, życzliwość oraz słaby ujemny związek z preferowaniem wartości kierowanie sobą. Ponadto, preferowanie wartości: przystosowanie, tradycja, życzliwość redukuje intensywność

negatywnych przekonań o macierzyństwie – o tym, iż dziecko wymaga zbyt wielu poświęceń oraz o tym, iż dziecko pogarsza jakość życia. Preferowanie wartości: hedonizm, osiągnięcia i władza sprzyja kształtowaniu przekonań o tym, iż dziecko wymaga zbyt wielu wyrzeczeń, zaś preferowanie wartości: kierowanie sobą i władza sprzyjają przekonaniu, iż dziecko ogranicza możliwości robienia kariery zawodowej przez rodziców.

Wnioski

Przekonanie, że dziecko wymaga od rodziców wielu poświęceń i wyrzeczeń, że pogarsza jakość życia, że zmusza do rezygnacji z własnych celów (np. zawodowych), że posiadanie dziecka pociąga za sobą różne straty i ograniczenia kształtuje negatywne postawy wobec macierzyństwa, co może przejawiać się rezygnowaniem z urodzenia dziecka lub odwlekaniem tej decyzji w czasie.

Występowanie negatywnych przekonań o macierzyństwie wiąże się z preferowaniem wartości z kategorii umacniania siebie (władza, osiągnięcia, hedonizm), zaś preferowanie wartości z kategorii zachowawczość (tradycja i przystosowanie) oraz przekraczania siebie (życzliwość) te negatywne przekonania redukuje. Wartości: tradycja, przystosowanie oraz życzliwość zmniejszają przekonania o tym, iż dziecko wymaga zbyt wielu wyrzeczeń oraz o tym iż pogarsza ono jakość życia rodziców. Z kolei wartości: władza, osiągnięcia i hedonizm, czyli wartości z kategorii umacniania siebie, sprzyjają przekonaniu, iż dziecko wymaga zbyt wielu wyrzeczeń, zaś preferowanie wartości: kierowanie sobą i władza sprzyjają przekonaniu, iż dziecko utrudnia robienie kariery zawodowej. Reasumując, można zatem stwierdzić, iż pozytywne postawy wobec macierzyństwa (wyrażające się zamiarem urodzenia dziecka i/lub niskim poziomem negatywnych przekonań o macierzyństwie) współwystępują z preferowaniem wartości z grupy zachowawczość (tradycja i przystosowanie) oraz z kategorii przekraczania siebie (życzliwość). Natomiast negatywnym postawom wobec macierzyństwa sprzyja preferowanie wartości z kategorii umacnianie siebie (władza i osiągnięcia) oraz z kategorii otwartość na zmiany (kierowanie sobą) a także wartości hedonizm, należącej do obydwu tych kategorii.

Pozytywnym postawom wobec macierzyństwa w grupie kobiet niezamężnych, stojących u progu dorosłego życia, kobiet kończących studia wyższe, sprzyja dbanie o dobro bliskich osób (życzliwość), akceptacja i szacunek oraz podtrzymywanie zwyczajów, tradycji (tradycja) oraz posłuszeństwo, samodyscyplina, ograniczanie własnych dążeń i impulsów (przystosowanie). Z kolei cenie sobie statusu i prestiżu społecznego, możliwości sprawowania kontroli i dominacji nad innymi ludźmi i zasobami (władza), osobistego sukcesu (osiągnięcia), dążenie do przyjemności i zaspokajania własnych potrzeb (hedonizm), oraz cenie sobie

niezależności w myśleniu i działaniu, wolności i możliwości autonomicznego wybierania własnych celów (kierowanie sobą), te pozytywne postawy wobec macierzyństwa może osłabiać. W kołowym kontinuum wartości Schwartza trzy wartości sprzyjające pozytywnym postawom wobec macierzyństwa (Tradycja, Przystosowanie oraz Życzliwość) są obok siebie, co oznacza, że cechuje je podobieństwo i mogą być realizowane jednocześnie. Te trzy wartości tworzą razem tę samą grupę interesów – interesów grupowych, które odnoszą się do wąskich grup, m.in. do rodziny (Cieciuch, 2013). Naprzeciwko nich znajdują się władza, osiągnięcia i hedonizm oraz kierowanie sobą – wartości, które nie mogą być współrealizowane z wartościami znajdującymi się po przeciwnej stronie koła. Wartości te pozostają w negatywnym związku z zamiarem urodzenia dziecka i pozytywnymi przekonaniami o macierzyństwie.

Bibliografia:

- Bakiera L., (2013), *Zaangażowane rodzicielstwo a autokreacyjny aspekt rozwoju dorosłych*. Warszawa: Difin.
- Bartosz B., (2002), *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Böhner, G. i Wänke, M., (2004), *Postawy i zmiana postaw*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bedyńska, S. i Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Bohner G., Wanke M. (2004), *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Braun-Gałkowska M., (1994), *W tę samą stronę. Książka dla nauczycieli o wychowaniu i lekcjach wychowawczych*, Warszawa: Krupski i S-ka
- Braun-Gałkowska M., (1999), *Mieć dziecko czy być matką*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 67-74), Lublin: RW KUL.
- Cencini A., Manenti A., (2002), *Psychologia a formacja*. Kraków: WAM.
- Chlewiński Z., (1991), *Dojrzałość: osobowość, sumienie, religijność*, Poznań: W Drodze.
- Cieciuch J., (2013), *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości*. Wydawnictwo Liberi Libri.
- Cieciuch J., Schwartz, S.H., (2012), The number of distinct basic values and their structure assessed by PVQ-40. *Journal of Personality Assessment*, nr 3 (94), pp. 321-328.
- Cieciuch J., Zaleski Z., (2011), Polska adaptacja Portretowego Kwestionariusza wartości Shaloma Schwartza. *Czasopismo Psychologiczne*, nr 2 (17), s. 251-262.
- CBOS (2013), *Rodzina i jej współczesne znaczenie. Komunikat z Badań*. BS/33.
- Havighurst R., (1981), *Developmental tasks and education* (wyd. III), New York: McKay.

- Ignaczyk, W. (2002), *System wartości rodzinnych młodzieży polskiej końca XX wieku*. Poznań: Bonami.
- Kukołowicz T., (red.), (1984), *Z badań nad rodziną*, Lublin: RW KUL.
- Lachowska, B. (2006). *Macierzyństwo, Aspekt psychologiczny, Istota i uwarunkowania*, (w:) *Encyklopedia Katolicka*, Tom XI, kol. 729-731, Lublin: TN KUL.
- Lachowska B.(2008). *Matka, aspekt psychologiczny*, (w:) *Encyklopedia Katolicka*, Tom XII, kol. 217-218, Lublin: TN KUL.
- Lachowska B., (2011). *Charakterystyki środowiska rodzinnego a intencja odejścia z organizacji*, (W:) *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*, L. Golińska i E. Bielawska-Batorowicz (red.), (s. 453-469), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Nowak, S., (1973). *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, (w:) *Teorie postaw*, S. Nowak (red.), Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Prężyna W., (1973), *Intensywność postawy religijnej a osobowość*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Rembowski J., (1978), *Rodzina w świetle psychologii*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Rostowska T., (2003), *Dojrzałość osobowa jako podstawowe uwarunkowanie życia małżeńskiego i rodzinnego*, (w:) *Psychologia w służbie rodziny*, I. Janicka, T. Rostowska (red.), (s. 45-55), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Rostowska, T., (2008), *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Stefan W., (1998). *Macierzyństwo w małżeństwie i w rodzinie*, (w:) *Macierzyństwo*, J. Augustyn (red.), (s. 23-27). Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy.
- Sęk H., (2000), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tanturri M. L. i Mencarini L., (2008), Motivations for having delayed maternity („postponers”) and for never having tried to have children („voluntarily childless” women). *Population and Development Review*, nr 1 (34), pp. 51-57.
- Trempała J., (2000), *Koncepcje rozwoju człowieka*, (w:) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, J. Strelau (red.), (s. 257-283), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojciszke B., (2005), *Postawy i ich zmiana*, (w:) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, J. Strelau (red.), Tom 3 (s. 79-106). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Worach-Kardas H., (1988), *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Ziemska M., (1975), *Rodzina a osobowość*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Thomas W.J., Znaniecki F. (1920), *Polish Peasant in Europe and America*, Boston 1918 - 1920.

dr Małgorzata Weryszko
Zakład Psychologii
Instytut Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Faza prokreacji jako wyzwanie dla małżeństwa

Wprowadzenie

Wśród faz życia rodzinnego wyróżnia się jako pierwszą fazę prokreacji, która związana jest z koncentracją małżonków na funkcji prokreacyjnej rodziny (Worach-Kardas, 1988). Jak podaje Maria Kielar-Turska, faza prokreacji przypada na okres młodości, w życiu kobiety kończy się ok. 30. roku życia (Kielar-Turska, 2003, s. 318). Poprzedza ona fazę wczesnego rodzicielstwa, obejmującą wczesne i średnie dzieciństwo dzieci, trwające od ich narodzin do 6 roku życia. Obie fazy, niekiedy nakładające się na siebie, to okres uczenia się ról rodzicielskich, uzgadniania obowiązków, odpowiedzialności za dom i rodzinę. Jest to również czas konfliktów rodzinnych, faza wysiłków na rzecz stabilizacji życia rodzinnego (Worach-Kardas, 1988).

Okres życia małżonków wraz z dziećmi trwa długo- średnio ok. 25 lat. Jest to okres bardzo zróżnicowany, wielofazowy. Czas od pojawienia się pierwszego i ewentualnie kolejnych dzieci jest okresem wymagającym wielu radykalnych zmian w zakresie dotychczasowego stylu życia małżonków, a przede wszystkim pogodzenia ze sobą wielu nowych obowiązków. Badania pokazują, że są to prawdopodobnie najtrudniejsze lata w życiu rodziców (Keizer, Schenk, 2012). Dla tego okresu przypisywany jest spadek zadowolenia z małżeństwa (DeMaris, Sanchez, Krivickas, 2012), socjologowie zaś opisują ten czas jako pierwszy szczyt rozwodowy (Dąbrowska-Caban, 2001). Uznaje się, iż rodzicielstwo jest dla małżeństwa jedną z najtrudniejszych prób (Pikuła, 2010). W naszej kulturze to właśnie rodzicielstwo, nie zaś samo małżeństwo, jest wskaźnikiem osiągnięcia statusu człowieka dorosłego (Plopa, 2011).

1. Faza prokreacji – czas życiowych zmian dla małżonków

Urodzenie pierwszego dziecka K. Kuryś (2010, s. 35) ujmuje jako krytyczne wydarzenie życiowe – czyli takie które „zatrzymuje dotychczasową aktywność człowieka i wymaga zastosowania nowych środków. Zaburza ono równowagę

jednostka-otoczenie, powodując taki stan destabilizacji, takie zaburzenie równowagi, które sprawia, że dotychczasowe formy zachowania stają się niewystarczające. Krytyczne wydarzenie wymaga więc istotnych zmian w mechanizmach przystosowawczych oraz przebudowy układu jednostka-otoczenie” (tamże, s. 35).

„Rodzicielstwo to ważne doświadczenie rozwojowe, zarówno kobiety jak i mężczyźni nadają temu wydarzeniu znaczenie osobiste. Jest to dla nich moment przełomowy, oczekiwany, związany z rozpoczęciem nowego rozdziału w ich życiu” (Kuryś, 2010, s.140). Z jej badań wynika, że większość rodziców przyznaje, iż urodzenie pierwszego dziecka to znaczący krok w dorosłość, bez względu na to czy wiąże z tym pozytywne, czy negatywne emocje (tamże).

Jak ukazuje literatura przedmiotu (Płopa, 2005) podjęcie roli rodzica wiąże się z doświadczaniem stresu, którego poziom określają takie czynniki jak: stopień, w jakim dana osoba chce zostać rodzicem, dotychczasowe doświadczenie w pełnieniu roli rodzica, przejrzystość wymagań roli rodzicielskiej oraz ilość i jakość wsparcia dostępna w początkowych fazach jej pełnienia.

Rodzicielstwo nowego tysiąclecia postrzegane jest jako zadanie trudne, ze względu na ograniczony wpływ rodziców na rozwój osobowości ich dzieci, przyczynę którego upatruje się w rozwoju nauki i techniki, niewłaściwych sposobach korzystania z tego dorobku oraz negatywnych informacjach odnośnie rodziny płynących za pośrednictwem mediów do opinii publicznej, osłabiając znaczenie rodziny i jej rolę oraz rodzicielski autorytet (Pikuła, 2010).

Z drugiej jednak strony, wydaje się, że nigdy wcześniej tak mocno jak współcześnie nie akcentowano i nie wspierano wagi emocjonalnej bliskości i psychicznej więzi rodzica z dzieckiem, otwartości, rozmowy, wspólnego spędzania czasu. Współczesne rodzicielstwo można zatem postrzegać jako z jednej strony niełatwe, ale mające szansę być wyjątkowo bliskie dziecku, a poprzez to wysoce satysfakcjonujące także dla rodziców.

2. Rodzicielstwo – szansa na nową jakość małżeńskiego życia

Jak podkreślają psychologowie (m.in. Płopa, 2003), rodzicielstwo to nie tylko doświadczenie związane ze stresem, ale również doświadczenie pozytywne, wspaniałe, zawierające w sobie szczególne doznania. Przejście do rodzicielstwa to wzrost płynącej z niego radości i przyjemności (Gottman, Notarius, 2000). Satysfakcja z wychowywania, przekazywania wiedzy, a także czerpania jej od dzieci (Twenge i in., 2003).

Dla wielu rodziców dzieci wnoszą w ich życie poczucie treści, celu, spełnienia, zaangażowania, podnoszą jego wartość. Stanowią o ciągłości rodziny, przekazują tradycje i rodzinne dziedzictwo następnym pokoleniom. Mogą dawać rodzicom poczucie większej jedności z ich rodzinami pochodzenia. Nierzadko dzieci zmieniają

ich życie, poprzez wyzwalanie w rodzicach większej aktywności, sposobu patrzenia na życie w perspektywie temporalnej. Ponadto, są nieustannym źródłem pozytywnych, głębokich uczuć. Obserwowanie ich rozwoju, dostarcza rodzicom ogromnej satysfakcji, poczucia spełnienia i dumy (Demo, 1992; Braun-Gałkowska, 2003, Plopa, 2005). „Pozytywna i konstruktywna postawa rodziców wobec posiadania dziecka (...) może się stać źródłem zadowolenia, radości i wzbogacenia wzajemnej miłości rodziców, oraz bardzo ważnym impulsem dla rozwoju ich osobowości, a przede wszystkim rozwoju osobowości ich dziecka” (Rostowski, 1993b, s. 16).

Badania podłużne dotyczące przejścia małżonków do rodzicielstwa wykazały, iż dla większości par okres ten może być zarówno bardzo stresujący jak i bardzo przyjemny (Gottman i Notarius, 2000). Niektórzy badacze (Bradbury, Fincham i Beach 2000) wskazują na paradoksalny wpływ posiadania dzieci na małżeństwo – z jednej strony zwiększa ono jego stabilność, z drugiej zaś obniża jego jakość. Badania dowodzą, iż ok. 40 do 70% par doświadcza spadku małżeńskiej jakości, wzrasta poziom małżeńskich konfliktów, pojawia się ryzyko depresji u obojga małżonków, następuje powrót do stereotypowych ról płciowych, rodzice doświadczają przeciążenia obowiązkami domowymi i opieką nad dzieckiem, ojcowie wycofują się w środowisko pracy, częstotliwość małżeńskich rozmów i małżeńskiego współżycia diametralnie spada (Gottman i Notarius, 2000).

Bardzo ważnym krokiem w literaturze dotyczącej tego tematu jest uznanie ogromnej różnorodności wśród par dotyczącej sposobów przystosowania się do rodzicielstwa (Bradbury, Fincham i Beach, 2000). Znaczenie ma tutaj wiele zmiennych, m.in. wspólne spędzanie czasu oraz częstość pojawiających się konfliktów. Czas wolny spędzany razem w okresie oczekiwania na dziecko prowadzi do deklarowanej przez żony większej miłości i mniejszej konfliktowości w pierwszym roku rodzicielstwa, zaś czas wolny spędzany osobno w okresie ciąży prowadzi do deklarowanej przez mężów mniejszej miłości i większej konfliktowości w pierwszym roku rodzicielstwa (Claxton i Perry-Jenkins, 2008). E. S. Kluwer, M. D. Johnson (2007, s.1102) dowiedli, iż częstsze małżeńskie konflikty w okresie ciąży wiążą się z niższą jakością związku w czasie przystosowania do rodzicielstwa. Z kolei niższa jakość związku w czasie ciąży wiązała się z częstszymi konfliktami w okresie przystosowania do rodzicielstwa.

3. Jakość małżeństwa a posiadanie dzieci

M. Plopa (2011, s. 30) krytycznie odnosi się do badań porównujących rodziców z osobami, które nie są rodzicami, z których wyciąga się prosty wniosek, iż rodzicielstwo obniża jakość relacji. Plopa argumentuje, iż porównywane pary mogły na starcie (przed rodzicielstwem) różnić się poziomem satysfakcji, niezależnie od

uzyskania statusu rodzica. Przykład mogą stanowić badania, w których okazało się, iż pary, które wkroczyły w rodzicielstwo- jeszcze przed zawarciem związku małżeńskiego lub niedługo czas po jego zawarciu charakteryzowały się niższą satysfakcją ze związku jeszcze przed zostaniem rodzicami w porównaniu do par, które zostały rodzicami „o czasie” (Helms-Erikson, 2001). Zatem, przyczyną niższego zadowolenia ze związku może być brak jego silnych podstaw, jeszcze przed rodzicielstwem.

Wiele badań pokazało silne powiązania pomiędzy małżeńskim systemem sprzed okresu rodzicielstwa (podkreślając znaczenie umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz poczucie sensu bycia razem) a systemem rodzic-dziecko oraz emocjonalno-społecznym i poznawczym rozwojem dziecka (np. Gottman i Notarius, 2000).

Nierzadko pary o niskiej satysfakcji ze związku pozostają razem ze względu na dzieci, w przekonaniu, iż rozwód może stanowić dla nich przyczynę problemów rozwojowych (Waite, Lillard, 1991). Stąd par o niskiej satysfakcji nieposiadających dzieci może być mniej ze względu na to, że łatwiej im się rozstać (por. Lavner, Bradbury, 2010).

Zdaniem H. Helms-Erikson (2001, s. 1108) różnice w jakości małżeńskiej związane z rodzicielstwem mogą mieć swoją przyczynę w odmiennym systemie wartości i odmiennych oczekiwaniach wobec rodzicielstwa.

Badania pokazują, że różnice indywidualne w satysfakcji małżeńskiej między rodzicami a nierodzicami mogą także wynikać z czynników pośrednich, np. z faktu, iż rodzice czują się młodszy w związku w porównaniu do małżonków nieposiadających dzieci (Menaghan, 1982).

Prowadzone przez trzy lata badania podłużne, w czasie których oceniano satysfakcję małżeńską w grupie rodziców i nierodziców, wykazały, iż obie grupy doświadczają spadków zadowolenia ze związku (White i Booth, 1985). Badanie to było pierwszym z wielu, w którym dowiedziono, iż satysfakcja małżeńska wśród rodziców zmienia się podobnie jak u małżonków niebędących rodzicami (por. Cowan, Cowan, 1988).

Jednakże część par w istocie doświadcza spadku satysfakcji z małżeństwa, szczególnie w czasie, gdy posiadają pierwsze dziecko (Plopa, 2011).

J.M. Twenge, W.K. Campbell oraz C.A. Foster (2003, s. 582) podkreślają, że duże znaczenie w sytuacji przejścia do rodzicielstwa ma radzenie sobie z pojawiającymi się trudnościami. Badacze wskazują na ważną rolę uważności, planowania i wzajemnej komunikacji małżonków (tamże).

3. Jakość małżeństwa w okresie oczekiwania na narodziny dziecka a pełnienie ról rodzicielskich

Z badań wynika, iż zainteresowanie ojca dzieckiem oraz jego matką już w okresie prenatalnym przyczynia się do zwiększenia poziomu odczuwanej przez nią satysfakcji z macierzyństwa oraz sprawia, że staje się ona bardziej efektywna w pełnieniu roli macierzyńskiej (Stevenson i in., 1999, za: Kornas-Biela, 2001). Ojcowskie zaangażowanie w okres ciąży i porodu wiąże się także z lepszym zdrowiem zarówno matki, dziecka, jak i samego ojca (Plantin i in., 2011). Z kolei pozytywne nastawienie wobec poczęcia się dziecka i zachowania prenatalne mężczyzn są związane z ich zaangażowaniem po urodzeniu się dziecka w działania stymulujące poznawczy rozwój dziecka, opiekę fizyczną, okazywane ciepło, działania pielęgnacyjne i działania opiekuńcze (Bronte-Tinkew i in., 2007). Badania pokazują również, że im większa satysfakcja ze związku małżeńskiego u mężczyzn jeszcze przed narodzeniem się dziecka, tym więcej czasu będą oni spędzać z dzieckiem szczególnie w interakcjach twarzą w twarz w pierwszym roku życia dziecka (Lee i Doherty, 2007). Ojcowie z małżeństw zadowolonych okazują wyższe zaangażowanie w wypełnianie swojej rodzicielskiej roli – większe emocjonalne wsparcie, większą synchronię ojciec-dziecko i mniejszą intruzywność. Badacze podkreślają, że większe zaangażowanie i większa ilość czasu spędzana z dzieckiem u mężczyzn bardziej zadowolonych z małżeństwa wynika nie tylko z chęci wypełnienia swojej ojcowskiej roli, ale także z chęci okazania miłości żonie i podejmowania z nią współpracy. Aktualne uczucia ojców związane z małżeństwem przyczyniają się do ich poziomu wrażliwości emocjonalnej wobec dzieci (tamże).

4. Równoważenie roli małżeńskiej i rodzicielskiej a satysfakcja ze związku

Małżonkowie, stając się rodzicami, zaczynają mierzyć się z wyzwaniem utrzymania satysfakcjonującej relacji małżeńskiej oraz odpowiedniego poziomu wrażliwości na potrzeby swoich dzieci i wychodzenia naprzeciw tym potrzebom. Sytuacja, kiedy para małżeńska nie potrafi równoważyć utrzymywania intymnych, wzajemnie wspierających się relacji z wymaganiami dzieci, może prowadzić do zaogniającego się konfliktu (Braun-Gałkowska, 2003; Rostowska, 2001). Zbyt duża koncentracja na jednej lub drugiej relacji niszczy spójność rodziny, w konsekwencji zaburzając rozwój dzieci i obniżając zadowolenie ze związku u jednego lub obojga małżonków (Plopa, 2011).

Przychodzące na świat potomstwo wymusza na rodzicach konkretne zachowania, prowokując do tworzenia silnych więzi, przez co małżonkowie spędzają więcej czasu z dziećmi aniżeli tylko we dwoje. Dla wielu par, wczesne rodzicielstwo

wiąże się z osłabieniem zarówno ilości jak i jakości małżeńskich interakcji, co prowadzi do obniżenia odczuwanej satysfakcji ze związku. Istnieją jednak pary, które potrafią równoważyć rodzicielskie obowiązki z potrzebami relacji małżeńskiej, utrzymując zadowolenie zeń na wysokim poziomie. Dzieje się tak wtedy, gdy małżonkowie są dojrzałi do rodzicielstwa, odczuwają radość i dumę z powodu posiadania dziecka. Jego pojawienie się wzmacnia wówczas rodzinną spójność, intymność i komunikację (Grossman, 1988; Lewis, 1989; Plopa, 2005).

Zazwyczaj tego typu pary tworzą małżonkowie o wysokich kompetencjach (obecnych jeszcze przed zawarciem związku, a więc i przed pojawieniem się potomstwa) do nawiązywania bliskich, intymnych, otwartych, odpowiedzialnych, zaangażowanych, współzależnych, opartych na równości i miłości relacji interpersonalnych. Dziecko jest dla takich małżonków wartością samą w sobie (Plopa, 2005). Duże znaczenie dla utrzymania wysokiej satysfakcji ze związku po pojawieniu się dzieci mają oczekiwania wnoszone przez partnerów w doświadczenie rodzicielstwa. Realistyczne podejście, przygotowanie teoretyczne oraz wysoka motywacja do pełnienia ról rodzicielskich pomagają zapobiec obniżeniu się zadowolenia z relacji małżeńskiej. Wydaje się to szczególnie istotne dla kobiet (Grossman, 1988). Co więcej, odczuwana przez żony satysfakcja ze związku w czasie przejścia do rodzicielstwa jest związana z poczuciem małżeńskiego szczęścia mężów w tym okresie (Wilcox, Dew, 2011).

Kiedy małżonkowie zostają rodzicami, ilość wolnego czasu, jaki mogą spędzać we dwoje, jako para, wyraźnie spada (Huston, Holmes, 2004). Oznacza to najczęściej, że kontynuują mniej czynności, w których oboje odnajdują zadowolenie. Często ich wolny czas wiąże się z intensywnym sprawowaniem opieki nad dzieckiem. Jednakże zredukowana ilość czasu, jakim małżonkowie dysponują dla siebie jako pary, nie umniejsza ich wyrażanej do siebie wzajemnie miłości. Może wynikać to ze zrozumienia i akceptacji tych zmian jako nieodłącznej części rodzicielstwa. Duma z bycia rodzicem może również wspierać te uczucia. I mimo że rozmawiają ze sobą mniej w porównaniu do małżonków bez dzieci, nie są od nich mniej uczuciowi. Dane wskazują, że mężowie po przejściu do rodzicielstwa wyrażają wobec żon nawet więcej pozytywnych uczuć (Cowan, Cowan, 1988). Rodzice tak samo często wyznają sobie miłość, próbują się wzajemnie relaksować, obdarzać czułością, dzielić uczuciami i sprawiać sobie wzajemnie przyjemności, jak osoby nie będące rodzicami. Obie grupy są podobnie zaangażowane w konwersację o swoich osobistych potrzebach i sposobach ich realizowania. Jednakże, fakt ograniczoności czasu, jaki mają do dyspozycji nowi rodzice na bycie we dwoje sprawia, że wykorzystują go bardziej efektywnie. Efektywniej się komunikują i efektywniej rozwiązują problemy, mając na uwadze, że mają na przebywanie ze sobą mniej czasu (tamże).

Podsumowanie

Powyższe rozważania pokazują, że samo pojawienie się dziecka nie decyduje o obniżeniu małżeńskiej satysfakcji. Wprowadza niewątpliwie zmiany w życie małżonków, stawiając przed nimi nowe wymagania, co zwiększa prawdopodobieństwo mogących pojawić się konfliktów. Z drugiej jednak strony, wiele trudności związanych z rodzicielstwem rekompensuje satysfakcja z pełnienia nowej roli oraz bogactwo interakcji z dzieckiem. Potomstwo postrzegane jako wartość sama w sobie może wzbogacać poczucie wartości małżonków i zwiększać wzajemne starania na rzecz umocnienia małżeńskiej więzi i rodzinnego szczęścia (Płopa, 2011).

Zatem przejście do rodzicielstwa to także możliwość wzrostu radości płynącej z małżeństwa. Czy tak rzeczywiście będzie, w dużej mierze zależy od jakości relacji pomiędzy małżonkami przed pojawieniem się dzieci (znaczenie mają tu zwłaszcza umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz poczucie sensu bycia razem). Bardzo ważne jest również odpowiednie nastawienie do rodzicielstwa. „Pozytywna i konstruktywna postawa rodziców wobec posiadania dziecka (...) może się stać źródłem zadowolenia, radości i wzbogacenia wzajemnej miłości rodziców, oraz bardzo ważnym impulsem dla rozwoju ich osobowości, a przede wszystkim rozwoju osobowości ich dziecka” (Rostowski, 1993a, s. 16).

Bibliografia:

- Dąbrowska-Caban, Z. (2001). Z badań nad małżeństwem w Polsce. Uwarunkowania i właściwości. *Problemy Rodziny*, 2, s. 3-12.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., Beach, S. R. H. (2000). Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction: A Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 964–980.
- Braun-Gałkowska, M. (2003). *Psychoprofilaktyka życia rodzinnego*, (w:) Psychologia w służbie rodziny, I. Janicka, T. Rostowska (red.), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bronte-Tinkew, J., Ryan, S., Carrano J., Moore K. A. (2007). Resident Fathers' Pregnancy Intentions, Prenatal Behaviors, and Links to Involvement With Infants. *Journal of Marriage and Family*, 69, 977–990.
- Claxton, A., Perry-Jenkins, M. (2008). No Fun Anymore: Leisure and Marital Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 70, 28 – 43.
- Cowan, C., Cowan, P. (1988). Who does what when partners become parents: Implications for men, women, and marriage. *Marriage and Family Review*, 12, 105-131.
- DeMaris, A., Sanchez, L. A., Krivickas, K. (2012). Developmental Patterns in Marital Satisfaction: Another Look at Covenant Marriage. *Journal of Marriage and*

- Family*, 74, 989 – 1004.
- Demo, D. H. (1992). Parent-child relations: Assessing recent changes. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 104-117.
- Gottman, J. M., Notarius, C. I. (2000). Decade Review: Observing Marital Interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 927-947.
- Grossman, F. (1988). Strain in the transition to parenthood. *Marriage and Family Review*, 12, 85-104.
- Helms-Erikson, H. (2001). Marital quality ten years after the transition to parenthood: Implications of the timing of parenthood and the division of housework, *Journal of Marriage and Family*, 63, 1099-1110.
- Huston, T. L., Holmes, E. K. (2004). *Becoming parents*, (w:) *Handbook of family communication*, A.L. Vangelist, (ed.). (p.105-134). Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Mahwah New Jersey.
- Keizer, R., Schenk, N. (2012). Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family*, 74, 759 – 773.
- Kielar-Turska, M. (2003). Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. t. I, J. Strelau (red.), (s. 285 -332). Gdańsk: GWP.
- Kluwer, E. S., Johnson, M. D. (2007). Conflict Frequency and Relationship Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69, 1089–1106.
- Kornas-Biela, D. (2001). *Współczesny kryzys ojcostwa*. W: *Oblicza ojcostwa*. D. Kornas-Biela (red.), (s. 171-192). Lublin: TN KUL.
- Kuryś, K. (2010). *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*. Kraków: Impuls.
- Lavner, J. A., Bradbury, T. N. (2010). Patterns of Change in Marital Satisfaction Over the Newlywed Years. *Journal of Marriage and Family*, 72, 1171 – 1187.
- Lee, C. S., Doherty, W. J. (2007). Marital Satisfaction and Father Involvement during the Transition to Parenthood. *Fathering*, vol.5, No.2, 75-96.
- Lewis, J. (1989). *The birth of the family*. New York: Brunner/Mazel.
- Menaghan, E.G., Parcel, T.L. (1990) Parental employment and family life: Research in the 1980's. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1079-1098).
- Pikuła, N. (2010). *Kondycja rodzicielstwa w XXI wieku*, (w:) *Odpowiedzialne rodzicielstwo wobec wyzwań XXI wieku*, M. Duda (red.), (s. 69-88). Kraków: Wydaw. św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej.
- Plantin, L., Olukoya, A. A., Ny, P. (2011). Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering*, Vol. 9, No. 1, 87-102.
- Plopa, M. (2003). *Intymność a „jej” i „jego” satysfakcja ze związku małżeńskiego*, (w:) *Psychologia rodziny: teoria i badania*, M. Plopa (red.), Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Plopa, M. (2011). *Rodzicielstwo jako wyzwanie dla małżeństwa: perspektywa teorii systemowej*, (w:) *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*, H. Liberska, A. Malina (red.), (s. 15-41). Warszawa: Difin SA.
- Rostowska, T. (2001). *Konflikt międzypokoleniowy w rodzinie: analiza psychologiczna*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Rostowski, J. (1993a). Współczesne zmiany w postawach wobec dziecka. *Problemy Rodziny*, 5, s. 3-6.
- Rostowski, J. (1993b). Współczesne zmiany w postawach wobec dziecka cz. II: Uwarunkowania społeczno-rodzinne. *Problemy Rodziny*, 6, s. 3-17.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., Foster, C. A. (2003). Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583.
- Waite, L.J., Lillard, L.A. (1991). Children and marital disruption. *American Journal of Sociology*, 90, 930-953.
- White, L.K, Booth, A. (1985). The transition to parenthood and marital quality. *Journal of Family Issues*, 6, 435-449.
- Wilcox, W.B., Dew, J. (2011). Motherhood and Marriage: A Response. *Journal of Marriage and Family*, 73, 29–32.
- Worach-Kardas, H. (1988). *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

mgr Marcelina Szymczyk
*doktorantka Wydziału Teologicznego
Uniwersytet Śląski*

Diagnostyka prenatalna wyzwaniem moralnym

Wstęp

Zagadnienie diagnostyki prenatalnej jest współcześnie przedmiotem wielu dyskusji. Z jednej strony osiągnięcia współczesnej medycyny niosą nadzieję na wczesne podjęcie działań terapeutycznych i całkowite wyleczenie nienarodzonego dziecka, z drugiej strony pojawia się pokusa, aby w przypadku nieuleczalnej choroby podjąć decyzję o aborcji. Najbardziej słyszalne zdają się być właśnie te głosy, które dotyczą kwestii przerywania ciąży z powodu niepomyślnej diagnozy. Wiadomość o tym, że dziecko jest chore to dla rodziców wstrząs. Zawsze istnieje taka możliwość, jednak często nie myślą oni o takiej sytuacji. Pojawienie się myśli o usunięciu ciąży często jest wynikiem presji społecznej, zderzenia marzeń o zdrowym i perfekcyjnym dziecku z rzeczywistością. Dziecko chore, o nieznannej przyszłości może stać się powodem załamania i lęku. Potrzeba zatem wsparcia rodziców na różnych płaszczyznach, aby odkryli w swoim dziecku bezcenny dar. Niniejszy artykuł jest próbą określenia zadań i problemów, jakie stoją przed teologią moralną, a wynikają z rozwoju metod diagnostyki prenatalnej. Przedstawione są one w czterech głównych punktach. Pierwszy określa czym jest diagnostyka prenatalna, jakie są jej cele i zadania. Druga część skupia się na problemach i wątpliwościach pojawiających się w związku z badaniami prenatalnymi. Trzeci punkt stanowią rozważania nad zadaniami, które powinien podejmować Kościół, aby chronić życie ludzkie. Ostatnia część ukazuje, jak w praktyce realizowane są te zadania.

1. Diagnostyka prenatalna – czym jest?

Zdarza się, że w dyskusjach dotyczących aborcji pojawia się stanowisko według, którego konieczna jest dopuszczalność tego zabiegu dla rozwoju genetyki i wiedzy lekarzy. Na takim stanowisku stoją przede wszystkim przedstawiciele nauk biologicznych i medycznych. Konfrontują oni nieustannie swoje poglądy z etyką chrześcijańską, a przyczyną tych dyskusji są odkrycia z dziedziny genetyki. Z jednej strony jawi nam się pozytywny rozwój, z drugiej zaś strony współczesne techniki diagnozowania prenatalnego stały się początkiem eksperymentów, które można

podzielić na dwie kategorie. Pierwsza, to manipulacje genetyczne na komórkach rozrodczych, które mają na celu stworzenie człowieka poprzez laboratoryjne techniki (sztuczne zapłodnienie). Drugą kategorię stanowią badania na komórkach płodów i embrionów, które osiągnęły odpowiedni stopień rozwoju – diagnostyka prenatalna (Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010).

W literaturze przedmiotowej można zetknąć się z podziałem na diagnostykę prenatalną i poradnictwo genetyczne, które jest jej integralną częścią, nie można zatem pominąć go w niniejszej refleksji. Poradnictwo poprzedza właściwą diagnostykę, ponieważ rozpoczyna się najpierw od przekazania rodzicom wszystkich niezbędnych informacji na temat metod badań czy leczenia. Na prawidłowe poradnictwo prenatalne składa się kilka elementów. Najważniejszym z nich jest nawiązanie dialogu pomiędzy rodzicami a lekarzem. Powinien on przeprowadzić dokładny wywiad, który ma na celu określenie czy w rodzinie wystąpiły jakieś wrodzone choroby genetyczne lub czynniki środowiskowe, które mogły wpłynąć na powstanie wady. W tym wypadku od lekarza wymagana jest postawa uczciwości, delikatności oraz poszanowania osoby, zaś ze strony pacjenta postawa szczerości i zaufania. Takie dane są istotne dla poradnictwa i ułatwiają przygotowanie do diagnostyki prenatalnej. Ważny element stanowi także dokładne i naukowe potwierdzenie informacji o stopniu ryzyka wystąpienia choroby, aby możliwe było podjęcie odpowiedzialnej i świadomej decyzji dotyczącej na przykład prokreacji. Po tym etapie przechodzi się do właściwej diagnostyki prenatalnej oraz udzielenia wsparcia i pomocy rodzicom.

Tadeusz Ślipko (Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010) definiuje diagnostykę prenatalną jako gałąź wiedzy i umiejętności lekarskich, która posługuje się zróżnicowanymi metodami badań, a jej celem jest wykrycie ewentualnych nieprawidłowości w organizmie płodu. Diagnostyka prenatalna pozwala po stwierdzeniu danego schorzenia na zastosowanie odpowiednich środków niezbędnych, aby zaradzić sytuacji. Ryszard Otowicz (Otowicz, 1998) definiuje diagnostykę prenatalną jako pewne czynności, które mają na celu zbadanie stanu zdrowia dziecka oraz wykluczenie istnienia ewentualnych wad wrodzonych. Diagnostyka obejmuje również badania genetyczne rodziców oraz badania nad wpływem środowiska na zdrowie. Wszystko po to, aby zminimalizować lęk i stres przed ryzykiem wystąpienia choroby genetycznej. Janusz Nagórny (Jeżyna, Gocko, Rzepa, 2009) wskazuje, że celem diagnostyki prenatalnej powinno być przede wszystkim wczesne wykrycie nieprawidłowości, które umożliwi zastosowanie odpowiedniej metody terapeutycznej. W sytuacji zdiagnozowania u poczętego dziecka nieprawidłowości, lekarz ma obowiązek przekazać rodzicom, jak największą ilość informacji dotyczących danej wady oraz form pomocy. Nie może on jednak sugerować pacjentowi aborcji selektywnej (Otowicz, 1998).

W literaturze istnieje wiele definicji diagnostyki prenatalnej, jednak zauważyć można, że zdecydowana większość z nich ukierunkowana jest na przyszłe działania terapeutyczne. Oznacza to, że metody badań mają służyć ocenie stanu zdrowia dziecka, stwierdzeniu ewentualnych nieprawidłowości, co daje możliwość wyboru leczenia. Zatem badania prenatalne są godziwie moralne, jednak nie mogą służyć niewłaściwym celom. Potwierdza to Instrukcja *Donum vitae* wydana przez Kongregację Nauki Wiary. Jednak współcześnie wyniki tych badań często są powodem przerwania ciąży, zagubiony zostaje więc pierwotny i jedyny cel. Zajmując się diagnostyką prenatalną można wspomnieć również, że nie należy mylić jej z diagnostyką preimplantacyjną, ta bowiem jest sposobem badania i selekcji dzieci w stadium embrionalnym przed wykonaniem zabiegu *in vitro*. Jej zadaniem jest wybranie embrionów, które nie są obciążone żadną chorobą i posiadają wybrane przez rodziców cechy. Zarówno diagnostyka preimplantacyjna, jak i wykorzystywanie diagnostyki prenatalnej do uśmiercenia dziecka są niegodziwie moralnie. Poruszona kwestia jest wyzwaniem dla teologii moralnej, która ciągle podejmuje próbę odpowiedzi na pytanie, dlaczego rodzice wybierają śmierć własnego dziecka, zamiast ochrony jego życia oraz w jaki sposób rozwiązać tę sytuację?

2. Diagnostyka prenatalna – problemy

Korzenie dokonywania aborcji będących skutkiem niepomyślnego wyniku diagnostyki prenatalnej sięgają postulatów eugenicznych. W różnych epokach badacze różnych dyscyplin naukowych starali się stworzyć zdrowe i silne społeczeństwo. Najczęstszym przykładem wymienianym w literaturze jest III Rzesza prowadząca politykę eugeniczną. Zabijano więc chore i słabe dzieci, uniemożliwiano prokreację pewnym grupom ludzi oraz stosowano zabieg sterylizacji. Wszystko to miało na celu zbudowanie idealnego świata. Ideologia ta została odrzucona, jednak odrodziła się dzięki etyce utilitarnej. Akcentująca wolność człowieka i jego prawo do jak najlepszej jakości życia, stała się popularyzatorką poglądów skazujących na śmierć dzieci obciążone wadami genetycznymi. W dalszym ciągu spotkać się można ze zjawiskiem sterylizacji osób chorych (szczególnie chorych umysłowo), tak, aby stworzyć zdrowe społeczeństwo. Nie jest to jednak możliwe, ponieważ proces rozwoju człowieka jest nierozzerwalny z pojawianiem się różnych mutacji, choć nie zawsze mają one znaczący wpływ na jego życie (Kieniewicz, 2015). Zdarzają się również sytuacje, w których pod pozorem poszukiwania nowych metod leczenia dochodzi do manipulowania genetycznego w komórkach rozrodczych. Te modyfikacje możliwe są jedynie w ramach technik *in vitro*, choć często ukazują się je, jako swego rodzaju wzmocnienie medyczne. W takich postulatach widać negatywny skutek rozwoju nauk genetycznych. Może on prowadzić do postrzegania człowieka

zdegradowanego do pewnego elementu idealnego społeczeństwa, a to grozi utratą jego podmiotowości. „Pod płaszczem szczytnych idei troski o zdrowie społeczne, kryje się nowe oblicze rasizmu, uzależniającego wartość ludzkiego życia od poszczególnych cech lub ich braku). Konsekwentnie za taką ewaluacją idzie przyznanie lud odmowa prawa do życia (tamże, s. 147).

Powiązanie diagnostyki prenatalnej z selektywną aborcją jest istotnym problemem moralnym. Istnieje mnogość stanowisk, które zasadniczo można podzielić na dwie grupy. Pierwsza domaga się by nie ograniczać wolności rodziców i ich prawa do wysokiej jakości życia, nawet za cenę przerwania ciąży. Druga grupa nie dopuszcza stosowania metod diagnostycznych w celu ewentualnej aborcji. Zgoda na takie postępowanie jest właśnie przejawem ideologii eugenizmu, gdzie dotknięte poważnym schorzeniem dziecko jest postrzegane tylko i wyłącznie w kategoriach choroby, którą należy zwalczać. W literaturze dotyczącej badań prenatalnych można się również spotkać z pojęciem aborcji terapeutycznej. Ma ona na celu złagodzenie cierpienia oraz wykluczenie obciążenia dla rodziny. Jednak nigdy pozbawienie człowieka życia nie może zostać nazwane terapią. Wreszcie przy ocenie moralnej diagnostyki prenatalnej brana jest pod uwagę intencja rodziców i lekarza, którzy powinni kierować się zasadą obrony życia (Otowicz, 1998).

Największe zagrożenie stanowi wykorzystanie metod badań przeciwko badanemu płodowi. Takie postępowanie z moralnego punktu widzenia budzi sprzeciw. W związku z tym, T. Ślipko (Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010) pisze o dwóch postulatach diagnostyki prenatalnej, które nieodłącznie związane są moralnością. Postulat pierwszy o charakterze naukowo-badawczym związany ze stworzeniem optymalnych warunków do realizacji inicjatyw badawczych. Poszukiwanie tych warunków wiąże się z podejściem do badań medycznych jedynie pragmatycznym, a co za tym idzie zepchnięciem etyki na margines. Jest to powodem roszczeń do zaakceptowania wszystkich metod badawczych, nawet, jeżeli szkodzą one dziecku nienarodzonemu, w tym działań aborcyjnych. Stąd wezwanie do odrzucenia postaw, które negują osobowy charakter życia poczętego. Drugi postulat związany jest z sytuacją, w której diagnostyka prenatalna nie jest w stanie odnaleźć żadnej terapii dla dziecka, u którego wykryta została poważna wada. Zagrożenie, jakie pojawia się w tym momencie było już wspomniane kilka razy i dotyczy aborcji z powodu radykalnego upośledzenia. Zwolennicy kierują się tu prawem człowieka do bycia zdrowym i szczęśliwym, uważając jednocześnie, że jedyną szansą, aby całkowicie nie unieszczęśliwić dziecka jest usunięcie ciąży. Ten przypadek w języku medyczno-prawniczym nosi właśnie nazwę wskazania eugenicznego. W tej kwestii etyka chrześcijańska postuluje, aby spróbować spojrzeć na ten problem od strony dziecka nienarodzonego i zastanowić się w jakim stopniu choroba płodu jest pogwałceniem jego prawa do bycia zdrowym i szczęśliwym (tamże).

T. Ślipko (tamże) podkreśla, że warto jednak podjąć refleksję nad tym, czy prawo do bycia zdrowym i szczęśliwym przysługuje jedynie nienarodzonym czy wszystkim ludziom bez wyjątku. I wnioskuje, że jeśli „prawo to ma uniwersalny zasięg aksjologiczny, a więc obejmuje wszystkich ludzi, w takim razie należy jego normatywne implikacje odnosić do nienarodzonych w ten sam sposób, jak do każdego w ogóle człowieka” (tamże, s. 96-97). Co oznacza bycie zdrowym i szczęśliwym? W przypadku etyki chrześcijańskiej zdrowie odnoszone jest do szacunku dla psychofizycznej kondycji człowieka, który wyraża się w powstrzymaniu działań, prowadzących do szkody na ciele lub duchu drugiej osoby. Tak rozumiane prawo, w odniesieniu do nienarodzonych oznacza, że należy zapewnić im godne warunki życia oraz ochronę przed negatywnym podejściem otoczenia. Takie postępowanie dąży do powstrzymania logiki, według, której śmierć można zadać osobie głęboko upośledzonej, nieuleczalnie chorej lub takiej, która zostanie uznana za niegodną istnienia. Odnosząc się do samych początków życia nieodłącznie zwraca się uwagę na zasadę, która nie dopuszcza zabijania niewinnego człowieka w imię jakiegoś prawa. Chodzi tu o istotę samego czynu, jakim jest aborcja.

W przypadku prawa do szczęścia kwestię tę można rozpatrywać z dwóch punktów widzenia – dziecka i rodziców. Doświadczenie dostarcza dowodów na to, że pojawiające się wady często ograniczają zdolność do odczuwania nieszczęścia przez dziecko lub całkowicie ją uniemożliwiają poprzez wysoką śmiertelność we wczesnym dzieciństwie. Jeśli osoba głęboko upośledzona żyje dłużej ma szansę na odczuwanie szczęścia, na tyle, na ile pozwala jej pojemność intelektualna. Dlatego według etyki chrześcijańskiej prawo do szczęścia nie może być przesłanką do zaakceptowania aborcji. Pozostaje jednak jeszcze drugi punkt widzenia, a więc rodziców chorego dziecka. W tym wypadku rodzi się pytanie czy można usprawiedliwić usunięcie ciąży potrzebą szczęścia rodzinnego czy małżeńskiego? Okazuje się jednak, że skutkiem takiego zabiegu jest naruszenie uczuciowych powiązań małżonków między sobą i między dzieckiem. W tym wypadku raczej niemożliwe jest osiągnięcie spokoju i szczęścia. Wydarzenie to pozostawia szczególnie w matce głęboką ranę do końca życia. Skutek aborcji jest więc bardzo realny i świadczy o niezdolności do przeciwstawienia się trudnościom oraz nieczułości wobec krzywdzonego dziecka. Odpowiedź na zadane powyżej pytanie powinna być jednoznaczna. Prawo do szczęścia nie może być powodem dopuszczenia do przerywania ciąży ze wskazań eugenicznych, które zostały oparte o diagnostykę prenatalną (Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010). Skąd zatem takie postulaty?

Dorota Kornas-Biela (2009) pisze, że człowiek bardzo często nie zdaje sobie sprawy z tego, jak środowisko, w którym żyje wpływa na jego życiowe postawy i wybory. Współczesny świat propaguje wartości, które mogą prowadzić do relatywizmu moralnego. Brakuje w nim niezmiennych norm, które pozwalałyby

odróżnić dobro od zła. Rozwój kryteriów oceny staje się całkowicie zależny od człowieka, który ma prawo realizować siebie bez ograniczeń i w sposób całkowicie wolny. Wartości obiektywne zostają odrzucone, a wskazuje się na system, w którym dominuje wygoda, długie i dogodne życie, zdrowie i siła fizyczna, wolność, perfekcjonizm oraz ograniczenie do minimum nieprzyjemnych doznań. Subiektywizm ocen moralnych dotyczy także sfery prokreacji, a w perspektywie tytułu niniejszej pracy, szczególnie sytuacji, w której rodzice otrzymują niepomyślną diagnozę prenatalną. Współcześnie takie doświadczenie często rodzi wątpliwości, ponieważ pojawia się możliwość aborcji selektywnej zamiast urodzenia dziecka z wadą czy chorobą letalną (prowadzącą do szybkiej śmierci). Dodatkowo podjęcie decyzji utrudnia podejście społeczeństwa nastawionego na sukces i bezproblemowe życie. „Rodzice ulegając wpływowi konsumpcyjnego modelu życia lub naciskowi własnych skłonności do zapewnienia sobie optymalnych, w granicach możliwości warunków dobrobytu, a przynajmniej złagodzenia trudnej nieraz materialnej sytuacji osiąga zamierzony cel za cenę pogwałcenia cudzego prawa do życia” (Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010, s. 101).

D. Kornas-Biela (2009) podkreśla, jak ważna jest profesjonalna pomoc rodzicom w przypadku otrzymania niekorzystnych wyników badań prenatalnych. Wsparcie powinno być zapewnione już przed narodzinami dziecka, tymczasem w Polsce wciąż brakuje należytej opieki nad rodziną. Według autorki szczególne braki dotyczą prenatalnych i perinatalnych zespołów paliatywnej opieki hospicyjnej. Hospicjum perinatalne jest bowiem powołane do tego, by ukazać, że istnieje inny wybór niż przerwanie ciąży. Choć niepomyślna diagnoza jest zawsze szokiem dla rodziców, to wiele matek decyduje się na urodzenie dziecka, nawet, gdy jego życia będzie trwało kilka godzin. Wobec powyższych problemów wyłania się wiele zadań, jednak wszystkie one powinny prowadzić do ukazania wartości i świętości życia ludzkiego.

3. Diagnostyka prenatalna – praktyka

Obecnie istnieje na świecie szereg ruchów, działających prężnie i konsekwentnie domagających się prawa do aborcji lub eutanazji. Życie ludzkie jest zagrożone, a szczególne niebezpieczeństwo jawi się, gdy dochodzi do dyskusji nad człowiekiem chorym i wymagającym opieki. W tej sytuacji potrzebny jest głos przeciwny, który będzie ukazywał życie jako wartość nienaruszalną i świętą, ponieważ daną od Boga. Takim głosem może być lekarz i genetyk Jérôme Lejeune, związany w swojej działalności z osobami niepełnosprawnymi umysłowo, które spychane są na margines życia. J. Lejeune urodził się w 1926 roku niedaleko Paryża. W 1958 roku podczas badań nad mongolizmem, odkrył, że w 21 parze chromosomów może istnieć dodatkowy chromosom. Ujawnienie genetycznego

podłoża zespołu Downa, dotąd nieznanego, dało początek kolejnym badaniom i było ogromnym krokiem w rozwoju genetyki. J. Lejeune był także współtwórcą i pomysłodawcą Papieskiej Akademii „Pro Vita”, która podjęła studia nad kwestiami związanymi z obroną życia. Tuż przed swoją śmiercią został mianowany przez Jana Pawła II przewodniczącym tejże Akademii. Zmarł 3 kwietnia 1994 roku, a od 2007 roku rozpoczął się jego proces beatyfikacyjny.

Po śmierci Lejeune’a powstała Fundacja jego imienia, która zrzesza ludzi kontynuujących badania i dążących do wynalezienia leków na choroby o podłożu genetycznym, które przyczyniają się do upośledzenia umysłowego pacjentów. Jednak to niejedyny cel Fundacji. Obok ściśle medycznej diagnostyki Fundacja ma jeszcze dwa inne zadania. Leczenie pacjentów i poszukiwanie skutecznych metod terapii dla osób dotkniętych między innymi takimi chorobami jak zespół łamliwego chromosomu X, zespół „kocięgo krzyku”, zespół Williama-Beurena, trisomia 21. Istnieje również silne zaangażowanie w ochronę i wsparcie osób, które często przez swoje schorzenie zostają wykluczone ze społeczeństwa. Fundacja skupia się także na edukacji na temat kwestii bioetycznych, uświadamia jakie potrzeby mają osoby chore oraz stara się zmienić mentalność społeczną, wzbudzić akceptację i chęć pomocy (Wójcik, 2014).

J. Lejeune zawsze stał po stronie pacjenta i zarzucał niektórym grupom, że pragną zamienić medycynę w naukę, która uderza w pacjenta. Mawiał, że starając się pokonać chorobę nie można eliminować samego człowieka. Po odkryciu zespołu Downa badania prenatalne dały możliwość zdiagnozowania go jeszcze przed narodzeniem, co przyczyniło się do wielu aborcji. Od tej pory misją Lejeune’a stała się obrona każdej istoty ludzkiej i jej prawa do życia. Z wielką odwagą sprzeciwiał się zwolennikom przerywania ciąży, szczególnie w przypadku wykrycia u dziecka wady genetycznej lub ciężkiej choroby. Rodzice wspierani przez Fundację decydowali się na przyjęcie i zaakceptowanie niepełnosprawnego dziecka. Lekarzowi zależało na tym, aby na każdym etapie cała rodzina objęta była fachową w wszechstronną opieką. Bezustannie priorytetem jest nawiązanie relacji z chorym i jego bliskimi, poświęcenie czasu i uwagi. Mogą oni liczyć na pomoc genetyka, neurologa, logopedy, specjalisty leczenia bólu, psychologa, opiekuna socjalnego (tamże).

Model opieki i leczenia pacjentów dotkniętych wadą genetyczną funkcjonujący w Fundacji Lejeune’a jest uważany przez wielu lekarzy za wzór. Co sprawiło, że kontynuowane dzieło genetyka zyskało uznanie na całym świecie? Po pierwsze to całkowite oddanie poszukiwaniom nowych możliwości leczenia wspomnianych już schorzeń. Po drugie to poświęcanie czasu pacjentom i rodzinom. Nawiązywanie z nimi głębokiej relacji, tak, aby odczuwali na każdym etapie wsparcie. Po trzecie działalność edukacyjna. Wreszcie obrona życia ludzkiego, a szczególnie ochrona życia poczętego. Aktywność i zaangażowanie obejmuje wiele

plaszczyn, a działania są spójne i wzajemnie się uzupełniają. Nie jest to jednak droga łatwa i wymaga poświęcenia i determinacji wielu osób. Jest to jednak możliwe, jak pokazuje przykład tego dzieła.

4. Zadania moralne wobec rozwoju diagnostyki prenatalnej

Prawo do badań prenatalnych zawarte jest w ustawie z 1993 roku *O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Zapewnienie dostępu do diagnostyki jest szczególnie ważne, gdy istnieje ryzyko wystąpienia nieuleczalnej choroby dziecka poczętego. W innej ustawie z 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zaznacza się, że badania prenatalne zaliczone są do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób. Zapisy z obu ustaw stoją ze sobą w pewnej sprzeczności. Z jednej strony człowiek ma prawo do życia i zdrowia, a z drugiej strony pojawia się zapis o możliwości aborcji, kiedy „ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego” (Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży). Artykuł 4a pkt 2 stoi także w sprzeczności z Konstytucją RP, która gwarantuje prawną ochronę życia oraz z Kodeksem Etyki Lekarskiej, który zobowiązuje lekarza do ochrony życia dziecka przed jego urodzeniem. W tym przypadku istnieje jeszcze możliwość powołania się na klauzulę sumienia, która daje możliwość odmowy wykonania danego świadczenia, jeśli nie jest ono zgodne z sumieniem. I w tym wypadku pozostaje pewna nieścisłość, ponieważ lekarz, który odmawia aborcji powinien wskazać pacjentowi możliwość wykonania zabiegu w innym miejscu. Jednak już samo wskazanie jest czynem niemoralnym.

Prawo moralne zawsze obejmuje całego człowieka. Nawet, jeżeli dany czyn nie jest uregulowany prawnie, również jest podmiotem oceny moralnej. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* wypowiedział się na temat relacji pomiędzy prawem cywilnym a prawem moralnym. Oba rodzaje mają różne zadania, jednak wzajemnie się przenikają. Prawo cywilne, które ma dbać o ład społeczny musi bowiem szanować podstawowe prawa wynikające z godności człowieka. Współcześnie wiele osób stoi na stanowisku, że prawo nie powinno odwoływać się do moralności, bo ta jest różna w życiu poszczególnych ludzi. Postuluje się zatem, aby każdy postępował tak, jak uznaje jego sumienie. W takim rozumieniu aborcja powinna być prawem każdego człowieka. Zwolennicy tego poglądu uzasadniają takie podejście wolnością jednostki. Zwracają też uwagę na fakt, iż zakaz prawny przerywania ciąży będzie

sprzyjał zjawisku nielegalnych praktyk. Papież podkreśla, że takie praktyki są nie do przyjęcia, ponieważ w żaden sposób nie odnoszą się do obiektywnej oraz oddzielają sferę sumienia od sfery publicznej aktywności.

Żądania skrajnej autonomii mają swoje źródło w relatywizmie etycznym. Istnieje przekonanie, że jest on podstawą demokracji, a co za tym idzie osobę, która uznaje obiektywny charakter norm moralnych traktuje się jako zwolennika autorytaryzmu kogoś, kto nastaje na ludzką wolność. Kościół zawsze podkreśla, że należy odwoływać się do porządku naturalnego przy tworzeniu praw i nie wolno zastąpić wychowania moralnego poprzez prawo państwowe. Nie oznacza to jednak, że czego nie zabrania się w sensie prawa cywilnego, to dozwolone jest moralnie. Podejście do prawnej ochrony życia ludzkiego jest sprawdzianem dla jedności wiary i życia katolików. Zawsze powinni oni wyrażać sprzeciw wobec prawa do zabijania i nigdy nie usprawiedliwiać żadnych działań godzących w życie ludzkie. „Cokolwiek prawa cywilne stanowią w tej sprawie, powinno być najzupełniej pewne, że człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne; miałoby to miejsce, gdyby prawo uznało za dozwolone przerywanie ciąży” (*Quaestio de abortu*, 22).

Zadaniem katolików jest budowanie kultury życia. Współczesna sytuacja wymaga przepowiadania orędzia ewangelicznego, głoszenia Jezusa, który powinien być fundamentem tworzenia cywilizacji miłości. Tylko osoba, która odkryje, że życie jest darem, będzie potrafiła troszczyć się o nie z należyтым zaangażowaniem. W publikacji dotyczącej ochrony życia w Europie Środkowo-Wschodniej (Dudziak, Jęczeń, 2013) można odnaleźć pewne działania podejmowane przez obrońców życia człowieka, które sformułował lekarz i działacz pro-life J. Willke. Wymienia on (1) modlitwę; (2) uczenie się; (3) uczenie innych; (4) pomoc. Jako człowiek głęboko wierzący był przekonany, że modlitwa stanowi jeden z najważniejszych elementów walki o ochronę życia człowieka. Powinna być u początku wszelkich inicjatywy służących wspieraniu życia poczętego.

Jan Paweł II podczas swojej pielgrzymki do Polski 1979 roku nieustannie wzywał rodzinę do dawania życia i bycia wierną jego świętemu prawu. Słowa wypowiedziane przez papieża stały się impulsem do zorganizowania w 1980 roku Krucjaty Modlitwy w Obronie Życia Poczętego. Miała ona charakter ogólnopolski, a jej celem było zwrócenie uwagi na los nienarodzonych dzieci i doprowadzenie do wycofania ustawy, która dopuszczała aborcję. Sejm RP anulował ustawę w 1993 roku zastępując ją ustawą chroniącą życie, która posiadała jednak trzy wyjątki, w tym zezwolenie na aborcję, jeśli badania prenatalne stwierdzają z dużym prawdopodobieństwem, że płód jest ciężko i nieodwracalnie uszkodzony lub wystąpiła choroba, która będzie zagrażała jego życiu po urodzeniu. Krucjata Modlitwy w Obronie Poczętych Dzieci w 2015 roku obchodziła 35-lecie. Do chwili obecnej trwa ona na nieustannej modlitwie o zmianę w polskiej konstytucji, która

chroniłaby bezwzględnie życie każdego człowieka od poczęcia. Potrzeba budzenia sumienia i wrażliwości społecznej na zadanie ochrony życia stała się bodźcem do rozpoczęcia Światowej Krucjaty Modlitwy w intencji życia poczętego. Inną inicjatywą było powstanie Ruchu Duchowej Adopcji Dziecka Poczętego Zagrożonego Zagładą, który przez swoją modlitwę i działania ma służyć kształtowaniu postaw pro-life oraz powstrzymać zamiar popełnienia aborcji lub niszczenia ludzkich zarodków. J. Willke podkreśla, że poza modlitwą ważne jest również pogłębianie i aktualizacja zdobytej wiedzy. Szczególnie współcześnie, gdzie przekazywane informacje zdarzają się być nierzetelne i nieprawdziwe. Jego postulatem jest także zaangażowanie w uczenie innych, które powinno mieć swoje źródło w prawdzie o świętości i nietykalności życia ludzkiego. Wiedza musi być jednak poparta praktyką, dlatego ważne są czyny i autentyczna pomoc każdej rodzinie, która otrzymuje niepomyślną diagnozę prenatalną. W tym kontekście warto wskazać na opiekę duchową, która jest przejawem takiej konkretnej opieki.

Temat ten porusza Robert Szewczyk (2009) w jednym ze swoich artykułów dotyczącym opieki duszpasterskiej nad rodziną dziecka chorego nieuleczalnie. Autor zaznacza, że doświadczenia kapelana mają szczególną specyfikę i bardzo często wiążą się z zadawaniem pytań niż udzielaniem pewnych odpowiedzi. Co to oznacza? Podczas swojej pracy zetknie się z lękiem przed przyszłością, który powoduje utratę nadziei, niesie wątpliwości i pretensje do Boga. Duszpasterz musi nieustannie odwoływać się do swojej wiary, dostrzegać wsparcie Boga tam, gdzie inni dostrzegają jedynie cierpienie. Przez swoją postawę otwartości powinien zbliżać człowieka do odnalezienia Boga, jako źródła umocnienia. Oczywiście jest, że opiekun duchowy będzie stykał się z chorobą i śmiercią, ale zobowiązany jest do tego, by do końca poszukiwać drogi dla życia. W sytuacji, gdy rodzice będą mieli wątpliwości, będą chcieli wybrać przerwanie ciąży lub eutanazję dla swojego dziecka zadaniem jest nieustanne wsparcie i kierowanie wzroku na świadectwa innych osób, które postąpiły w jedyny słuszny sposób, chroniąc życie od samego początku. Jest to zadanie niezwykle trudne wobec buntu i bezradności. Dlatego kapłan zawsze powinien kierować się też w stronę świętości osoby, której służy. W takiej postawie niesprawiedliwość zostaje na drugim planie. R. Szewczyk (tamże) pisze, że „trudno sobie wyobrazić, by można było dostrzec wspomnianą perspektywę świętości w chorobie i śmierci niewinnego dziecka, jeśli człowiek nie kierowałby się w życiu pewną filozofią, systemem wartości czy religią. One determinują sposób rozumienia, generalną postawę wobec problemu, a także podejście do konkretnych faktów, potrzeb i relacji. One stanowią też niezbędny punkt odniesienia wówczas, gdy człowiek zagubi się pośród trudnych doświadczeń oraz emocji” (tamże, s. 28).

Zakończenie

Niebezpieczeństwo współczesnego świata polega na tym, że nie uznaje się obiektywnej prawdy. Piotr Kieniewicz (za: Gocko, 2007) w jednym z artykułów pisze, że można odnieść wrażenie, iż dyskusja na temat godziwego postępowania człowieka toczy się jedynie w środowiskach katolickich. Jest to jedynie teza, jednak zdaje się ona znajdować swoje potwierdzenie we współczesnej kulturze, która dąży do usunięcia Boga z życia społecznego. Proces ten ma swoje źródło w postulacie ograniczenia religii tylko do sfery prywatnej oraz w postrzeganiu religii jako jednej z ideologii. „Dlatego wydaje się uprawnionym twierdzenie, że jeśli świat medyczny w całym swoim szerokim kontekście, jest światem bez moralności, to dzieje się tak dlatego właśnie i w takim stopniu, w jakim jest on światem bez Boga” (tamże, s. 140). Tymczasem medycyna i bioetyka powinny służyć człowiekowi choremu, bezbronnemu. Do tego należy dążyć, aby życie człowieka było najwyższym prawem. Osoba ludzka stworzona przez Boga otrzymuje specjalną godność, która jest niezależna od pozycji czy stanu, a wynika z samego człowieczeństwa. Jest ona w szczególności podkreślana przez Jana Pawła II, który pisze, że „człowiek zostaje obdarzony najwyższą godnością, która jest zakorzeniona w wewnętrznej więzi łączącej go ze Stwórcą” (*Evangelium Vita*, 34). W innym miejscu papież zwraca uwagę na działalność społeczną i prawdziwy humanizm, który dostrzega w człowieku Boży obraz. Benedykt XVI na zakończenie encykliki *Deus Caritas Est* mówi o miłości, która jest możliwa do zrealizowania, ponieważ człowiek jest stworzony na obraz Boga. Szczególnym zadaniem człowieka powinno być pielęgnowanie obrazu Bożego w swoim wnętrzu. Podejmowanie pewnej próby odbudowania utraconego przez grzech raj, pierwotnego szczęścia. Konieczne jest z jednej strony zarządzanie i panowanie nad światem, które odzwierciedla podobieństwo do Boga, a z drugiej jednocześnie przyjmowanie Bożego planu, porządku i wsłuchiwanie się w Boski głos (*Deus caritas est* 30). Podsumowując niniejszą refleksję można stwierdzić, że od ludzkich intencji zależy to, w jaki sposób zostaną wykorzystane badania prenatalne. Teologia moralna stoi na stanowisku, że zawsze powinny one służyć celom terapeutycznym i ochronie życia poczętego.

Bibliografia:

- Jeżyna K., Gocko J., Rzepa W., (2009), *Ks. Janusz Nagórny. Wartość życia ludzkiego*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kieniewicz P., (2007), *Od sekularyzmu do relatywizmu: świat bez Boga, światem bez moralności. Perspektywa bioetyczna*, (w:) *Wartości moralne w świetle współczesnego sekularyzmu*, J. Gocko (red.), (s. 131-142), Lublin: Poligrafia Inspektoratu Towarzystwa Salezjańskiego.

- Kieniewicz P., (2015), *Bioetyczny labirynt czyli o różnych trudnych sprawach w medycynie i życiu możliwie prostym językiem...*, Licheń Stary: Zakład Gospodarczy „Dom Pielgrzyma”.
- Kornas-Biela D., (2009), *Pedagogika prenatalna nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Otowicz R., (1998), *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Szewczyk R., (2009), *Doświadczenia kapelana hospicjum dla dzieci. Obszary zaangażowania duszpasterskiego kapelana w rodzinie dziecka terminalnie chorego*, (w:) *Opieka paliatywna nad dziećmi*, T. Dangel (red.), tom XVII, (s. 27-34), Warszawa: Warszawskie Hospicjum dla dzieci.
- Ślipko T., Starowieyski M., Muszala A., (2010), *Aborcja. Spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Wójcik K., (2014), *Jérôme Lejeune i jego pacjenci z trisomią 21*, Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.
- Zięba A., (2013), *Strategie obrońców życia człowieka a strategia zwolenników legalizacji aborcji. Polskie doświadczenia*, (w:) *Życie czy śmierć? Ochrona życia w Europie Środkowo-Wschodniej*, U. Dudziak, J. Jęczeń (red.), (s. 117-130), Lublin: Wydawnictwo KUL.

mgr Agata Majewska
doktorantka Wydziału Teologicznego
Uniwersytet Opolski

Ciąża jako wyjątkowy czas – potrzeba odpowiedniego wsparcia małżonków w okresie oczekiwania na dziecko

Wprowadzenie – ciąża jako dar i zadanie

Z pewnością oczekiwanie na pojawienie się dziecka jest wyjątkowym okresem w życiu małżonków i rodziny. Mężczyzna i kobieta doświadczają w związku z tym wielu nowych emocji, przemianom ulega relacja małżeńska, zmienia się dotychczasowa sytuacja życiowa pary. Ciąża oddziałuje na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Jest z jednej strony darem, który jednoczy małżonków i odpowiada na prokreacyjną funkcję rodziny, jest odpowiedzią na małżeńską płodność. Postrzeganie związku małżeńskiego w ramach „procesu osobowego obdarowania się małżonków pozwala zdefiniować płodność małżeńską w znaczeniu szerokim. Oznacza ona nie tylko zdolność małżonków do afirmacji i rozwijania życia własnego oraz współmałżonka, ale faktyczną afirmację i rozwijanie tego życia przez wzajemne bycie osobowym darem dla siebie oraz przyjmowanie tego obdarowania od drugiego” (Wojaczek, 2007, s. 163). Wspólne oczekiwanie na urodzenie się dziecka powinno być tym okresem, w którym mąż i żona stają się sobie bliżsi, gdzie powołanie nowego istnienia do życia niezwykle ich jednoczy.

Z drugiej strony ciąża wiąże się z przeżywaniem stresu, obaw, lęków, nasilaniem się rozmaitych wątpliwości czy konfliktów. Jest tym czasem, w którym ścierają się dotychczasowe wyobrażenia na temat macierzyństwa i ojcostwa, konfrontuje się siła przekazów międzypokoleniowych obu rodzin, para małżeńska wchodzi w etap nieuchronnych zmian. Ciąża – określana czasem również stanem błogosławionym czy byciem przy nadziei – stanowi szczególną przemianę przede wszystkim w życiu małżonków, ale i całej rodziny. Nowe życie jest darem, który należy właściwie pielęgnować, nie zapominając jednocześnie o tym, że odpowiedniego zadbania wymaga również relacja małżeńska oraz pojawiające się – czasem, niezwykle rozbieżne potrzeby kobiety i mężczyzny. Dlatego też wyjątkowy czas ciąży, oczekiwanie na upragnione potomstwo jest przede wszystkim tym okresem, w którym małżonkowie powinni udzielać sobie nawzajem wsparcia, jak i doświadczać go z zewnątrz – od osób bliskich i tych, którzy profesjonalnie zajmują

się towarzyszeniem przyszłym i młodym rodzicom w niezwykłych chwilach związanych z rodzicielstwem. Wydaje się, że szczególną troską oraz właściwym wsparciem należy otaczać również małżonków, którzy zmagają się z trudnościami w realizacji swojego marzenia o upragnionym rodzicielstwie. Ważną rolę odgrywa także pozytywne kształtowanie postaw wobec dziecka w łonie matki, gdzie konieczna jest akceptacja nowego życia, odpowiednia atmosfera tworzona w rodzinie, pozytywne uczucia wobec dziecka i tym samym pozytywne skojarzenia z ciążą (Kończewska-Murdzek, 2015, s. 159). Niniejszy artykuł skupia podejmowane rozważania wokół wskazania na potrzebę niesienia integralnego wsparcia małżonkom oczekującym swojego potomstwa i otacza refleksją psychologiczne aspekty doświadczania ciąży i adaptację do macierzyństwa i ojcostwa postrzeganą jako proces (Każmierczak, 2015, s. 38-50).

1. Znaczenie komunikacji interpersonalnej małżonków oczekujących potomstwa

Nieocenioną rolę w budowaniu relacji, podtrzymywaniu wzajemnej więzi i poczucia bliskości ma komunikacja interpersonalna małżonków. Kobieta spodziewająca się dziecka przeżywa wiele zmian związanych z ciałem, w tym z gospodarką hormonalną. Towarzyszą jej stany radości, smutku, często gniewu, które nazywane są huśtawką nastrojów. Kobieta wymaga w tym czasie zrozumienia, co dla mężczyzny nie zawsze jest proste, gdyż on też ma potrzebę bycia wysłuchanym i zrozumianym. Ciąża może więc okazać się momentem próby w życiu małżonków, którzy zdecydowali się na zostanie rodzicami. Warto też podkreślić, że małżonkom, którzy świadomie i odpowiedzialnie podjęli decyzję o rodzicielstwie może być łatwiej okazywać sobie niezbędną wyrozumiałość w określonych chwilach, konkretne uczucia, troskę i wsparcie w odpowiedni dla siebie sposób.

Zaznacza się, że komunikacja międzyosobowa zachodzi przy uwzględnieniu szerszego tła relacji interpersonalnych w rodzinie, co warunkowane jest następującymi czynnikami: „wspólnym zamieszkiwaniem i codziennym współżyciem, istnieniem więzi emocjonalnej między członkami rodziny, która sprzyja zdolności odczytywania komunikatów niewerbalnych, spontanicznych, przekazywanych przez gesty, mimikę, pantomimikę, trudniej (niż werbalne) podlegających kontroli” (Harwas-Napierała, 2014, s. 48). Mając więc na uwadze złożoność procesów, jakie związane są z komunikacją interpersonalną w rodzinie, należy podkreślać znaczenie fundamentu, którym jest jakość komunikacji pomiędzy samymi małżonkami. Trwałość ich relacji, która również wynika ze sposobu komunikowania się ze sobą, jest podstawą budowania rodziny, w której pojawia się nowa osoba – dziecko. W literaturze przedmiotu zwraca się przy tym uwagę, iż

„w systemowo ujmowanej rodzinie małżeństwo stanowi podsystem podstawowy. Od niego bowiem zależy powstanie i trwanie rodziny oraz jakość relacji w innych podsystemach, kiedy już powstaną. W ujęciu tym małżeństwo nie jest tylko sumą dwóch elementów, ale całością tworzącą nową jakość, w ramach której małżonkowie oddziałują na siebie wzajemnie (na zasadzie sprzężeń zwrotnych), co powoduje, że zmiany dotyczące jednego z małżonków wpływają na drugiego z nich i na charakter relacji” (tamże, s. 59).

Niestety nie zawsze jest tak, że okres ciąży spełnia wszystkie pragnienia, oczekiwania czy wcześniejsze wyobrażenia. Kobieta i mężczyzna mogą zmagać się z różnymi trudnościami, począwszy od problemów zdrowotnych (kłopoty z zajściem w ciążę, z jej utrzymaniem, choroby dziecka, niepełnosprawność, choroby małżonków i członków rodziny, uzależnienia), materialnych (kłopoty finansowe, związane ze znalezieniem stałej pracy, przerastające zobowiązania, niespodziewane wydatki, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe) czy chociażby ogólnie nazwane problemy rodzinne (kłopoty z komunikacją wewnątrzrodzinną, niewyjaśnione spory między członkami rodziny, narastające konflikty, agresja, przemoc). Oczywiście można mnożyć sytuacje, które utrudniają radosne spodziewanie się dziecka – nowego członka rodziny. Stąd też w obliczu sytuacji problemowych, konfliktowych czy kryzysowych, ważne jest porozumienie między małżonkami, otwarcie się na rozmawianie o problemach, dzielenie się swoimi przeżyciami.

Dlatego „kształtowanie prawidłowej komunikacji musi zatem obejmować zabiegi sprzyjające tworzeniu (wzmacnianiu) wymiaru osobowości, w tym przede wszystkim pracę nad podnoszeniem poczucia własnej wartości, poprawą obrazu Ja małżonków (podwyższaniem samooceny) oraz nad zwiększaniem ich poczucia bezpieczeństwa w rodzinie, sprzyjającego większej otwartości” (tamże, s. 68). Człowiek uczy się przez całe życie rozwiązywać różnego rodzaju problemy czy trudności i w jak najlepszy dla siebie, możliwy w danym czasie sposób podejmuje codzienne wyzwania. Wobec tego warto, by małżonkowie potrafili wspólnie dzielić nie tylko radości, ale i chwile zwątpienia, smutku, rozterki, gdzie tak naprawdę empatia spełnia tu ogromną rolę w adaptacji do rodzicielstwa. Dzięki niej „ułatwiona staje się otwarta ekspresja emocji, zwiększająca szanse na wzajemne zrozumienie i akceptację” (Kaźmierczak, 2015, s. 109).

Nauka wzajemnego słuchania się, odczytywania potrzeb, empatia czy otwarte wyrażanie siebie z pewnością pomagają w konstruktywnym podejściu do rozwiązywania pojawiających się konfliktów. Przede wszystkim jednak budują one jedność między małżonkami, czyniąc ich związek trwalszym. Poczucie bliskości i bezpieczeństwa, wspólnota dążeń i celów ułatwiają parze małżeńskiej kroczenie drogą rodzicielstwa. Ciąża jest tym okresem, który scala kobietę i mężczyznę, mogących zobaczyć w sobie nawzajem „przyszłą” matkę i „przyszłego” ojca.

2. Potrzeba właściwego wsparcia „przyszłych” rodziców

Niektórzy małżonkowie określają siebie jako przyszłych rodziców, osoby spodziewające się dziecka, a więc i spodziewające się wejścia w rolę matki i ojca. Niektórzy już od momentu powzięcia wiadomości o ciąży nazywają siebie rodzicami. W końcu kobieta uczy się bycia matką już od pierwszych chwil, kiedy wie, że w jej łonie rozwija się nowe życie. Zmianie najczęściej ulega jej dotychczasowy tryb życia, musi zadbać o zdrowie, przeprowadza szereg badań kontrolnych, pilnuje odpowiedniej diety, by dostarczać niezbędnych składników odżywczych dziecku. Kobieta w okresie ciąży, jak już wcześniej podkreślano, przeżywa na nowo swój świat emocji i uczuć, zmagając się niejednokrotnie z różnymi trudnościami, doświadcza widocznych zmian w ciele, które obserwuje i uczy się nowej strony swojej kobiecości. Mężczyzna również doświadcza wielu zmian i uczy się swojej męskości na nowo. Być może ma on więcej obowiązków domowych i w różnych czynnościach wyręcza, a raczej należałoby napisać – pomaga żonie. Stara się być wyrozumiałym, troskliwym, opiekuńczym. Niektórzy mężowie odczuwają zachodzące zmiany wcześniej, inni dojrzewają w swym ojcostwie dopiero po urodzeniu się dziecka, inni potrzebują jeszcze więcej czasu na pełne przeżywanie swojego rodzicielstwa. Zdaniem autorki rodzicami małżonkowie stają się od początku ciąży – mimo pozostawania dziecka w łonie matki, kobieta i mężczyzna podejmują odpowiedzialność za nowe życie oraz najwcześniejsze zobowiązania, które wynikają właśnie z faktu rodzicielstwa. Z jednej strony małżonkowie są jeszcze we dwoje, jednak zachodzące zmiany wynikają z bycia już we troje.

W cyklu rozwoju rodziny wyróżnia się charakterystyczne etapy, nazywane również fazami życia rodzinnego. Autorzy podkreślają, że „cykl życia rodziny bywa też przedstawiany jako sekwencja faz: od utworzenia rodziny przez dwie osoby (kobietę i mężczyznę), aż do śmierci co najmniej jednej z nich lub rozpadu rodziny (w wyniku rozstania, rozwodu)” (Liberska, 2014, s. 225). Celem podejmowanych rozważań nie jest jednak wymienianie i opisywanie poszczególnych etapów, lecz warto tylko zaznaczyć, jakim momentem jest ciąża w życiu małżonków – szczególnie tych ze stosunkowo młodym stażem. Z jednej strony mieszczą się oni w fazie tzw. wicia własnego gniazda, tym samym konfrontacji wyniesionych ze swoich domów rodzinnych przekazów międzypokoleniowych, tzw. transmisji wartości, tradycji, zasad, sposobów postępowania w określonych sytuacjach. Z drugiej strony w życiu dwojga osób pojawia się nowe życie, trzecia osoba – dziecko, które spaja kobietę i mężczyznę. W przechodzeniu do fazy małżeństwa z małym dzieckiem „głównym wyzwaniem stojącym przed młodą rodziną jest stworzenie miejsca (nie tylko fizycznie), ale przede wszystkim mentalnie i emocjonalnie) dla nowego członka systemu – dziecka (dzieci). Małżonkowie muszą zaakceptować fakt obecności nowej osoby wraz z jej potrzebami i problemami, czyli muszą podjąć role rodziców,

a jednocześnie ich rodzice muszą zaakceptować siebie w rolach dziadków” (Świętochowski, 2014, s. 42-43).

Warto w tym miejscu podkreślić, że – jeśli to tylko możliwe – małżonkowie powinni od pierwszych chwil ciąży starać się wspólnie chodzić na wizyty lekarskie, rozmawiać o zachodzących przemianach, wspólnie angażować się w przygotowywanie ich dotychczasowego życia, domu rodzinnego na przyjście nowego członka rodziny, ich dziecka. Kobięcie zazwyczaj pomaga to w doświadczanych nieraz dotkliwie dolegliwościach czy wahaniach nastroju. Czuje się ona otoczona opieką i troską, co zapewnia jej poczucie bezpieczeństwa. Jest to niezwykle istotne w prawidłowym przebiegu okresu ciąży. Mężczyzna dzięki temu, że aktywnie uczestniczy w ciąży swojej żony, uczy się doświadczać i radzić sobie z nowymi emocjami. Poznaje swoje dziecko – jeszcze w łonie żony – od najwcześniejszych momentów i nawiązuje z nim relację, będąc przy swojej żonie, wspierając ją w trudnych momentach, np. czule dotykając brzucha żony, mówiąc do dziecka, czytając mu bajki czy śpiewając piosenki. W ten sposób nawiązują się więzi, które wzmacniane na kolejnych etapach rozwoju rodziny, stanowią nieoceniony fundament dla kształtowania się jej tożsamości. Oczywiście charakterystyka przeżyć kobiet i mężczyzn w zakresie doświadczania ciąży jest zróżnicowana z uwagi na wielorakie czynniki. Wśród nich można wymienić np. wiek, relacje z mężem lub żoną, sytuację ekonomiczną czy chociażby style radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi (Szymona-Pałkowska, 2005, s. 20-67).

Współcześnie mówi się coraz więcej o potrzebie integralnego wsparcia rodziny w okresie spodziewania się potomstwa, o interdyscyplinarnym podejściu przy udzielaniu pomocy kobiecie będącej w ciąży, o nieocenionym udziale mężczyzny w procesie oczekiwania na dziecko. Zauważa się, że „wpływ wsparcia zależy od tego, kto go udziela i jaki ma ono charakter. Zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego oraz ich pozytywne efekty zależą od liczby osób, które wsparcia dostarczają, ich dostępności i zróżnicowanych form pomocy możliwej do zaoferowania oraz siły więzi emocjonalnej łączącej ich z osobą, której wsparcie jest udzielane” (Kornas-Biela, 2009, s. 110). Wiele więc zależy od zaangażowania osób, które powołane są do udzielania wsparcia czy też fachowej pomocy małżonkom oczekującym dziecka. Można jednak dziś zauważyć, iż pojawia się coraz więcej ofert warsztatów dla młodych rodziców na temat pielęgnacji, bezpieczeństwa czy aspektów związanych z wychowaniem dziecka, kręgów kobiet dla pań będących w ciąży czy zajęć angażujących do udziału aktywnymi formami parę małżeńską. Szkoły rodzenia również wzbogacają swoje oferty o ciekawsze programy prowadzenia zajęć. Małżonkowie mają więc szeroki wybór w zakresie przygotowywania się na pojawienie się w ich domu dziecka.

Obecnie – również dzięki rozwojowi technologicznemu, upowszechnianiu informacji za pośrednictwem mediów – podkreśla się potrzeby, wątpliwości czy

niepokoje młodych rodziców oczekujących na urodzenie się potomstwa oraz stara się na nie we właściwy sposób odpowiedzieć. Coraz częściej mówi się również o tzw. standardach opieki psychologicznej świadczonej przede wszystkim kobietom w sytuacji straty (Czarnecka, Łuczak-Wawrzyniak, Bukowska i in., 2012, s. 166-168), czy też w ogóle – o psychologii prokreacji, gdzie w centrum zainteresowania znajdują się procesy psychiczne związane z ciążą i porodem (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 66). Należy pamiętać, że „im więcej osób, im bardziej dyspozycyjnych do wspierania w różnorodny sposób, i im większa międzyosobowa bliskość i siła uczuć, tym większe jest pozytywne znaczenie wsparcia” (tamże).

Zakończenie

Bycie rodzicem jest zdaniem niektórych autorów jednym z najodpowiedzialniejszych wyzwań w życiu człowieka. Na poszczególnych etapach rodzicielstwa pojawiają się nowe zadania, z którymi małżonkowie powinni sobie wspólnie radzić. Każdy z tych etapów jest wyjątkowy, jednak możliwość dzielenia ze sobą chwil z okresu oczekiwania na potomstwo jest szczególnie. Kobieta i mężczyzna inaczej przeżywają okres ciąży, lecz przeżywając go wspólnie, budują między sobą nową jakość łączącej ich relacji, stwarzając tym samym odpowiednie środowisko do przyjęcia i wychowania ich dziecka. Warto, żeby małżonkowie dbali o komunikację między sobą, znajdowali czas na bycie ze sobą – nie obok siebie.

Tak jak dla rozwoju rodziny charakterystyczne są kolejne etapy, fazy czy też cykle, tak miłość małżeńska zawiera w sobie niezwykłą złożoność i sposób jej przeżywania podlega zmianom. Miłość – w tym właśnie miłość małżeńska, miłość kobiety i mężczyzny spodziewających się dziecka – „to nie tylko pożądanie, nie tylko więź rodzinna, nie tylko uczucie, nie tylko podziw, nie tylko braterstwo dusz. Miłość ma po trochu z każdego z tych elementów, a oprócz tego coś więcej: nadrzędną jedność, obejmującą zarówno różnorakie aspekty i przejawy przeżywania cudownej bliskości osób, jak też integrującą doświadczenie osoby kochanej i siebie samego właśnie, a więc w całym bogactwie i złożoności owego specyficznego ludzkiego sposobu bycia” (Wieczorek, 2007, s. 14). Nowe życie, nowy członek rodziny wyzwala nowe, nieznane dotąd pokłady miłości, która obejmuje małżonków i jednocześnie w nich samych się rodzi, by móc obdarowywać nią kolejne pokolenia. Zaznacza się, że „podstawą wszystkich prawidłowych kontaktów z ludźmi jest zdolność kochania. Polega ona na umiejętności i chęci zrozumienia drugiego człowieka i na aktywnym działaniu dla jego dobra. Taka postawa w stosunku do innych ludzi wymaga dojrzałości i nabycie jej jest procesem” (Jankowska, 2015, s. 22).

Podsumowując, wydaje się, iż należy zwracać uwagę – szczególnie na kursach przedmałżeńskich – na umiejętność spędzania wspólnych chwil i czerpania z nich radości, na otwarte rozmowy, również a może przede wszystkim o mogących

pojawić się problemach i sposobach ich rozwiązywania. Warto, aby małżonkowie angażowali się w poszczególne grupy wsparcia, jeżeli w ich życiu zachodzi taka potrzeba. Natomiast profesjonaliści niosący pomoc rodzinie powinni skupiać się na działaniach zorientowanych na siły rodziny, tzw. pozytywnej interwencji, rozumianej również w kategorii terapii czy po prostu wzbudzaniu pozytywnych zachowań czy uczuć (Lachowska, 2014, s. 550). Zbudowanie odpowiednich fundamentów pomaga parom małżeńskim przetrwać sytuacje kryzysowe, które są nieodłącznie wpisane w prawidłowy rozwój człowieka. To z pewnością stanowi najlepszy przykład dla oczekiwanego potomstwa.

Bibliografia:

- Bielawska-Batorowicz E., (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Czarnecka M., Łuczak-Wawrzyniak J., Bukowska A. i in., (2012), *Wokół standardów opieki psychologicznej świadczonej kobietom w sytuacji straty w okresie perinatalnym w ginekologiczno-położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*, (w:) *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska (red.), (s. 166-175), Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- Harwas-Napierała B., (2014), *Specyfika komunikacji interpersonalnej w rodzinie ujmowanej jako system*, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), (s. 48-72), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Jankowska M., (2015), *Dar życia w aspekcie odkrywania prawdy o sobie i pogłębiania godności*, (w:) *Dylematy dotyczące ludzkiej płodności*, M. Ryś (red.), (s. 9-23), Warszawa: Instytut Papieża Jana Pawła II.
- Każmierczak M., (2015), *Oblicza empatii w procesie adaptacji do rodzicielstwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Kończewska-Murdek Z., (2015), *Jak kształtować pozytywne, pełne afirmacji i miłości postawy wobec dziecka w łonie matki?*, (w:) *Dylematy dotyczące ludzkiej płodności*, M. Ryś (red.), (s. 125-163), Warszawa: Instytut Papieża Jana Pawła II.
- Kornas Biela D., (2009), *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Lachowska B., (2014), *Pozytywna psychologia rodziny – w teorii i praktyce*, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), (s. 539-565), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Liberska H., (2014), *Rozwój rodziny i rozwój w rodzinie*, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), (s. 224-240), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

- Szymona-Pałkowska K., (2005), *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Świętochowski W., (2014), *Rodzina w ujęciu systemowym*, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), (s. 22-245), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Wieczorek K., (2007), *Miłość jako dar i tajemnica. Od Miłości i odpowiedzialności do Deus caritas est*, (w:) *Miłość, płciowość, płodność*, P. Morciniec (red.), (s. 11-25), Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Wojaczek K., (2007), *Matżeńskie obdarowanie – kontekst usytuowania i prawidłowego rozwoju prokreacyjnej funkcji rodziny*, (w:) *Miłość, płciowość płodność*, P. Morciniec (red.), (s. 161-190), Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.

mgr Zofia Kończewska-Murdzek
Towarzystwo Uniwersyteckie Fides et Ratio
mgr Maria Murdzek-Wierzbicka
Katolicki Uniwersytet Lubelski

Rozwój dziecka w łonie matki

*Rączki malutkie,
Ale chwycą cię za serce.
Na zawsze.
Pam Brown*

Rozwój technik medycznych (elektroencefalografii, elektrokardiografii płodowej, termografii, nakłuc pęcherza płodowego, technik izotopowych, ultrasonografii) pozwolił na zaobserwowanie rozwoju i zachowania dziecka w łonie matki. Okazało się, że dziecko w wieku prenatalnym *odbiera bodźce ze wszystkich swoich zmysłów, reaguje na nie, selekcjonuje je, zapamiętuje i rozpoznaje, uczy się, nabywa wiedzę i nawyki, przeżywa proste emocje, komunikuje swoje potrzeby, zwłaszcza te związane z dyskomfortem i wchodzi w interakcje społeczne* (Kornas-Biela, 2001, s. 226).

Wydarzenia z wczesnego dzieciństwa mogą wywierać znaczący wpływ na funkcjonowanie człowieka w życiu dorosłym, dlatego dobrze jest, gdy rozwój dziecka przebiega prawidłowo, w sposób optymalny (Lachowska, 2001, s. 273). Istotne jest to, aby właściwie były zaspakajane potrzeby dziecka, nie tylko biologiczne, ale i psychiczne, szczególnie potrzeba bezpieczeństwa, szacunku, akceptacji i miłości. *Żeby dziecko mogło się dobrze rozwijać, musi być otoczone miłością i musi odczuwać, że do kogoś należy, jest dla kogoś najważniejsze* (Braun-Gałkowska, 2008, s. 152).

Choć jeszcze niewidoczne, powinno na co dzień doświadczać rodzicielskiej miłości i radości życia wynikającej z jego pełnej i bezwarunkowej akceptacji oraz szczęścia rodziców z faktu, że są rodzicami i cieszą się tym. *Dziecko powinno być przyjęte do domu rodziców jako gość miły i szanowany, co nie znaczy, że nie kłopotliwy* (Braun-Gałkowska, 1999, s. 72). Życie każdego dziecka to wielki dar.

Dar przyjęty z wdzięcznością – ubogaca.

Dziecko zapewnia trwanie rodziny i narodu, ich historyczną kontynuację. Wnosi nadzieję jutra i perspektywę przyszłości, zaprasza dorosłych do swojego świata, inicjuje odkrywanie jego tajemnic, jego piękna i sensu (Kornas-Biela, 2001, s. 9-10).

Dziecko w łonie matki jest istotą obdarzoną pełnią człowieczeństwa. Jest dzieckiem swoich rodziców od chwili poczęcia i nigdy nim być nie przestanie. Jego obecność to szansa na samowychowanie rodziców (Fijałkowski, 2002, s. 104).

Dziecko jest aktywne od samego początku, to ono powoduje zmiany w organizmie matki, (już w stadium zygoty wyzwała zmiany hormonalne u matki), wybiera miejsce, gdzie się zaimplantuje w macicy; od dziecka zależy też termin porodu; ono kieruje swoim rozwojem (np. reguluje uczucie sytości); ono też radzi sobie z dyskomfortem.

Dziecko i matka to dwa oddzielne układy. Organizm dziecka i matki charakteryzuje własna homeostaza. Jest to niewątpliwie swoisty „cud”, gdzie dwa żyjące ze sobą organizmy (jeden w drugim) wzajemnie się nie zwalczają. *Doskonaląca się ciągle aparatura medyczna pozwala nam coraz dokładniej śledzić skomplikowanie i celowość rozwoju człowieka od samego zapłodnienia* (Kornas-Biela, 2009, s. 132).

1. Rozwój dziecka w okresie prenatalnym

Dziewięć miesięcy najbardziej dynamicznego rozwoju w życiu człowieka. Wielu uczonych wewnątrzmaciczny okres rozwoju człowieka uważa za najważniejszy. Mamy nadzieję, że poniższe informacje utwierdzą czytelników w takim przekonaniu.

1.1. Pierwszy trymestr

Okres najbardziej intensywnego rozwoju dziecka.

Charakteryzuje go niezwykle szybkie tempo zmian. W biegu życia ludzkiego nie zaobserwowano tak szybkiego rozwoju, jak w tym okresie.

1.1.1. Pierwszy miesiąc

Następuje połączenia „załączków nowego życia”. Wniknięcie plemnika do spoczywającego w ciele matki jajeczka jest impulsem do rozpoczęcia skomplikowanego procesu odcodowywania materiału genetycznego zawartego w tych dwóch ludzkich komórkach rozrodczych, pochodzących od matki i ojca.

Zgodnie z kinetyczną teorią rozwojową prof. Ericha Blechschmidta (1976) (anatora z Getyngi, twórcy anatomii czynnościowej okresu embrionalnego człowieka) odrębność ludzkiego organizmu rozstrzyga się na samym początku rozwoju indywidualnego.

W całym okresie swojego rozwoju dziecko jest tym, kim było w chwili poczęcia. Wszelkie stadia rozwojowe człowieka są zmiennym obrazem niezmiennej istoty ludzkiej. Zdolność wzrastania uaktywnia się samoistnie z chwilą połączenia

dwóch komórek rozrodczych: ojcowskiego plemnika i maczynego jaja. A ludzka natura zostaje określona przez genetyczne dziedzictwo ludzkiego gatunku. Embryon ludzki ma własną cytoplazmę, która uczestniczy w uruchomieniu dynamiki molekularnej (Fijałkowski, 2002, s. 23).

Fredrich Kruse (wybitny psycholog i badacz okresu przedurodzeniowego) mając na uwadze stopień rozwoju psychiki, wysunął propozycję, aby przynajmniej w ostatnich trzech miesiącach ciąży nie używać określenia „płód” lecz „dziecko” (za: Fijałkowski, 1983, s. 73). Obecne osiągnięcia psychologii i medycyny prenatalnej umożliwiają określanie terminem „dziecko” istotę ludzką od chwili jej poczęcia. Istota powstała z dwóch ludzkich komórek rozrodczych jest człowiekiem od chwili swojego zaistnienia. D. Chamberlaine przytoczył dowody uzasadniające tezę, że *dziecko od poczęcia rozwija się jako istota świadoma, czująca, ekspresyjna i ukierunkowana na komunikację z innymi* (za: Kornas-Biela, 2009, s. 114).

W momencie zapłodnienia w organizmie mniejszym od łebka szpilki (dojrzała komórka jajowa ma średnicę ok. 0,15 mm i waży nieco ponad milionową część grama (Rugh, Shettles, 1988, s. 17), plemnik mierzy: 2,5 na 4,6 mikrona¹ - ustala się raz na zawsze wiele cech, które choć wspólne wszystkim ludziom, są jednak różnorodne u każdej jednostki. Już od tego momentu wiadomo jaki kolor oczu, włosów i skóry ma poczęte dziecko. Czy jest chłopcem, czy dziewczynką, czy ma tendencje do wysokiego czy niskiego wzrostu. Czy będzie skłonne do określonych chorób, czy odporne na nie. Jakie będzie miało zdolności, jakie cechy charakteru, chociaż żadna z nich nie będzie go determinowała.

Teraz wystarczy, by ten mały organizm ludzki znalazł odpowiednie warunki, jakie panują tylko w ciele matki, (swoje klimatyzowane M-1), aby mógł się rozwijać, zgodnie z „kodem” tylko sobie właściwym. *Ten plan nowego człowieka jest przekazywany w kolejnych podziałach, wszystkim komórkom potomnym, aby w końcu znaleźć się w każdej cząsteczce skóry, organów, kości itd. Każda komórka jest przypieczętowana swoją przynależnością płciową, co zmusza ją, aby na hormony i impulsy nerwowe reagowała zawsze w określony sposób. Mężczyzna jest więc, aż do swojej najmniejszej komórki włącznie, także w sferze duchowej – mężczyzną, tak jak kobieta jest w pełni kobietą* (Nilson, Ingelman-Sundberg, Wirsen, 1985, s. 36).

Każdy człowiek zawiera w sobie nie tylko kod genetyczny matki i ojca, lecz także wzory reakcji związanych z umysłowym i emocjonalnymi stanami jakich doświadczali rodzice podczas okresu 9 miesięcy do narodzenia dziecka (Turner, 1989, s. 3). Ponadto każda komórka płciowa zawiera nie tylko materiał genetyczny pochodzący od rodziców, ale również ogromny spadek odziedziczony po przodkach. Nośnikami poszczególnych cech dziedzicznych są geny zbudowane z bardzo skomplikowanych cząsteczek kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA). Połowa genów dziecka pochodzi od rodziców, jedna czwarta od każdego z dziadków, można więc spodziewać się pewnego podobieństwa do nich

¹ <http://www.poradnikzdrowie.pl>, dostęp 6 marca 2017.

(Rugh, Shettles, 1988, s. 176). I tak poczęte dziecko będzie miało np. piękne ciemne włosy odziedziczone po ojcu, niebieskie oczy po matce, talent matematyczny po jednym dziadku, muzyczny po drugim, niezwykłą energię i umiejętności organizacyjne po jednej babci a skłonności do egzaltacji po drugiej. Natomiast małą odporność psychiczną i skłonność do chorób po prababci.

Dziecko dziedziczy ogromną liczbę różnych możliwości rozwoju w różnych kierunkach (przekazywanych właśnie przez rodziców, dziadków, pradziadków i odległych przodków). Wiele z tych możliwości nigdy nie zostaje zrealizowanych (tamże, s. 182).

Dlatego należy dążyć do tego, aby każdemu dziecku zapewnić jak najlepsze warunki rozwoju wszystkich jego zdolności i talentów.

Co prawda geny zawierają informacje o wszystkich cechach rozwijającej się indywidualności (cielesnych jak i psychicznych), ale nie posiadają własnej aktywności.

Siła napędowa nie wywodzi się wprost z chromosomów, dlatego powstaje warte rozważenia pytanie: gdzie znajduje się źródło siły pobudzającej ludzki embriion do dalszego rozwoju?

W pierwszym tygodniu zapłodniona komórka jajowa wędruje wzdłuż jajowodu w kierunku jamy macicy i ok. 7 dnia od zapłodnienia następuje jej wniknięcie w głąb błony śluzowej macicy przygotowanej hormonalnie do przyjęcia zarodka (Fijałkowski, 2002, s. 20). Następuje implantacja, zagnieżdżenie się zapłodnionego jaja.

W ten sposób nawiązuje się kontakt z ustrojem matki zaopatrującym dziecko w żywność w wewnątrzmacicznej fazie jego życia². Tym samym zarodek zapewnia sobie pożywienie pochodzące od matki i wymianę gazową przez następne 37-43 tygodnie.

Pierwsze komórki potomne (powstające po zapłodnieniu) zdolne są przekształcić się w dowolny organ ciała.

Po 14 dniach komórki tracą totipotencję. Ich wszechstronność ogranicza się i poszczególne grupy komórek coraz bardziej specjalizują się w kierunku budowy określonego organu: serca, płuc, wątroby lub nerwów (Nilson, Ingelman-Sundberg, Wirsen, 1985, s. 36).

W drugim tygodniu (według prof. Fijałkowskiego, 2002, s. 22) następują drugie narodziny- narodziny psychiczne, w związku z tym, że objawy przestrojenia organizmu matki zostały odczytane przez oboje rodziców jako znak obecności dziecka. Tworzy się poczucie więzi z dzieckiem poczętym, co ma bardzo duże znaczenie zarówno dla niego, jak i dla jego rodziców.

² Z. Kończewska, *U brzasku istnienia człowieka*, maszynopis, 1984, s. 3. (sformułowanie wpisane w ramach korekty tekstu przez W. Fijałkowskiego).

W trzecim tygodniu rozpoczyna się **organogeneza**.

Już 13 dnia powstają zawiązki układu nerwowego; 19 dnia widoczna jest rynienka nerwowa; 20 dnia zostają ukształtowane zawiązki mózgu i rdzenia kręgowego, dają się wyodrębnić zawiązki oka oraz pęcherzyki słuchowe, a od 21 dnia pracuje serce pompując rytmicznie krew (por. Kornas-Biela, 1993, s. 11). Uformowane błony płodowe tworzą naturalną granicę pomiędzy dzieckiem, a najbliższym otoczeniem. Błona wewnętrzna otaczająca zarodek zapewnia utrzymanie środowiska wodnego, zewnętrzna tworzy gąbczasty twór z licznymi kanalikami wypełnionymi krwią matki. Krwioobieg dziecka zachowuje całkowitą odrębność od krwioobiegu matki. Wymiana substancji zawartych w osoczu następuje drogą przenikania przez cienkie ścianki naczyń włosowatych. Z grubej warstwy błony zewnętrznej (kosmówki) zaczyna formować się łożysko. Wykształca się szypuła brzuszna (pępowina) łącząca zarodek z łożyskiem. Poprzez zawarte w niej tętnice i żyły następuje doprowadzanie krwi do organizmu dziecka ze świeżymi substancjami odżywczymi i tlenem oraz odprowadzanie od płodu do łożyska krwi zawierającej zużyte odpadowe produkty materii i dwutlenek węgla (Fijałkowski, 2002, s. 27).

W czwartym tygodniu długość ciała dziecka wynosi 4 mm (tyle co ziarnko ryżu). Uformowały się głowa i tułów. Po bokach głowy widoczne są zawiązki oczu i uszów, a na tułowiu – uwypuklenia – to zawiązki rąk i nóg. *Naczynia krwionośne wraz z sercem tworzą zawiązki układu krążenia* (tamże, s. 30). Pojawiają się zawiązki nerek, wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego, żołądka, jelit, płuc, tarczycy, kończyn, nosa i otwór ustny. Tworzą się zaczątki 40 par mięśni położonych wzdłuż osi ciała (Kornas-Biela, 2016, s. 150). Z dwunastu zawiązków kręgów piersiowych wyrastają żebra.

Prof. Włodzimierz Fijałkowski zdecydowanie podkreśla, że *rozwój organiczny i funkcjonalny w fazie embrionalnej nie oznacza procesu stawania się człowiekiem; człowiekiem osobą ludzką JESTEM od poczęcia [...] Ścisły związek matki z dzieckiem nie ogranicza się do zjawisk biologicznej koegzystencji organizmów* (Fijałkowski, 2002, s. 32). Już od pierwszego miesiąca sygnały płynące od dziecka, matka odbiera i odpowiada na nie (tamże, s. 32). Ma to bardzo duże znaczenie zarówno dla niej, jak i dla jej dziecka.

1.1.2. Drugi miesiąc

Kształtują się narządy wewnętrzne. Rosnące dziecko mimo swoich maleńkich rozmiarów zostaje wyposażone we wszystkie narządy i tkanki.

W piątym tygodniu zarodek ma 6 mm długości. Głowa znacznie się powiększa, (jej wielkość uwarunkowana jest wczesnym, szybkim rozwojem mózgu), zarys twarzy dziecka staje się coraz wyraźniejszy, zarysowuje się nos i szczęka. Jest to szczytowy okres neurogenezy i rozwoju układu nerwowego. W środkowej części mózgu tworzy się przysadka mózgowa (tamże, s. 34), a w rdzeniu kręgowym - synapsy.

W błyskawicznym tempie rozwijają się narządy wewnętrzne. W sercu pomiędzy komorami powstają przegrody. Wykształca się układ moczowy. Tworzą się płaty płuc.

W dolnej części tułowia pojawiają się zawiązki gruczołów płciowych i można już dostrzec zawiązki zewnętrznych narządów płciowych. Wzdłuż tułowia kształtują się mięśnie, zarysowuje szkielet i tkanka chrzęstna (tamże, s. 34-39).

Przed końcem 6 tyg. różnicują się główne struktury mózgu i tworzą zawiązki mostu rdzenia przedłużonego, mózdzku, wzgórza, zwojów podstawy, układu limbicznego i kory mózgowej.

Wszystkie czynności zmysłów, narządów i układów są uruchamiane poprzez procesy wzrostowe. Na gruncie tych podstawowych czynności rozwijają się powoli wyspecjalizowane funkcje poszczególnych narządów. D. Chamberlain podaje przykłady dokumentujące, iż funkcje nie pojawiają się po uzyskaniu przez strukturę dojrzałości, ale to struktura dojrzewa w miarę funkcjonowania i dzięki niemu (za: Kornas-Biela, 2009, s. 132).

W przebiegu ontogenezy zachodzi ciąg celowych przekształceń. To co rozwinęło się wcześniej, służy temu, co rozwinie się później (Kornas-Biela, 2016, s. 151).

Pierwszym zmysłem, którego aktywność odnotowano w tym tygodniu jest zmysł dotyku, w okolicach warg i nosa. Zmysł dotyku jest też najbardziej dojrzałym zmysłem po urodzeniu (tamże, s. 159).

W szóstym tygodniu zarodek (do końca drugiego miesiąca w terminologii lekarskiej dziecko nazywane jest zarodkiem, czyli embrionem)(Kornas-Biela, 1933,s.13), osiąga ok. 1,5 cm długości (tyle ile mierzy malina) i waży 2-3 g (Fijałkowski, 2002, s. 38).

W 41 dniu (od poczęcia) odnotowano pierwszy odruch nerwowy i ruchy spontaniczne jako przejawy współpracy układu nerwowego i mięśniowego. Ta elektryczna aktywność mózgu jest możliwa do zmierzenia. Pojawiają się spontaniczne ruchy dziecka, których matka jeszcze nie czuje, gdyż są bardzo delikatne (tamże,s.40). Serce jest już uformowane, a wątroba zaczyna wytwarzać komórki krwionośne (Kornas-Biela, 2016, s. 151).

Wykształca się jelito ślepe i wyrostek robaczkowy. Twardnieją płaskie kości czaszki. Umacnia się tkanka kostna szkieletu. Pojawiają się zawiązki zębów. Tworzy się podniebienie i przewód nosowo-łzowy (Kornas-Biela, 1993, s. 11-12). W oku powstaje barwnik, który określa kolor tęczówki. Jest już całkowicie uformowana

szczęka i żuchwa. Powstają rozgałęzienia oskrzeli oraz mięśnie kończyn, przepony, grzbietu i mięśnie brzucha. Skóra jest cienka i przezroczysta. Na wypukłościach wzdłuż tułowia można dostrzec krótkie kończyny, a na nich zaczynają wykształcać się zawiązki palców dłoni i stóp. Dobrze wykształcone jest łożysko. Dziecko porusza się swobodnie zanurzone w płynie owodniowym (Fijałkowski, 2002, s. 37-40).

W tym czasie, duża część rodziców nie zdaje sobie jeszcze z jego istnienia dziecka. Nie jest to łatwy okres, ponieważ rozwijający się organizm w ciągu pierwszych 6 tygodni po poczęciu jest najbardziej podatny na uszkodzenia fizyczne i chemiczne (Rugh, Shettels, 1988, s. 60).

Po wykształceniu się jakiegoś narządu ryzyko uszkodzenia go znacznie się obniża. Można powiedzieć, że dwa pierwsze miesiące życia łożynowego dziecka mają zasadnicze znaczenie dla jego rozwoju. Rozwój płodu w dużej mierze zależy od ilości i jakości dostarczanego mu poprzez łożysko pożywienia z organizmu matki oraz od ogólnego stanu jej zdrowia i pozytywnego nastawienia do ciąży (Eliot, 2010, s. 118).

W siódmym tygodniu następuje szybki wzrost całego ciała, szczególnie głowy; można już dostrzec szyję (Kornas-Biela, 1993, s. 12).

Długość ciała dziecka wynosi 2 cm, tyle co śliwka mirabelka (Fijałkowski, 2002, s. 42). *W 43 dniu odnotowano pierwsze oznaki fal mózgowych będących fizjologicznym podłożem tworzącej się świadomości. Bardzo intensywnie rozwijają się oczy, zwłaszcza komórki nerwowe siatkówki łączące się z potylicą mózgu. W uchu tworzą się kanaliki półkoliste* (Kornas-Biela, 2016, s.152). Kostnieją żebra i kręgi. Rozwija się zawiązek języka, zarasta podniebienie. Serce bije z częstotliwością 40-80 uderzeń na minutę, w zależności od stanu i aktywności dziecka (Kornas-Biela, 2016, s. 152).

Gruczoły płciowe są na tyle zróżnicowane, iż można już określić płęć (Kornas-Biela, 1993, s. 12).

Wyraźnie ukształtowany jest już narząd wzroku(szczyt jego dojrzałości przypada na ósmy miesiąc życia wewnątrzmacicznego, odtąd zaczyna się już powolne starzenie tego narządu)(Fijałkowski, 180, s. 23).

Skóra dziecka jest nadal cienka, przezroczysta i czuła na dotyk. Najbardziej wrażliwa jej część to okolica warg, jej podrażnienie powoduje reakcje całego ciała (Fijałkowski, 2002, s. 42).

Dziecko porusza kończynami, są to drobne drgnięcia, ale z każdym dniem przybierają na sile; porusza też głową i tułowiem(tamże, s. 42).

W ósmym tygodniu dziecko ma 2,5-3 cm (jest wielkości średniej truskawki), głowa pochyla się do przodu jakby ciążyła (ponieważ nadal jest duża, stanowi połowę długości ciała). Mózg wysyła impulsy nerwowe koordynujące czynności narządów wewnętrznych. Można wykonać elektroencefalogram mózgu.

Wykształcają się gruczoły dokrewne: grasica, tarczyca, nadnercza oraz zaczynają być produkowane hormony. Z ryńienki nerwowej tworzy się rdzeń kręgowy, a z niego wyrastają nerwy (Fijałkowski, 2002, s.46). Co minutę przybywa kilka tysięcy neuronów (Kornas-Biela, 2016, s.153). Umacnia się delikatny układ kostny intensywnie rozwijają się mięśnie. Ich pracą kieruje centralny system nerwowy (Brasca, Ingelman-Sundberg, Wirsen, 2012, s. 31).

Wątroba i śledziona wytwarzają komórki krwiotwórcze. Żołądek wydziela soki trawienne. Nerki filtrują kwas moczowy, gromadzący się we krwi jako produkt przemiany materii. Rozpoczyna się proces powstawania kubków smakowych w jamie ustnej. Płuca składają się z płatów, powstają też oskrzeliki oraz przepona (Kornas-Biela, 1993, s.12-13).

Dziecko w worku owodniowym połączone z pępowiną, a przez nią z rozbudowanym łożyskiem, mierzy ok. 3 cm i waży 1 g (masa jego ciała powiększyła się już blisko 40 tys. razy), (Fijałkowski, 2002, s. 46). *Tułów jest zaokrąglony, rączki rozłożone na boki, łokcie skierowane w dół, a kolana ku górze, kończyny smukłe. Na dłoniach pojawiają się główne linie papilarne. Wszystkie narządy wewnętrzne są już ukształtowane i spełniają swoje podstawowe funkcje (Kornas-Biela, 2016, s. 153).*

Powstało już wszystko co dziecko mieć musi. Ta mała ludzka istota ma teraz tylko rosnąć i ćwiczyć wykonywane czynności. Twarz dziecka z przymkniętymi powiekami przypomina twarz osoby przed zaśnięciem. Ręce zaczynają chwycić, a nogi próbują pierwszych delikatnych ruchów (Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsen 1985, s. 71). Należy podkreślić, że *nie ma żadnej komórki, żadnej tkanki, żadnego narządu, które nie funkcjonowałyby w okresie ich tworzenia (Fijałkowski, 1983, s. 66). U ośmiotygodniowego płodu coraz wyraźniej zarysowują się indywidualne cechy małego człowieka (Fijałkowski, 1980, s. 21).*

Dwumiesięczne dziecko w łonie matki jest malutką, żywą istotą ludzką trzycentymetrowej długości o dużej główce, skośnych, wąskich oczach, maleńkich uszkach, szczupłych rączkach i nóżkach oraz wypukłym brzuszku. *Różnorodne doznania przenikają przez cieniutką warstwę świadomości i wpisują się w podświadomość. Są to czynniki stymulujące wzrost, dojrzewanie organizmu i kształtowanie się psychiki (Fijałkowski, 2002, s. 48).*

1.1.3. Trzeci miesiąc

Trzeci miesiąc - to okres dużej aktywności mięśniowej. Nie może być mowy o ruchach mięśni bez aktywności systemu nerwowego. Pierwsze ruchy płodu mają charakter „totalny”, tzn. całe ciało dziecka reaguje jednakowo na każdy typ bodźca. Stopniowo ta nadmierna reakcja zmniejsza się i zawęża do tego obszaru ciała, który jest pobudzany. Dzięki koordynacyjnej funkcji układu nerwowego, gdy mózg

wysyła impulsy, mięśnie na nie odpowiadają i dziecko porusza nogami i zgina palce (Fijałkowski, 2002, s. 58).

W dziewiątym tygodniu masa ciała dziecka wzrasta do 4 g. Wzrost mierzony od czubka głowy do pośladków wynosi 4-5 cm. Organizm funkcjonuje sprawnie; wszystkie narządy wewnętrzne uzyskują coraz pełniejszy kształt i doskonałą swoje funkcje. Serce bije regularnie, a jego czynność można zaobserwować za pomocą kardiogramu (Fijałkowski, 2002, s.50).

Zwiększa się masa mięśni. Skóra grubieje, pokrywa ją delikatny meszek. W oku wykształca się soczewka i tęczówka. Gałki oczne zostają przesłonięte tworzącymi się powiekami, które przez dalsze trzy miesiące będą zamknięte. Powstają zawiązki zębów mlecznych. Na palcach wyrastają paznokcie (tamże, s. 50). Przysadka wydziela hormon wzrostu. Tworzy się nerw węchowy. Cewa nerwowa wypełnia się komórkami nerwowymi. Informacje z rdzenia kręgowego docierają do kończyn, które poruszają się teraz niezależnie od siebie. Dziecko zbliża ręce do twarzy. *Doskonali się zmysł dotyku, np. powieka pod wpływem dotknięcia zaciska się, a dłoń zwija się w pięstkę* (Kornas-Biela, 2016, s.153).

Dziecko jest coraz bardziej aktywne, przejawia indywidualne i płciowo zróżnicowane cechy w wyglądzie i w zachowaniu. Jest już bardziej odporne na działanie teratogenów, ale wiele z nich może mu jeszcze zaszkodzić (tamże, s.153). Czas od początku dziewiątego tygodnia do urodzenia to płodowy okres życia, (płód, łac. *fetus* – mała istota) (Fenwick, 2016, s.15).

W dziesiątym tygodniu dziecko waży 7 g, a jego wzrost wydłużył się do 5,5 cm (tyle mandarynka). *Narządy wewnętrzne doskonałą swe czynności. Zachodzą zmiany w czynności wątroby, która powoli traci dotychczasową funkcję krwiotwórczą, funkcję tę przejmuje szpik kostny. W pęcherzyku żółciowym zaczyna wytwarzać się żółć. Następują dalsze zmiany rozwojowe mózgu, jego czynność staje się coraz intensywniejsza. Zwiększa się wrażliwość dotykowa twarzy, szczególnie ust* (Fijałkowski 2002, s. 54). Dotknięcie warg płodu powoduje odruch ssania. Każde lekkie dotknięcie czoła powoduje odwrócenie głowy, a dotknięcie powiek – ruchy gałek ocznych (Kornas-Biela, 1993, s.13).

Dziecko rusza palcami, przeciąga się i ziewa, zaczyna „tańczyć”, zawieszono w płynie owodniowym (Kornas-Biela, 2016, s. 157). Poruszając się, dotyka ciałem i rączkami ścian macicy, pępowiny i łożyska, przez co uczy się otoczenia (Kornas-Biela, 2016, s.159).

W jedenastym tygodniu dziecko ma już 6,5cm (tyle ile cytryna) i waży 9,5 g. Systematycznie rozwija się układ nerwowy (Fijałkowski 2002, s. 57). Doskonali się

wiele narządów. Trzustka zaczyna wydzielać insulinę. Kształtują się struny głosowe i narząd słuchu. Tworzą się receptory powonieniowe (Kornas-Biela, 2016, s. 153-154).

Jedenastotygodniowe dziecko nadal „tańczy” w macicy, wykonuje skoki, zgina kolana, odpycha się od ściany, unosi ku górze i opada, obraca stopami, kołysze biodrami. Potrafi zamknąć dłoń z równoczesnym przygięciem kciuka (Fijałkowski 2002, s.62). Otwiera i zamyka usta, marszy brwi, robi grymasy, rusza głową, ziewa, drapie się, porusza żuchwą (Kornas-Biela, 2016, s.157). *Pływa w pęcherzu owodni niczym astronauta w kabinie pojazdu kosmicznego. Wokół niego kosmki łożyska tworzą wieniec świetlnych promieni* (Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsén 1985, s. 87), ale jego sytuacja jest odmienna, gdyż działają na niego siły ciężenia konieczne dla prawidłowego rozwoju. Zwiększa się powierzchnia ciała wrażliwa na dotyk, obejmuje teraz ramiona i górną część klatki piersiowej. *Na drażnienie warg dziecko reaguje zamknięciem ich i ruchami połykania* (Kornas-Biela, 1993, s. 14). Pojawiają się odruchy unikania bodźców niepożądanych.

W **dwunastym tygodniu** dziecko ma 7,5 cm (tyle co średniej wielkości jabłko) i waży 14g (Fijałkowski 2002, s. 61).

Przysadka mózgowa integruje układ mózgowy i hormonalny. Czynna hormonalnie jest kora nadnerczy. Następuje wzmocnienie kośćca, struny głosowe uzyskują ostateczny kształt. Nerki coraz sprawniej wydzielają mocz. Następuje znaczny postęp w rozwoju zmysłów. Tworzy się nerw wzrokowy łączący gałkę oczną z potyliczną częścią mózgu. Rytm fal mózgowych przybiera niepowtarzalne cechy osobiste. Dziecko połyka płyn owodniowy i reaguje na jego smak. Pojawiają się pierwsze próby ruchów oddechowych klatki piersiowej (Fijałkowski 2002, s. 61-62).

Na obrazie ultrasonograficznym można zaobserwować, jak dziecko usprawnia ruchy głowy, tułowia i kończyn oraz otwiera i zamyka usta; porusza gałkami ocznymi; ściąga brwi; napina i rozluźnia mięśnie mimiczne twarzy. Obecnie kurczą się tylko te mięśnie, które biorą udział w danym ruchu (tamże).

Dziecko przez cały czas doskonali te umiejętności, które będą mu niezbędne do przetrwania poza łonem matki: ssanie i oddychanie. Wielką zasługą Blechsmidta jest odkrycie i wyjaśnienie ruchów treningowych (Fijałkowski, 1980, s. 21).

Pod koniec pierwszego trymestru szczególnie intensywna jest aktywność ruchowa dziecka. Może ono ruszać się nieprzerwanie przez 7,5 minuty, natomiast odpoczywa najwyżej 5,5 minuty. Śmiech, kichanie, kaszel matki pobudzają jego aktywność. Na ekranie USG można obserwować bogaty repertuar ruchów: dziecko faluje, drży, unosi się i opada, podciąga i prostuje ręce i nogi oraz rusza biodrami, stopami i palcami, obraca głowę, otwiera i zamyka usta, rusza gałkami ocznymi, ściąga brwi, robi grymasy mięśniami twarzy, przeciwstawia kciuk pozostałym palcom (Fijałkowski 2002, s. 61-62).

Stopniowo ruchy stają się szybsze, płynne, celowe i zorganizowane w ciągi. Angażowane są coraz bardziej tylko te mięśnie, które są konieczne, a nie, jak to było wcześniej wiele mięśni. Filmy rejestrujące zachowanie 3-miesięcznego dziecka pokazują je, jak "tańczy" w macicy – połączone z nią sznurem pępowinowym – wykonując swoisty prenatalny taniec (Kornas-Biela, 1993, s. 15).

1.2. Drugi trymestr

Drugi trymestr jest to okres szybkiego wzrostu i dużej aktywności, czas ważnych umiejętności przystosowywania się do istniejących warunków. Dojrzewa psychika, dziecko stopniowo nabywa zdolności uczenia się i zapamiętywania (Kornas-Biela, 1993, s. 15).

1.2.1. Czwarty miesiąc

Następuje intensywny rozwój mózgu. Takiego tempa wzrostu ciała nie ma w żadnym innym miesiącu (Kornas-Biela, 2016, s. 154).

W trzynastym tygodniu dziecko ma już 9 cm (jest wielkości pomarańczy) i waży 28 g. Chociaż głowa stanowi 1/3 długości ciała, to mięśnie karku umożliwiają już jej utrzymanie w pozycji pionowej. *Wykształcenie się struktur i funkcji organizmu podlega pewnym prawidłowościom: odbywa się od góry w dół i od środka ciała na boki. Wzrasta ilość płynu owodniowego. Jego obecność zapewnia utrzymanie stałej temperatury, łagodzi wstrząsy, chroni przed urazami* (Fijałkowski 2002, s. 66-67). Następuje stałe przenikanie krwi i substancji chemicznych z krwi matki do krwi dziecka. Cokolwiek matka je i pije przenika do organizmu dziecka (tamże, s. 67). Dziecko kołysane oddechem matki, kojone spokojnym rytmem jej serca bezpiecznie unosi się w jej łonie (Jessel, 1990, s. 12).

Tydzień czternasty – dziecko magazynuje specjalny rodzaj tkanki tłuszczowej zwanej brunatną, która przekształca tłuszcz bezpośrednio w energię. Dynamicznie rozwija się mózg, mnożą się neurony i powstają nowe połączenia synaptyczne. Tworzy się „mapa” ruchowa i czuciowa ciała. Obraz fal mózgowych wskazuje na możliwość reagowania komórek nerwowych na różne bodźce i zmiany stanu świadomości (Kornas-Biela, 1993, s. 16). Szybkość zmian zachodzących w tym tygodniu *idzie w parze ze znaczną wrażliwością na odbiór bodźców wychodzących z wnętrza i otoczenia* (Fijałkowski, 2002, s. 69).

Serce dziecka przepompowuje 30 litrów krwi na dobę. Biję dwa razy szybciej niż serce matki. Można je usłyszeć przez stetoskop. *Tarczycyca przyswaja jod i wydziela*

tyroksynę (Fijałkowski 2002, s. 69). Mały człowiek wypija dziennie ok. litra płynu owodniowego, ćwicząc tym samym mięśnie potrzebne po urodzeniu do jedzenia, oddychania i mówienia. Noworodek nie dokonałby pierwszego oddechu, gdyby nie ćwiczył ruchów oddechowych na wiele miesięcy przed urodzeniem (Kornas-Biela, 2016, s. 155).

Picie płynów stwarza też warunki do dojrzewania śluzówki żołądka i jelit, pobudza produkcję kwasów i enzymów trawiennych (tamże, s.155).

W środowisku wodnym ciało staje się lżejsze, co ułatwia dziecku wykonywanie ćwiczeń ruchowych i stałą aktywność (Rugh, Shettels 1988, s. 71). W tym czasie sylwetka matki znacznie się zmienia.

Tydzień piętnasty – prawie cała powierzchnia ciała jest wrażliwa na dotyk (wyjątek stanowi górna i boczne części głowy, co jest korzystne podczas porodu – chroni przed silnym odczuwaniem ucisku). Fale mózgowe (w zapisie encefalograficznym) – wskazują na znaczną aktywność mózgową. Łożysko podejmuje funkcje życiowe, które po urodzeniu przejmą płuca, nerki, wątroba, jelita, gruczoły dokrewne (Fijałkowski, 2002, s. 72). Choć płuca wypełnione są płynem, występują regularne ruchy oddechowe. Dziecko systematycznie ssie kciuk. Reakcja na dotyk ogranicza się do okolicy drażnionej. Dziecko reaguje też na ucisk i zmianę ciśnienia wód płodowych – zwija się i obraca, kopie – usiłuje językiem ciała sygnalizować swoje niezadowolenie (Kornas-Biela, 1993, s.16). Cięża zaczyna być widoczna.

W **tygodniu szesnastym** dziecko mierzy ok. 20 cm i waży ok. 300 g. Swobodnie porusza się w płynie owodniowym, którego ilość znacznie się zwiększa. Głowę utrzymuje w pozycji pionowej dzięki dobrze rozwiniętym mięśniom karku. W rękach i nogach wykształciły się już stawy. Ćwiczy ruch chwytania, na poduszkach palców rąk tworzą się niepowtarzalne i charakterystyczne dla każdego człowieka linie papilarne (Fijałkowski 2002, s. 75). Uformował się mózdzek. W pniu mózgu tworzą się wyższe ośrodki słuchowe. Powierzchnia mózgu powiększa się i staje się coraz bardziej pofałdowana, tworzą się bruzdy i zwoje. Jest już aktywna przednia część mózgu – czołowa i ciemieniowa. W płatach czołowych jest już „baza biologiczna” uczuć, woli, inteligencji i pamięci. Zaczyna się proces mielinizacji tzn. tworzenie otoczki tłuszczowej wzdłuż włókien nerwowych, dzięki czemu przepływ impulsów nerwowych jest szybszy (Kornas-Biela, 1993, s. 16).

Mózg dziecka strukturalizuje się poprzez wiązania synaptyczne między komórkami nerwowymi (Kornas-Biela 2009, s. 133).

Następuje proces kostnienia chrząstek szkieletu, rąk i nóg, dzięki temu wzmacnia się siła i zakres ruchów. Wyraźnie rejestrowane przez mózg i zapamiętywane są ruchy rytmiczne związane z kolebaniem. Duża aktywność mózgu

sprzyja dojrzewaniu narządu równowagi (Fijałkowski, 2002, s.76). Serce dziecka można usłyszeć za pomocą ultradźwiękowego detektora tętna płodu. Podczas badania USG, dobrze widoczna jest płeć dziecka (Fenwick, 2016, s. 19).

1.2.2. Piąty miesiąc

Dziecko słyszy i reaguje na dźwięk. W łonie matki jest wiele bodźców stymulujących rozwój zmysłów (Fijałkowski, 2002, s: 80).

W kolejnym **siedemnastym** już **tygodniu** życia łonowego dziecku rosną włosy, brwi, rzęsy i paznokcie. Skóra pokrywa się ochronną mazią płodową. *Ciągle doskonała czynność mózgu sprawia, że naprzemiennie występują stany świadomości i czuwania* (tamże, s. 78).

Zdolność słyszenia dźwięków wykształciła się już na tyle, że dziecko słyszy głosy, śpiew i muzykę, a nawet rozróżnia melodię i ją zapamiętuje. Dotyczy to nie tylko rytmu oddychania i bicia serca matki, ale i innych dźwięków dochodzących z otaczającego je świata. Pod wpływem bodźców takich jak szum odkurzacza czy suszarki do włosów serce dziecka zaczyna gwałtownie bić. Nadmiar bodźców negatywnych powoduje jego duże pobudzenie (tamże, s. 81).

Stopniowo aktywność dziecka staje się regularna i cyklicznie się zmienia. Dziecko nadal ćwiczy odruch ssania, ssąc swój palec. *Może też wykonać chwyt dłonią* (Rugh, Shettels 1988, s. 69), na tyle silny, że zdolny do utrzymania ciężar jego ciała. Uczucia i wyobrażenia matki przekazywane SA dziecku za pomocą układu neurohormonalnego i telepatii (Fijałkowski, 2002, s.79).

W tygodniu osiemnastym ruchy dziecka są na tyle wyraźne, że odczuwa je każda matka. Wie kiedy dziecko obraca się, a kiedy kopie, oraz wyczuwa, którą część ciała wypycha. Można zachęcić dziecko do aktywności poprzez głaskanie i lekkie postukiwanie (Kornas-Biela, 1993, s. 16-17).

Zjawisko to poszerza jego sferę kontaktu o doznania cielesne. Serce bije już tak głośno, że można je usłyszeć bez stetoskopu – przykładając ucho do brzucha matki. Okresy silnych ruchów przeplatają się z okresami spokoju, kiedy to dziecko zapada w sen, przyjmując najdogodniejszą dla siebie pozycję. Niekiedy matka czuje jak dziecko przeciąga się po przebudzeniu (Rugh, Shettels 1988, s. 71).

W tygodniu dziewiętnastym doskonałą się narządy w całym dziecięcym organizmie i wzrasta siła mięśni, w związku z czym ruchy są coraz mocniejsze. Chociaż dziecko przebywa w środowisku wodnym (i w uszach jego znajduje się płyn) słyszy dźwięki, reaguje na nie, przyswajając je na drodze odruchów warunkowych. Reaguje szczególnie na wibrację. Głośne dźwięki mogą obudzić

dziecko i wywołać ruch gałek ocznych, przyspieszyć akcję serca oraz wzbudzić ogólny niepokój (Kornas-Biela, 1993, s. 17), bo macica nie stanowi dźwiękoszczelnej komory. Przyswajalność dźwięków to podłoże mowy. Na powierzchni języka, podniebieniu, wewnętrznej powierzchni policzków i w błonie śluzowej warg tworzą się kubki smakowe, jest ich teraz więcej niż po urodzeniu. Powstałe w tym okresie nawyki smakowe przetrwają i utrzymają się w późniejszych latach życia (Fijałkowski 2002, s. 86-87). *Aktywność ruchowa matki i dziecka jest naprzemiennie zharmonizowana – ruchy ciała matki hamują ruchy dziecka, zaprzestanie ruchu przez matkę pobudza jego ruchy* (Kornas-Biela, 2016, s. 158).

W **dwudziestym tygodniu** życia łonowego dziecko mierzy 25 cm i waży 400 g (Fijałkowski, 2002, s. 88).

Trenuje ruchy głową, tułowiem i kończynami (chwytą pępowinę i fika koziółki) oraz ssie kciuk. Chętnie słucha uderzeń serca matki (potem uspokaja się pod ich wpływem po urodzeniu). Amerykański psycholog dziecięcy Lee Salk stwierdził, że matki samorzutnie przejawiają skłonność do trzymania noworodków na lewej ręce (Fijałkowski, 1983, s. 71), dzięki czemu słysząc znaną sobie „muzykę” uderzeń serca matki, noworodki uspokajają się. W okresie płodowym dziecko chętnie też słucha matczynego śpiewu i spokojnej muzyki. Dobrze odbiera dźwięk o niskiej częstotliwości drgań, a więc muzykę wykonywaną na flecie, fagocie, wiolonczeli i kontrabasie (Fijałkowski, 2002, s. 90-91). Przeżywa radość i niepokój (Fijałkowski, 1983, s. 71).

Nadal połyka wody płodowe, intensywność połykania zależy od samopoczucia dziecka oraz od uczucia głodu i smaku wód (nieprzyjemny smak: słony, kwaśny, bądź gorzki hamuje połykanie). Zmysł smaku jest ważnym regulatorem rozwoju dziecka – smak słodki zachęca do picia i tym samym zdobywania produktów odżywczych oraz pobudza do ruchów połykania i ruchów oddechowych. Słodycz pobudza też wydzielanie endorfin, co zmniejsza odczuwalność bólu, uspokaja i daje uczucie przyjemności. Dzieci matek używających w czasie ciąży dużo cukru, po urodzeniu preferują pokarmy słodkie (Kornas-Biela, 2016, s. 161).

Dziecko reaguje na zmiany temperatury. Gdy matka wypije szybko dużą ilość zimnego lub gorącego płynu, bądź bierze zbyt ciepły albo za chłodny prysznic - zwiększa się ruchliwość płodu i przyspiesza akcja jego serca (tamże, s. 160).

Dziecko reaguje też na nagłą zmianę oświetlenia odwróceniem głowy, zmianą pozycji ciała oraz zwiększeniem aktywności i przyspieszeniem rytmu serca (Kornas-Biela, 1993, s. 17).

W drugiej połowie ciąży są aktywne systemy związane z bólem. *Wydzielanie hormonów stresu do krwi, zmiany hemodynamiczne w rytmie uderzeń serca oraz zachowanie*

dziecka w czasie badań i terapii prenatalnej wskazują na to, że odczuwa ono ból, a obrazy USG dokumentują jak stara się uniknąć tego, co ból powoduje, wykonując ruchy obronne, przesuwając się tył (Kornas-Biela, 2016, s. 160). Należy pamiętać, że wrażliwość na ból w stresie wzrasta. Dziecko odczuwa ból nie tylko wskutek działania bodźców powierzchniowych, ale także na skutek chorób i dyskomfortu spowodowanego np. uciskiem ubrania matki oraz niedotlenienia nikotynowego, które powoduje pulsowanie w jego głowie (tamże, s. 160).

Albert William Liley (wybitny lekarz ginekolog z Nowej Zelandii, autor książki: *Oddziaływanie dziecka w okresie życia wewnątrzmacicznego na otaczające je środowisko*) na podstawie obserwacji transfuzji krwi u dziecka w łonie matki stwierdził, że dziecko reaguje na ból podobnie jak po urodzeniu (Kornas-Biela, 1980, s. 60).

Poprzez napięte powłoki brzuszne można teraz wyczuć łokieć, główkę lub nóżkę dziecka. Matka orientuje się również kiedy maleństwo ma czkawkę, która jest efektem zwiększonej aktywności połknięcia płynu owodniowego (Rugh, Shettels 1988, s. 71), albo kiedy leniwie przesuwają się, a potem kopie. Ta mowa ciała ubogaca wzajemną komunikację i jest dla obu stron bardzo ważna.

1.2.3. Szósty miesiąc

Dziecko zdobywa umiejętność bycia w dwóch stanach: snu i czuwania, na wzór dobowej aktywności matki (Kornas-Biela, 2016, s. 163).

Tydzień dwudziesty pierwszy

Proporcje ciała dziecka zbliżają się do tych, jakie będzie miało po urodzeniu, nadal jednak brak mu tkanki tłuszczowej – warstwy izolacyjnej, dlatego ustrój płodu nie może zabezpieczyć sobie właściwej temperatury ciała.

Wzrost dziecka sięga 35 cm, a waga mieści się w granicach od 700-900 g. Skóra ma ciemnoczerwoną barwę, gdyż prześwitują przez nią naczynia krwionośne, pokryta jest mazią płodową, która chroni ją przed zmacerowaniem przez sole mineralne zawarte w płynie owodniowym. Jest wrażliwa na temperaturę, ból i dotyk. Głowę dziecka pokrywają włosy.

Dziecko przyjmuje postawę wyprostowaną. Dojrzewają narządy wewnętrzne. Kostnieje szkielet i wytwarzają się więzadła stawowe. Płuca zaczynają wytwarzać surfaktant, substancję która zapobiega zapadaniu się płuc w czasie oddychania. W tkance nerwowej powstają komórki glijowe. Nadal gęstnieje sieć wiązań nerwowych w mózgu. Tworzą się niektóre odruchy bezwarunkowe. Pod koniec tego

miesiąca fale mózgowe przypominają fale noworodka. Dziecko ma już całkowicie wykształcone oczy, które otwiera dostrzegając światło. Potrafi zamykać powieki i wodzić oczyma. Zaczyna magazynować substancje potrzebne mu po urodzeniu: wapń, żelazo, białka i ciała odpornościowe. Rosną mu paznokcie (Kornas-Biela, 2016, s. 156). Dziecko wykonuje wiele ćwiczeń, m.in. „staje na głowie”, zmienia pozycję, obraca się. Ruchy dziecka są energiczne i bardzo wymowne, matka może je z łatwością różnicować (Fijałkowski, 2002, s. 102).

Miewa czkawkę i potrafi kaszleć. Ruchliwość dziecka staje się regularna, cykle aktywności trwają ok. 45 min. Prawidłowo rozwijające się dziecko rzadko trwa w bezruchu dłużej niż 10 minut, nie zawsze matka to wyczuwa.

W stanie snu, (który stanowi 95% czasu) pojawia się faza REM (to faza specyficznego układu fal mózgowych i ruchliwości gałek ocznych oraz marzeń sennych), w której następuje intensywna integracja wszystkich sygnałów, jakie dotarły do mózgu ze zmysłów, mięśni i świata zewnętrznego oraz porządkowanie zasobów pamięciowych (tamże, s. 102).

Jest to faza konieczna dla normalnego rozwoju psychicznego i fizycznego człowieka, dlatego wszelkie zaburzenia pełnego przebiegu fazy REM są zawsze bardzo niekorzystne, o czym należy pamiętać szczególnie w tym okresie, bo maluszka może budzić np. zbyt głośna muzyka i zbyt duży hałas. Przy niespodziewanym hałasie dziecko kurczy się ze strachu, a uspokaja, gdy np. rodzice rozmawiają cicho i swobodnie. Dziecko odbiera dźwięki na drodze pozaakustycznej i różnicuje ich głośność, wysokość, czas trwania, rytm, akcent (Kornas-Biela, 2016, s. 162).

Dziecko w czasie snu przyjmuje swoją ulubioną pozycję, która jest dość trwała i pozostaje na całe życie jako najczęstsza pozycja snu i wypoczynku, zwłaszcza w okresach choroby, przeciążeń i stresów. A. W. Lilley stwierdził zdolność uczenia się płodu w zakresie przyzwyczajień i uwarunkowań (za: Fijałkowski, 1983, s. 71). Aktywność dziecka zależy od dziedzicznie zaprogramowanych cech układu nerwowego, od trybu życia matki oraz jej samopoczucia.

Spokojne chodzenie i tym samym kołysanie usposabia je do drzemki, a silne emocje, gwałtowne poruszenie, mogą obudzić dziecko. Ponadto poprzez kołysanie (oraz spokojny rytmiczny taniec) ćwiczy się jego zmysł równowagi. Pod koniec tego miesiąca dziecko uczy się od matki rytmu naprzemiennej aktywności, na wzór dobowej aktywności swej matki, według niej kształtuje swój biorytm oraz w zależności od jej trybu życia nabywa swoich przyzwyczajień (Kornas-Biela, 1983, s. 18).

Część tworzących się odruchów bezwarunkowych (tzn. wrodzonych reakcji organizmu na specyficzne bodźce) - takich jak odruch ssania, połykania, chwytania i inne odruchy – usposabia je do przeżycia poza łonem matki i świadczy o dojrzałości układu nerwowego (tamże, s. 19).

1.3. Trzeci trymestr życia prenatalnego

Powstanie intelektu i osobowości

Dziecko przejawia zachowanie, które można nazwać inteligencją prenatalną (jak to ujmuje Chamberlaine), która wyraża się w różnicowaniu dopływających do niego bodźców, w postawie preferencyjnej wobec nich oraz w zachowaniach obronnych, zapobiegającym zagrożeniom. W zachowaniach społecznych i afektywnych dziecka oraz w procesach poznawczych, uczeniu się i pamięci. D. Chamberlaine uważa, że dziecko przed urodzeniem spełnia kryteria zachowania inteligentnego, gdyż ma umiejętność adaptacji do zmieniających się warunków życia w łonie matki. Proces informacyjny dokonuje się na różnych biochemicznych ścieżkach i jest zapamiętany jako ślady pamięciowe między innymi wrażeń zmysłowych (za: Kornas-Biela, 2009, s. 133-134).

Mała istota w łonie matki jest indywidualnością. Niektóre dzieci zachowują się spokojnie i tylko od czasu do czasu ruchem ręki lub nogi usiłują przypomnieć o swoim istnieniu. Inne zaś silnymi uderzeniami protestują, gdy „na zewnątrz” nie panuje spokój, lub matka nie kołysze ich wystarczająco. Pewne znaczenie w przewidywaniu przyszłych cech stylu emocjonalnego i poznawczego ma sposób reagowania dzieci na stres dźwiękowy (Kornas-Biela, 1980, s. 62).

Dzieci żywo i szybko reagujące na każdy dźwięk, po urodzeniu są nadpobudliwe i nadwrażliwe. Różni badacze doszli do tych samych wniosków, że dziecko w łonie matki jest żywą biologicznie i psychologicznie uformowaną indywidualnością i istotą społeczną (Fijałkowski, 2002, s. 69).

Gromadzi doświadczenia, które oddziałują na jego umysł, powracają w różnych sytuacjach i kształtują jego osobowość (tamże, s 73). *Wrażenia i doznania okresu życia wewnątrzmacicznego mogą się utrzymywać w pamięci dziecka przed urodzeniem. Ślady tej pamięci (engramy) określają zasób doświadczeń dziecka i mogą rzutować na dalszy jego rozwój* (Fijałkowski, 1983, s. 74).

A. W. Lilley na podstawie swych badań stwierdził, że płód wystawiony na różnego rodzaju bodźce reaguje na nie czynnie, przejawiając zdolność uczenia się (tamże, s.71). *Staje się świadomą i czującą istotą* (Fedwick, 20011, s. 23). Badania prowadzone w USA (Ohio, w Fels Research Institute w Yellow Springs) wykazały, że *reakcja dziecka na silny dźwięk mierzona wzrostem szybkości uderzeń serca jest osobistą charakterystyką dziecka i wskazuje na pewien styl osobowości* (Kornas-Biela, 1980, s. 62).

W ostatnim trymestrze dziecko dojrzewa do reagowania na bodźce i sytuacje zainteresowaniem, zaskoczeniem, radością, złością i niezadowolaniem, strachem, wstydem, a nawet wstrętem i obrzydzeniem (tamże).

W zależności od emocji matki, którym odpowiada właściwa im konfiguracja neurohormonalna, mózg dziecka przyzwyczajają się do wytwarzania odpowiadającego emocjom układu hormonów, które stanowią biologiczne podłoże

przeżywanego samopoczucia. „Pamiętane” przez organizm emocje mają cechę względnej stałości – tworzy się osobowość emocjonalna, która uwarunkowana jest też wieloma innymi czynnikami (takimi jak: temperament dziecka, reakcja na niego rodziców czy styl modulowania sygnałami emocjonalnymi. Ostatni trymestr życia prenatalnego jest okresem, w którym układ nerwowy doskonali swoje funkcjonowanie. Rozwój połączeń nerwowych w mózgu jest już na tyle zaawansowany, że w korze mózgowej zachodzi proces różnicowania, uczenia się, zapamiętywania i woli nabywania nawyków i preferencji, doświadczania pierwotnych emocji (Kornas-Biela, 2009, s. 134-135).

Mózg człowieka rozwija się przez całe życie. *Bazuje jednak w ciągłych przekształceniach swej struktury i właściwych mu funkcji na doświadczeniach okresu prenatalnego. To czego doświadczył wcześniej znajduje się w pokładach nieświadomości* (Winnicott, za: tamże, s. 134). Wpływają one na to, jak spostrzegamy świat, myślimy, uczymy się, reagujemy emocjonalnie, śnimy, chociaż brak nam konkretnych wspomnień z tego okresu. Ślady pamięci dotyczą wrażeń zmysłowych, pozycji ciała i ruchów, biorytmu i dominującego samopoczucia. Czas intensywnego rozwoju prenatalnego stanowi więc integralną część naszego życia (tamże, s. 134).

1.3.1. Miesiąc siódmy

Następuje dalszy intensywny rozwój mózgu i przyrost wagi. Dziecko reaguje na oświetlenie, odczuwa ból (Rugh, Shettels 1988, s. 79). Jest to czas dużego przybierania na wadze, która się podwaja i osiąga wartość ok. 1700 g. Tworzy się podściółka tłuszczowa; ciało się wygładza i staje bardziej zaokrąglone. Intensywnie dojrzewają płuca i mózg. Można rozpoznać sześć warstw kory mózgowej. Zmiany zachodzące w systemie nerwowym mają charakter jakościowy (są już wszystkie komórki nerwowe). Na powierzchni obu półkul mózgowych tworzą się rowkowate zagłębienia zwane bruzdami, dzięki czemu zwiększa się powierzchnia kory mózgowej. *Wykonywane przez dziecko ruchy uaktywniają różne okolice mózgu, powstają wciąż nowe połączenia pomiędzy komórkami nerwowymi i utrwalają się tzw. wzorce pamięciowe tych ruchów* (Fijałkowski, 2002, s. 113). Powstają ośrodki nerwowe tj. ośrodek mowy, ośrodki mózgowie poszczególnych zmysłów: wzroku i słuchu. Dziecko słyszy głos matki, odbierany przez narząd słuchu i przenoszony przez płyn i wibracje; reaguje na bodźce przekazywane przez zmysł równowagi (Fijałkowski, 1983, s. 75.) Reaguje również na mocne zewnętrzne oświetlenie. Odczuwa ból. Można zaobserwować, jak podczas nakłuwania cienką igłą do zastrzyków *plód stara się uniknąć bólu związanego z nakłuciem i usuwa się od przedmiotu wywołującego ból* (Rugh, Shettels, 1988, s. 79).

Komórki nerwowe łączą się ze sobą poprzez neurony, tworząc sieć rozprzestrzeniającą się z mózgu po całym ciele. Przeważnie jedna komórka nerwowa

łączy się z ok. 1000 innych, co oznacza 10 trylionów połączeń (tamże, s. 77). Dokładny przebieg tej sieci przekracza możliwości naszej wyobraźni. Określony wzorzec trwałych połączeń neuronów powstaje właśnie w życiu płodowym. W związku z tym, zdolność widzenia, czucia i słyszenia jest wrodzona i dziecko nie musi się jej uczyć po urodzeniu. Jest też możliwość tworzenia nowych połączeń opartych na nauce i doświadczeniu. Należy zaznaczyć, że począwszy od siódmego miesiąca liczba zwojów nerwowych i wyposażenie mózgu w substancję szarą osiąga maksimum i od tego czasu nie przybywa już nowych komórek nerwowych. Trwa natomiast proces mielinizacji, czyli wykształcania się osłonki mielinowej, dzięki której zwiększa się prędkość przebiegu impulsów. *Układ nerwowy koordynuje każde działanie i każdą myśl* (tamże, s. 77).

Kształtuje się osobowość oparta na strukturze i czynnościach jego układu nerwowego (tamże, s.78). Właśnie w siódmym miesiącu rozwija się ta część mózgu, która odpowiada za osobowości inteligencję (Fenwick, 2016, s. 23). Bazę do kształtowania osobowości stanowią indywidualne cechy temperamentalne (intro- i ekstrawersja, labilność, zrównoważenie) oraz wzorzec rytmu serca i sposób reagowania na stres (Kornas-Biela, 2016, s. 165).

Podstawą świadomości siebie oraz świadomości doznań dotykowych jest aktywność elektryczna kory czuciowej. Zmysł dotyku pobudzany przez dotyk brzucha matki jest ważny dla rozwoju poznawczego dziecka i istotny dla jego dobrego samopoczucia oraz tworzenia z nim więzi (tamże, s. 159).

Od 28 tygodnia dziecko ma zdumiewająco bogate doznania węchowe, jeszcze przed urodzeniem przebywa w świecie bogatym w różne wonie. Badania wykazały, że pamięć zapachów jest bardzo trwała. Znane zapachy uspokajają dziecko po urodzeniu, są też elementem więziotwórczym (Eliot, 2010, s. 226-228).

Dziecko chronione przez ciepły płyn owodniowy (wymieniany co 4 godz.) marszczy czoło, otwiera oczy, robi zeza i wykrzywia wargi, ssie swój kciuk oraz otwiera i zamyka usta, połyka płyn owodniowy (Fenwick, 2016, s. 23). Z obserwacji A. W. Lilleya wynika, że regulatorem czynności połykania jest głód. Badania wykazały, że dziecko wypija od 15 do 40 ml płynu owodniowego na godzinę, regulując w ten sposób uczucie głodu (za: Fijałkowski, 1983, s. 70).

W ten sposób może wzbogacić pokarm otrzymywany od matki o 40 cal. dziennie. Czynność połykania płynu ma szczególne znaczenie dla przemiany materii u dziecka oraz dla utrzymania odpowiedniej ilości tego płynu w pęcherzu płodowym (tamże, s. 70). Zawieszona w płynie owodniowym dziecko kopie nogami i uderza pięściami, podskakuje i obraca się. Potrafi zacisnąć dłoń w pięstkę. Przez powłoki brzuszne można zobaczyć zarys stópki lub pośladków (Fenwick, 2016, s. 25).

Nadal rosną włosy i twardnieją paznokcie. Stopniowo zanika puszysty meszek i maź płodowa. Większość odruchów bezwarunkowych, wrodzonych takich

jak: odruch poszukiwania pokarmu, ssania, kroczenia, chwytny i Moro jest już ukształtowana (Kornas-Biela, 2016, s. 156).

Dziecko reaguje też na bodźce zewnętrzne poprzez odruchy warunkowe, czyli „wyuczone” (Fijałkowski, 1983, s. 74).

Na przełomie 7 i 8 miesiąca życia płodowego rozwój połączeń nerwowych w mózgu jest na tyle zaawansowany, że kora mózgowa może być podłożem świadomości oraz pewnych, przejawów funkcjonowania pamięci, nabierania nawyków, uczenia się i przeżywania emocji (Kornas-Biela, 1993, s. 20). Dziecko odczuwa niepokój, radość i lęk. Uczy się osobowego kontaktu i nawiązywania więzi (Kornas-Biela, 1980, s. 65-66).

1.3.2. Ósmy miesiąc

W ósmym miesiącu szybkość przyrostu wagi dziecka (i matki) ulega zmniejszeniu. Przeciętnie matka waży o 10 kg więcej, niż przed ciążą, a dziecko waży od 1800 do 2200 g i mierzy ok. 45 cm (33 cm to dł. ciemieniowo-pośladkowa) (Rugh, Shettels, 1988, s. 79).

Znaczna część przyrostu wagi związana jest z powstawaniem podściółki tłuszczowej, dzięki której skóra małego człowieka wygładza się i różowieje. Rosną brwi i rzęsy. Rączki i nóżki zaokrągla się (Rugh, Shettels, 1988, s.79-80). Dojrzewają nadal wszystkie narządy wewnętrzne. Serce przetacza ok. 300 l krwi dziennie. Następuje mielinizacja nerwu wzrokowego (Kornas-Biela, 2016, s. 156). Dziecko rozwija się w pomarańczowo-brunatnym półmroku (tamże, s. 162), którego nasilenie zależy od pory dnia i koloru ubrania matki.

Dźwięki, które dziecko słyszy w okresie prenatalnym są przechowywane w jego pamięci. Szczególne znaczenie ma rytm serca matki, stała muzyka towarzysząca dziecku przez cały czas, pod wpływem której uspokaja się również po urodzeniu, bo ją zapamiętało i ma poczucie ciągłości doświadczeń. Matka chcąc uspokoić dziecko, intuicyjnie przytula je do serca. Dziecko czuje się bezpiecznie, gdy matka karmi je piersią. Podobnie uspokajająco działa jednostajny dźwięk tykającego zegara. Tak jak w wieku dorosłym uspokaja i rozluźnia nas jednostajny szum fal (Kornas-Biela, 1993, s. 21).

Badania dokumentujące pamięć prenatalnych doświadczeń słuchowych wykazały, że płacz dziecka (w swej intonacji, rytmie i innych cechach) jest podobny do mowy jego matki. Dziecko rejestruje w pamięci głos matki, analizuje i zapamiętuje jego akcent i melodię oraz emocjonalne komponenty mowy, których odpowiednikami są docierające do dziecka komunikaty fizjologiczne. Dziecko odbiera dźwięki na drodze pozaakustycznej, różnicuje ich głośność, wysokość, czas trwania, rytm i akcent. Niskie dźwięki raczej hamują jego aktywność, wysokie – przyspieszają (Kornas-Biela, 2016, s. 162). Badania przeprowadzone przez włoskich lekarzy wykazały, że muzyka rockowa pobudza, a muzyka poważna (np.

Czajkowskiego) uspokaja. Inne badania sugerują, że *dzieci wolą słuchać tonów działających rozluźniająco, np. Vivaldiego i Mozarta, niż tych, które wprowadzają niepokój, tak jak np. muzyka Beethovena i Brahmsa* (Kornas-Biela, 1993, s. 22).

Dobierając odpowiednią muzykę, matka może wpływać na pracę serca i układu nerwowego dziecka. Dzieci szczególnie lubią muzykę, której rytm jest zgodny z pulsem serca człowieka dorosłego w czasie odpoczynku. Dziecko przed urodzeniem nie tylko odbiera i różnicuje muzykę, ale ją też zapamiętuje (tamże, s. 22). Taka wczesna stymulacja muzyką poważną poprawia rozwój układu nerwowego.

Kontakt dziecka z matką jest więzią osoby z osobą (Fijałkowski, 2002, s. 22). Jak już wspomniano, dziecko w okresie prenatalnym przeżywa emocje. Wiadomo, że różnym stanom emocjonalnym matki odpowiada określona gospodarka hormonalna. Biochemicznym językiem, za pomocą którego matka komunikuje się z dzieckiem są hormony, które wraz ze strumieniem krwi docierają do dziecka, tak samo jak tlen i pożywienie. Jeśli do dziecka docierają hormony wydzielane w stanie agresji i lęku lub zadowolenia i radości, to zmienia się odpowiednio do nich metabolizm w organizmie dziecka odpowiadający danym emocjom. Gdy matka często doświadcza określonych stanów psychicznych, np.: strachu i lęku, to kształtuje on odpowiadającą mu „orientację emocjonalną” dziecka, jego mózg przyzwyczaja się do wytwarzania odpowiadającego im układu hormonów. *Pamiętane przez organizm emocje mogą decydować o wrodzonej predyspozycji do lękowego, agresywnego lub radosnego wkraczania w świat poza tonem matki* (Kornas-Biela, 1993, s. 24).

Dzieci ruchowo aktywne w łonie lepiej rozwijają się psychoruchowo, oraz w zakresie mowy i uczenia się po urodzeniu, niż te, które wykazywały słabą aktywność spontaniczną. Natomiast dzieci nadaktywne w łonie pozostają takimi jako noworodki, są nadruchliwe, niespokojne i płaczliwe(Kornas-Biela, 2016, s. 165). Hormony matki mogą wpływać na rozwój płodu nawet wtedy, gdy nie dostają się do jego krwioobiegu, ale zakłócają dostawy tlenu i ciał odżywczych (Eliot, 2010, s. 120).

Niewiele jest różnic między 8-miesięcznym płodem a noworodkiem (Rugh, Shettels, 1988, s. 80).

1.3.3. Dziewiąty miesiąc

Przygotowanie do porodu – „M-1” staje się za ciasne.

Dziecko jest tak duże, że praktycznie wypełnia całą wewnątrzmaciczną przestrzeń, w związku z czym jego ruchy są utrudnione, dlatego jest mniej ruchliwe niż poprzednio, nadal jednak porusza rączkami i kopie nóżkami, co jest rozpoznawalne przez ścianę brzucha matki. W 36 tygodniu jego długość wynosi od

48 do 51 cm (dł. ciemieniowo-siedzeniowa to 35-38 cm), a ciężar ciała to 2700 do 3600 gramów (tamże, s. 80).

Pracuje układ trawienny – z jelita cienkiego do grubego przesuwana jest tzw. smółka. Dziecko nabywa odporności, dzięki przechodzeniu z krwi matki do jego organizmu przeciwciał (swoistych białek surowicy krwi). Pod koniec tego miesiąca paznokcie rosną tak szybko, że trzeba je obcinać zaraz po urodzeniu. Dziaśła pokrywają się fałdami. Oczy mają kolor niebieski (Rugh, Shettels, 1988, s. 81-82).

W dwóch ostatnich tygodniach ciąży (i w kilku pierwszych tygodniach po urodzeniu) rozwijają się dodatkowe szlaki nerwowe. Cały układ nerwowy jest już ukształtowany. Nerwy muszą być stale używane, aby dziecko mogło osiągnąć pełnię różnych możliwości uzyskaną po rodzicach. Pozbawienie dziecka bodźców czuciowych opóźniłoby rozwój umysłowy. Dar inteligencji może być uspijony przez pokolenia, jeśli nie ma warunków do ujawnienia zdolności umysłowych (tamże, s. 78). W związku ze zmianami zachodzącymi w łożysku, które częściowo zanika (dwa tygodnie przed porodem) dochodzi do zahamowania wzrostu. W tym czasie macica obniża się, co przynosi ulgę kobiecie, gdyż oddychanie staje się łatwiejsze; zmniejsza się ucisk na przeponę i płuca. Dziecko przyjmuje pozycję główką w dół, co jest dla niego najbardziej dogodnie i najbezpieczniejsze w czasie porodu. Pod koniec tego miesiąca waży od 2700 do 4500 gramów, mierzy od 51 do 60 cm. W każdej chwili jest przygotowane do wejścia w nowy świat. Należy zaznaczyć, że *to dziecko określa czas trwania ciąży i w odpowiednim momencie uruchamia czynność porodową* (Fijałkowski, 1983, s. 34).

Niezależnie od pory dnia i roku człowiek rodzi się po ukończeniu wewnątrzmacicznego okresu życia trwającego średnio 281 ± 11 dni (zakres od 37/7 do 43/2 tygodni)³. Błyskawicznie musi nauczyć się żyć samodzielnie, samodzielnie oddychać, połykać pożywienie i bronić się przed zarazkami. Następnie podejmuje naukę mówienia i chodzenia, aż po latach osiągnie całkowitą autonomię i dojrzałość fizyczną, psychiczną i duchową w sferze intelektualnej, emocjonalnej i społecznej.

2. Wpływ czynników endogennych i egzogennych na rozwój dziecka w łonie matki

W związku z tym, że łożono kobiety nie chroni dziecka przed wpływami różnorodnych czynników teratogennych, należy baczyć, aby nie zakłóciły one fantastycznie przebiegającego jego rozwoju w łonie matki.

Od dawna znany jest szkodliwy wpływ takich czynników jak: leki, alkohol, nikotyna, kofeina, narkotyki, glutaminian sodu, ołów, promieniowanie jonizujące,

³ Klimek R., Olejniczak W. (2017), *Ciąża i poród zgodne z naturą*, w: <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/kongres2017-18.html>, dostęp 18 03 2017.

a ostatnio promieniowanie pól elektromagnetycznych emitowanych przez różne urządzenia (kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe, telewizory i monitory ekranowe, diatermie, zgrzewarki, czy terminale komputerowe) (Eliot, 2010, s. 80-108).

Niekorzystny wpływ na płód mają też linie energetyczne, zanieczyszczenia powietrza wody i pożywienia.

W okresie ciąży niewskazany jest też duży (ograniczający dopływ krwi do macicy) wysiłek fizyczny, dlatego kobiety w ciąży powinny go unikać. Takie rodzaje aktywności fizycznej jak: jogging, aerobik, jazda konna, tenis, terenowa jazda motocyklem lub rowerem, wspinaczka górską zwiększają ryzyko poronienia ze względu na wywoływanie powtarzających się wstrząsów macicy. Należy zaznaczyć, że odpowiednie ćwiczenia, tj.: spacer, gimnastyka, pływanie poprawiają kondycję ciężarnej i sprzyjają rozwojowi dziecka (Brasca, Valverde, Monaco, 2012, s. 37).

Bardzo niekorzystnie na rozwój płodu może wpłynąć (szczególnie na początku rozwoju prenatalnego) podwyższenie temperatury ciała nawet o 1,5°C, gdyż może dojść do wad mózgu, oczu lub nawet poronienia (Eliot, 2010, s. 136-138).

Dlatego kobieta w ciąży nie powinna korzystać z sauny, gorących kąpiel, koca elektrycznego. Nie powinna też doprowadzać do przegrzania ciała intensywnym wysiłkiem fizycznym (Kornas-Biela, 2016, s. 160).

Należy pamiętać o tym, że dziecko jest wrażliwe na hałas. Bardzo głośne dźwięki mogą uszkodzić jego słuch, dlatego matki nie powinny przebywać w hałasie powyżej 85 dB (Eliot, 2010, s. 326-327), nie powinny chodzić na głośne koncerty, dyskoteki, do pubów, czy na głośne imprezy sportowe ani też słuchać hałaśliwej muzyki.

Wśród czynników modyfikujących psychofizyczny rozwój dziecka w okresie prenatalnym, pewne znaczenie odgrywają modyfikatory naturalne takie jak: klimat, flora i fauna, zasoby wodne i mineralne oraz modyfikatory kulturowe tzn. wysokość zarobków przypadających na członka rodziny, poziom wykształcenia rodziców/opiekunów, wielkość i charakter środowiska społecznego oraz tradycje i zwyczaje (Kończewska, 1999, s. 247).

Jest pewna klasa czynników, w traktowaniu której nauka zaczyna się dopiero przybliżyć do tego, co praktycznie w każdej kulturze znano od wieków.

Dopiero w ostatnich kilkudziesięciu latach odkrycia naukowe pokazały, jak i kiedy dieta, zdrowie i stan emocjonalny matki oraz różne działające na nią czynniki środowiskowe, wpływają na kształtowanie się płodu (Eliot, 2010, s. 60). *Od niepamiętnych czasów wiadomo, że emocje matki i jej styl życia nie są obojętne dla rozwijającego się w jej łonie płodu, ale dopiero kilkadziesiąt lat temu zaczęliśmy pojmować, jak te pozornie nieuchwytnie czynniki mogą oddziaływać na rozwój płodu we wszystkich aspektach, z kształtowaniem się mózgu i umysłu włącznie (tamże, s. 118).*

Liczne badania (przeprowadzone m.in. w 1982 r. w Izraelu) wykazały wpływ stanu emocjonalnego matki na płód. Dzieje się to na drodze neurohormonalnej z udziałem układu limbicznego łączącego wyższe obszary kory mózgowej ze znajdującymi się niżej strukturami, które koordynują takie czynności ciała jak: krążenie krwi, przemiana materii, regulacja temperatury, gospodarki wodnej i inne – zespalając tym samym psychiczne przejawy emocji z fizycznymi. Główną częścią układu limbicznego jest podwzgórze, które odpowiada za przetwarzanie (za pomocą przysadki mózgowej) aktywności neuronalnej na hormonalną. Układ ten reguluje reakcję organizmu na stres. Większość hormonów przenikając przez łożysko, dostaje się do krwioobiegu płodu (tamże, s. 119).

Ta neurohormonalna komunikacja, której mediatorem są właśnie wydzielane przez matkę hormony – fizjologiczne odpowiedniki matczynych emocji, przebiega nieprzerwanie pomiędzy dzieckiem, a matką od czasu poczęcia (Kornas-Biela, 2016, s. 166).

Już na etapie wczesnego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego powstałe w organizmie dziecka na drodze biochemicznej białka o dużej swoistości (ACTH – hormon pobudzający czynność kory nadnerczy, wazopresyna – hormon pobudzający kurczenie się mięśni krwionośnych, AFP – alfa-fetoproteina) są syntetyzowane w ścisłym związku z gromadzeniem się informacji (Fijałkowski, 2002, s. 70). Powiązania w płaszczyźnie biochemicznej i hormonalnej występują nierozdzielnie z powiązaniem w sferze psychicznej i duchowej (w strukturze osobowej człowieka wszystkie te elementy wzajemnie się przenikają) (tamże, s. 72).

Należy pamiętać, że dziecko jest zależne od rytmu uderzeń serca matki, od jej reakcji wegetatywnych i innych zmian w jej organizmie.

Nastrój matki udziela się dziecku. Jeśli matka jest zdenerwowana, spięta, przygnębiona i lękliwa, jej serce zaczyna bić szybciej, w krwi pojawiają się hormony stresowe (przede wszystkim adrenalina i noradrenalina), które zmniejszają przepływ krwi przez łożysko. Tym samym dziecko otrzymuje mniej tlenu. Natomiast, gdy matka jest spokojna, szczęśliwa i czuje się spełniona, dziecko słyszy miarowe, harmonijne bicie jej serca i nic nie zakłóca przepływu krwi z tlenem i substancjami odżywczymi do łożyska (Brasca, Valverde, Monaco, 2012, s. 45).

Matczyne hormony mogą wpływać na rozwój płodu w sposób pośredni – zmieniając jego fizjologię albo zachowanie. Ponieważ na rozwój mózgu oddziałuje jego własna aktywność bioelektryczna, zmiany w zachowaniu takie jak duże zwiększenie albo zmniejszenie się ruchów płodu, mogą mieć trwałe skutki dla połączeń nerwowych w mózgu i – w ostatecznym rachunku – jego funkcjonowania (Eliot, 2010, s. 120).

Hormony matki mogą wpływać na rozwój płodu nawet wtedy, gdy nie dostają się do jego krwioobiegu. Wiele hormonów np. zmienia dopływ krwi do łożyska, co zakłóca dostawę tlenu i ciał odżywczych, to ma decydujące znaczenie dla rozwoju płodu (tamże, s. 120).

Matka, która przeżywa za duży stres w okresie ciąży albo jest za bardzo nerwowa czy niespokojna, może „zalewać” dziecko nadmierną ilością kortykosterydów i katecholamin (tamże, s. 122).

Uważa się, że głęboki stres przyczynia się w skrajnych sytuacjach do powstania takich wad jak rozszczep wargi i zespół Downa, do zaburzeń neurologicznych, do występujących u noworodków problemów zdrowotnych, w tym zapalenia skóry, trudności z oddychaniem, wrzodów żołądka i zapalenia ucha, a nawet do śmierci (tamże, s. 123).

Wyniki innych badań wykazały, że stres przeżywany w czasie ciąży zaburza czynności mózgu płodu, łączy się z większym współczynnikiem poronień, małym ciężarem ciała noworodka i przedwczesnymi porodami (tamże, s. 123).

Wysoki poziom adrenaliny może wywołać skurcze macicy. Dzieci matek przeżywających silne stresy mogą dostroić się w łonie do podwyższonego poziomu katecholamin i po urodzeniu wytwarzać ich więcej niż jest to konieczne, co mogłoby tłumaczyć, dlaczego są bardziej ruchliwe i rozdrażnione od dzieci matek przeżywających ciążę spokojnie. Matka zbyt ruchliwa albo za mało aktywna nie stymuluje właściwie rozwoju dziecka. *Na podstawie wpływu katecholamin i kortykosterydów na rozwój mózgu w okresie płodowym przypuszcza się, że stres przyczynia się do różnych zaburzeń zachowań i chorób psychicznych u dzieci starszych (Eliot, 2010, s. 120).*

Korzystnie jest, gdy matka po przeżytej sytuacji stresowej uspokoi dziecko, łagodnie do niego przemawiając. Spokojny, odprężony głos matki powoduje spadek hormonów stresu w jego organizmie. Wskazane jest też delikatne głaskanie dziecka przez powłoki brzuszne.

W ten sposób dziecko uczy się, że po rozdrażnieniu następuje odprężenie (Jonas, 2001, s. 102).

Wrażenia i doznania z okresu życia wewnątrzmacicznego mogą się utrwaląć w pamięci dziecka. Ślady tej pamięci (engramy) określają zasób doświadczeń dziecka i mogą rzutować na jego dalszy rozwój (Fijałkowski, 1983, s.74). Doświadczenia z okresu prenatalnego mają wpływ na wzorce zachowań po urodzeniu (Kornas-Biela, 2009, s. 142).

W literaturze naukowej można znaleźć przykłady na to, że dziecko w wewnątrzmacicznej fazie życia jest istotą samosterowną, zdolną do wyrażania swej woli, będącą autentycznym partnerem dialogu (Fijałkowski, 2002, s. 129).

W ocenie W. Fijałkowskiego intuicja i wrażliwość dziecka zdaje się przekraczać wymierne możliwości przekazu za pośrednictwem substancji biochemicznych i hormonalnych. Rodzi się pytanie skąd u dziecka możliwość wglądu w świadomość i podświadomość matki (tamże, s. 76). Pierwszy pisarz chrześcijański Tertulian (ok. 200 roku) nauczał, że zarodek od chwili poczęcia jest obdarzony duszą. *Dziecko – zanurzone w wielkiej tajemnicy bytu – jest od poczęcia członkiem rodziny, toteż w sposób naturalny uczestniczy w radościach i smutkach swoich rodziców. Zna formy komunikacji*

pozazmysłowej. Intuicyjnie odbiera myśli rodziców i ich uczucia z całą gamą odcieni (tamże, s. 41, 55, 87).

Potrzeby uczuciowe, choć nieuświadomione, występują od chwili poczęcia i niezaspokojenie ich staje się przyczyną zaburzeń osobowości dających się zaobserwować w znacznie późniejszym okresie (Fijałkowski, 1980, s. 24). Także według T. Hau przyczyny późniejszych zaburzeń psychosomatycznych, perwersji, psychopatii i schizofrenii tkwią w sposobie przeżywania okresu wewnątrzmacicznego (Graber, 1973, s. 39).

Na wpływ szkodliwych czynników z okresu prenatalnego na powstawanie:

- zaburzeń osobowości wskazuje G. Dobrotka;
- psychoz – C.A. Encina;
- schizofrenii – G. Benedetii;
- autyzmu – B. Rollett (za: Kornas-Biela, 1992, s. 241-242).

O wpływie negatywnych doświadczeń perinatalnych na trudności rozwojowe pisze – R. E. Laibow, a szkolne – B. Zachau-Christiansen (za: tamże).

Najbardziej niekorzystne jest skrajnie negatywne nastawienie matki do ciąży.

A u podłoża klaustrofobii znajduje się zwykle ciężko przebiegający i przedłużony lub opóźniony poród (Fijałkowski, 1980, s. 31).

Chwiejność czy niepewność matki w odniesieniu do istnienia dziecka narusza jego poczucie bezpieczeństwa (Fijałkowski, 2002, s. 73). Świadomość matki, która spotyka się z przeczuwaniem dziecka, wzbogaca je i utwierdza oraz kształtuje jego samoświadomość (tamże, s. 95).

W świetle badań psychologii prenatalnej płód gromadzi pewne doznania psychiczne, które podlegają prawu imprintingu (Neugebauer, 180, s. 39).

Sytuacja dziecka może być optymalna wtedy, gdy dziecko jest akceptowane i kochane od chwili poczęcia i ta sytuacja sprzyja jego prawidłowemu rozwojowi, albo niepomysłna, kiedy to dziecko jest niechciane, nieakceptowane i w rodzicach dominuje chęć pozbycia się go, a to zaburza jego rozwój (tamże, s. 39).

Dlatego tak ważne jest nastawienie na dziecko jeszcze przed jego poczęciem, gdyż pozytywna postawa do możliwości jego zaistnienia jest ważnym elementem akceptacji dziecka w chwili, gdy jego obecność zostanie potwierdzona (Kornas-Biela, 2009, s. 258).

Landrum Shettels (Nowy York 1983) zauważył, że prawie nie zwraca się uwagi na jedyny okres w życiu człowieka, to jest od poczęcia do narodzin, kiedy to można skutecznie zapobiegać zaburzeniom osobowości poprzez przyjazne, pełne miłości troszczenie się o dziecko rozwijające się w łonie matki (Fijałkowski, 1995, s. 34).

Właściwa opieka prenatalna ze strony rodziców i służb medycznych zmniejsza ryzyko zaburzeń rozwojowych i pozwala lepiej wykorzystać możliwości rozwoju dziecka po urodzeniu (Kornas-Biela, 2009, s. 143).

Należy zaznaczyć, że zmiany nastroju i pojawiający się niepokój oraz niepewność dotycząca własnych kompetencji rodzicielskich są w ciąży czymś normalnym i znikają po porodzie (Fenwick, 2016, s. 19).

Badania potwierdzają, że emocjonalna ekspresja twarzy jest wrodzona i dziecko rodzi się z mechanizmem pierwotnych emocji, co ułatwia mu po urodzeniu różnicowanie stanów emocjonalnych matki (Kornas-Biela, 2016, s. 166).

Wiele kobiet odczuwa radość z powodu ciąży. Im matka jest radośniejsza, tym lepiej rozwija się jej dziecko (Brasca, Valverde, Monaco, 2012, s. 45), bo potrzeba miłości jest obok potrzeby bezpieczeństwa najważniejszą potrzebą człowieka.

Na uwagę zasługuje fakt, że u ciężarnych kobiet występuje tonowanie napływu hormonów stresu przez wszystkie inne hormony, zwłaszcza endorfiny, których poziom w czasie ciąży stale wzrasta, w celu chronienia rozwijającego się płodu przed konsekwencjami negatywnych wydarzeń z życia matki (Eliot, 2010, s. 122).

Należy też podkreślić, że mniejsze będą negatywne konsekwencje np. prześwietlenia w czasie ciąży, jeśli matka nie będzie rozpamiętywała tego faktu i nie będzie się zamartwiała, zalewając płód falami hormonów stresu.

Pomimo wielu czynników, które mogą zaburzyć proces rozwoju dziecka, aż 97% dzieci rodzi się zdrowych. A gdy kobieta dba o siebie i o swoje małeństwo ma szansę urodzić piękne, wspaniałe dziecko. Warto zatroszczyć się o siebie i dziecko, wszak to tylko 9 miesięcy, a rzutuje na całe dalsze życie nie tylko dziecka, ale i całej rodziny (tamże).

Dla prawidłowego rozwoju dziecka w łonie matki ważne jest stosowanie przez matkę odpowiedniej diety bogatej w białko, z dużą ilością warzyw i owoców. Konieczne jest całkowite wyeliminowanie alkoholu i tytoniu. Należy zaznaczyć, że alkohol spożywany przez matkę nie tylko bardzo zaburza rozwój dziecka, ale jest rozpoznawany przez dziecko i może skutkować preferencją alkoholu w życiu dorosłym (Kornas-Biela, 2016, s. 167).

Kobieta powinna pamiętać o częstym odpoczynku i relaksie. Okres ciąży powinien być przeżywany spokojnie, bez niepotrzebnych napięć, obaw i lęków.

Wskazane jest ograniczenie podróży, zachowywanie higieny i nieforsowane ćwiczenia. Poza odpowiednim stylem życia należy zadbać o stałą opiekę lekarską i ćwiczenia z zakresu psychoprofilaktyki porodowej. Niezwykle ważna jest też komunikacja z dzieckiem, dotykowa, słowna, ruchowa, myślowa i wyobrażeniowa oraz muzyczna, uczuciowa i duchowa (Kornas-Biela, 2009, s. 256). Dzięki wzajemnej interakcji matki z dzieckiem przed urodzeniem, dziecko rodzi się z podmiotowymi, osobowymi kompetencjami do nawiązania międzyosobowego kontaktu, porozumienia i więzi z drugim człowiekiem, co jest podkreślane na gruncie psychologii humanistycznej (Kornas-Biela, 1999, s. 250).

Stymulacja prenatalna spełnia istotną rolę, ale ilość, częstotliwość i nasilenie pobudzeń nie powinny wykraczać poza możliwości przystosowawcze dziecka. Należy kierować się zasadą, że lepiej stymulować delikatniej niż za mocno.

Niezwykle ważny w okresie prenatalnym jest dotyk, wskazują na to obserwacje haptonomiczne. Można nawiązać kontakt z dzieckiem kładąc dłonie na brzuchu matki, najlepiej o tej samej porze. Po pewnym czasie dziecko samo przytula swoje plecki do powłok brzusznych matki, domagając się czułości (Jonas, 2001, s. 100).

Kalifornijski położnik R. Van de Carr zachęca rodziców do głaskania i klepania brzucha w połączeniu z określonymi dźwiękami mowy i śpiewu. Holenderski terapeuta Frans Veldman opracował technikę masażu brzucha celem komunikacji dziecku uczuć jego rodziców (za: Kornas-Biela, 1993, s. 58).

Dzieci masowane i dotykane z czułością, głaskane i obejmowane, kołysane – przed i po urodzeniu – lepiej się rozwijają psychicznie i fizycznie.

Przynajmniej kilka minut dziennie dziecko powinno być otulone dobrymi, pogodnymi myślami. *Pomaga w tym, myślenie o dziecku jak o konkretnej osobie, nadanie mu imienia, powitanie go w rodzinie* (tamże, s. 52). Ważnym sposobem kontaktu są rozmowy z dzieckiem, wizualizacja, czyli obrazowe przedstawianie sobie dziecka i życia z nim oraz śpiewanie dziecku i utulanie go. Pomaga w tym zaufanie do swoich macierzyńskich kompetencji, silne „ego”, aktywna i silna ekspresja emocjonalna oraz podejście do macierzyństwa jak do ważnego, a nawet najważniejszego zadania życiowego (Kornas-Biela, 1992, s. 252-253).

Rozmowy z dzieckiem najlepiej prowadzić w stanie uspokojenia i odprężenia, przemawiając do niego nie tylko w myślach, ale i głośno. Te rozmowy, w które włączany jest ojciec dziecka i rodzeństwo, pomagają w tworzeniu się więzi z dzieckiem.

Można też czytać dziecku bajki, wierszyki, historyjki i opowiadania.

Śpiewać jak najczęściej piosenki dobrze znane, lubiane, melodyjne i sprawiające przyjemność (znaczenie śpiewu podkreśla L. Thurman z Centrum Uniwersytetu Minnesota w Minneapolis). Śpiew można połączyć z ćwiczeniami oddechowymi. Wskazane jest w stanie odprężenia położyć ręce na brzuchu, oddychać przeponą i śpiewać, wykonując głębokie oddechy. Następnie wyspiewywać samogłoski w coraz wyższej, a potem w coraz niższej tonacji. Ważne jest również wspólne z dzieckiem słuchanie muzyki, granie na instrumencie spokojnych i melodyjnych utworów, preferowane instrumenty to: flet, fagot, wiolonczela i kontrabas. Dzięki stymulacji muzycznej oraz trosce i miłości dzieci rodzą się spokojniejsze, lepiej przyjmują pokarm matki, ssą bez problemu i lepiej śpią (Kornas-Biela, 1993, s. 59-61).

Ponadto dzieci te są uważniejsze i bardziej skoncentrowane na ludzkiej twarzy, mają intensywniejszy okres głuszenia i gaworzenia oraz szybszy rozwój

mowy. Są sprawniejsze psychoruchowo, przejawiają wyższy poziom funkcji intelektualnych, większe zdolności twórcze, artystyczne, większą wrażliwość estetyczną i moralną, bogatszą uczuciowość (tamże, s. 61).

Dzięki stymulacji prenatalnej lepiej zostają wykorzystane możliwości dziecka, a zdolności zaprogramowane genetycznie mają okazję wcześniej się ujawnić i lepiej rozwinąć (tamże, s. 60).

Dawid Checka, położnik i psychoterapeuta z San Francisco, w 1974 r. powiedział: *Minuta wychowania dziecka w okresie wewnątrzmacicznym warta jest miesiąca jego kształtowania po urodzeniu* (Fijałkowski, 1995, s. 34).

Wydaje się, że znajomość przebiegu rozwoju dziecka w łonie matki oraz dobre przygotowanie do porodu nastraja rodziców bardziej refleksyjnie, zwiększa poczucie kontroli, pomaga w tworzeniu różnych form kontakt z dzieckiem, wzmacnia wzajemne więzi i przywiązanie, a po jego urodzeniu pomaga w stworzeniu jak najkorzystniejszych warunków rozwoju.

Troska o fizyczne i psychiczne zdrowie dziecka powinna rozpocząć się na długo przed jego narodzeniem dbaniem o somatyczne, psychiczne i duchowe zdrowie przyszłej matki.

Coraz więcej młodych ludzi świadomie planuje poczęcie i urodzenie dziecka, aby zapewnić mu jak najlepsze warunki także w pierwszych, tak ważnych, miesiącach prenatalnych, kiedy to kształtują się wszystkie konieczne do życia organy. A działanie czynników teratogennych jest najgroźniejsze.

Coraz więcej osób ma świadomość, że życie emocjonalne i społeczne człowieka zaczyna się przed jego urodzeniem, a poczucie bezpieczeństwa i zaufania do świata ma swe źródło w przeżyciach okresu prenatalnego.

Wiadomo, że dla kobiety w ciąży bardzo ważne jest to, jak jest traktowana przez ojca dziecka, bliższą i dalszą rodzinę, znajomych i przyjaciół.

Postawy osób znaczących w stosunku do dziecka ukształtowane w okresie prenatalnym są bardzo ważne, ponieważ mają tendencję do utrwalania się i wywierają wpływ na sposób traktowania dziecka w pierwszych latach jego życia (Hurlock, 1985, s. 140-141).

Dlatego też niezwykle ważne jest kształtowanie pozytywnej postawy, otwartej na dziecko i akceptującej jego niezbywalne prawa, nie tylko fundamentalne prawo do życia, ale i prawo do bezwarunkowej akceptacji, afiliacji, poczucia bezpieczeństwa, prawidłowego rozwoju i miłości.

Jak widać dziecko w pierwszych 9 miesiącach podejmuje wielki trud przygotowywania się do życia poza łonem matki, nieustannie ćwiczy ruchy niezbędne przy oddychaniu, ssanie kciuka, ćwiczy ruchy rąk, nóg i tułowia, odbiera dźwięki i emocje oraz reaguje na nie.

Rodzi się pytanie jak pomóc dziecku w doskonaleniu tych umiejętności?

Jakie nasze zachowania mogą rozwijać jego umiejętności społeczne?

Okazuje się, że aktywne i czułe współistnienie matki z dzieckiem sprzyja jego rozwojowi. Można zauważyć, że dzieci, z którymi rodzice nawiązywali kontakt przed urodzeniem, poprzez przemawianie, głaskanie powłok brzusznych, czytanie bajek i rymowanek, wspólne słuchanie spokojnej i pogodnej muzyki oraz kołysanek – bardzo łatwo nawiązują kontakt wzrokowy, szczególnie z matką i dobrze się rozwijają, a ich ekspresja wzrokowa i ruchowa jest wprost zadziwiająca. Są ufne i otwarte na innych.

Są szczęśliwe, a odbierając miłość, uczą się tej najważniejszej umiejętności, która będzie czyniła ich życie pięknym, dobrym, szlachetnym i zachwycającym.

Bibliografia:

- Blechsmidt E. (1976), *Wie beginnt das menschliche Leben?*, Szwajcaria: Christiana-Verlag, Stein am Rhein.
- Brasca A., Valverde M., Monaco E. (2012), *Moje dziecko. Poradnik dla rodziców*. Warszawa: Rea.
- Braun-Gałkowska M. (1999), *Mieć dziecko czy być matką*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 67-74), Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Braun-Gałkowska M. (2008), *Psychologia domowa*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Eliot L., *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Media Rodzina. Poznań 2010.
- Fenwick E. (2016), *Praktyczny przewodnik dla rodziców. Od poczęcia do 3. roku życia dziecka.*, Ożarów Mazowiecki: DK.
- Fijałkowski W. (1977), *Rodzi się człowiek*, Warszawa: PZWL.
- Fijałkowski W. (1980), *Rozwój człowieka przed urodzeniem, Chrześcijanin w Świecie*, nr 95/96, s.18-33.
- Fijałkowski W. (1983), *Dar rodzenia*, Instytut Wydawniczy PAX.
- Fijałkowski W. (1995), *Dwurodzicielstwo od poczęcia*, (w:) *Poród wydarzeniem rodzinnym*, (s. 31-37), Warszawa: Stowarzyszenie na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.
- Fijałkowski W. (2000), *Dwurodzicielstwo od poczęcia (ojcostwo w kształtowaniu się nowego modelu człowieka). Wartość ojcostwa. Ocalić ojcostwo - najważniejszą karierę mężczyzny*, (w:) *O godność ojcostwa*, E. Kowalewska (red.), (s. 365-362), Gdańsk: Wydawnictwo Bernardinum.
- Fijałkowski W. (2002), *Jestem od poczęcia, pamiętnik dziecka w pierwszej fazie życia*, Biblioteka „Niedzieli”, tom 132.
- Graber G.H., Krause F. (red.), (1973), *Vorgeburtliches Seelenleben*. Munchen, Wilhelm Goldmann Verlag.
- Hurlock E. (1985), *Rozwój dziecka*, Warszawa: PWN.
- Jarema M. (2016), *Psychiatria*, Warszawa: PZWL.

- Jessel C. (1990), *Radość narodzin*, Warszawa: Wydawnictwo Pelikan.
- Jonas R. (2001), *Cudowna droga ku życiu*, Warszawa: SOLIS.
- Klimek R., Olejniczak W. (2017), *Ciąża i poród zgodne z naturą*, w:
<http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/kongres2017-18.html>, dostęp:
18. 03. 2017.
- Kończewska Z. (1985), *U brzasku istnienia człowieka*, maszynopis.
- Kończewska Z. (1992), *Wpływ czynników egzogennych i endogennych na rozwój psychofizyczny dziecka w okresie prenatalnym* (w:) *Problemy współczesnej psychologii*, A. Biela, Cz. Walesa (red.), (s. 248-248), Lublin: PTP.
- Kornas-Biela D. (1980), *Rozwój psychofizyczny przed urodzeniem, Chrześcijanin w Świecie*, nr 95/96, s. 52-67.
- Kornas-Biela D. (1993), *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Kornas-Biela D. (2000), *Wprowadzenie*, (w:) *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, (s. 7-12), Lublin: TN KUL.
- Kornas-Biela D. (2001), *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych*, (w:) *Oblicza dzieciństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 225-251), Lublin: TN KUL.
- Kornas-Biela D. (2009), *Pedagogika prenatalna, nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela D. (2016), *Okres prenatalny*, (w:) *Psychologia rozwojowa człowieka. Podręcznik akademicki*, J. Trempała (red.) (s. 147-171), Warszawa: PWN.
- Lachowska B. (2001), *Szczęśliwe dzieciństwo-uwarunkowania rodzinne*, (w:) *Oblicza dzieciństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 273-282), Lublin: TN KUL.
- Neugebauer K. (1980), *Potrzeby emocjonalne człowieka w pierwszej fazie życia, Chrześcijanin w Świecie*, nr 95/96, s. 33-43.
- Nilson L., Ingelman-Sundberg A., Wirsén C. (1985), *Życie przed narodzeniem*, Warszawa: Instytut Rodziny.
- Pascal J. (1973), *Quand de l'amour surgit la vie*, La Centurion.
- Rugh R., Shettels L. B. (1988), *Od poczęcia do narodzin*, Warszawa: PZWL.
- Turner J.R. (1989), *Narodziny, życie i więcej życia. Przedstawienie terapii pamięci prenatalnej*, Opole: Wydawnictwo Rebirthingu.

mgr Magdalena Torzecka
Instytut Psychologii WFCH
UKSW

Konstrukt przywiązania prenatalnego. Odbicie rzeczywistości czy „byt nad potrzeby”

Wprowadzenie

Nie będzie przesadą napisać, że teoria przywiązania stała się jedną z najbardziej wpływowych teorii psychologii, daleko wykraczającą poza ramy psychologii rozwojowej, na łonie której została sformułowana przez John'a Bowlby'ego i rozwinięta przez Mary Ainsworth. Teoria przywiązania znajduje bowiem zastosowanie w tak odległych dziedzinach jak duchowość czy zarządzanie organizacjami, a jej wpływy bynajmniej nie ograniczają się do analiz relacji wieku wczesnodziecięcego. Rozległe analizy siły przywiązania i stylów przywiązania, obejmujące okres dzieciństwa i dorosłości, prowadzone są obecnie przez przedstawicieli dość różnych profesji z obszaru zdrowia. Pół wieku po sformułowaniu koncepcji przywiązania, wciąż też rośnie liczba np. warsztatów, podczas których ludzie dorośli mogą dowiedzieć się jaki jest ich styl przywiązania, jak wpływa on na różne sfery ich życia i jak ewentualnie mogliby zmienić go na inny, bardziej funkcjonalny (czyli bezpieczny).

Można powiedzieć, że teoria przywiązania rozciąga swe wpływy na osi czasu ludzkiego życia. Bo tak jak eksploruje się różne aspekty przywiązania u ludzi dorosłych, tak też – już od kilku dekad – niektórzy z badaczy postulują zaadaptowanie teorii przywiązania do opisu przywiązania jakie matka odczuwa względem dziecka, które nosi w łonie.

Mimo, że pierwsze próby operacjonalizacji konstrukt przywiązania prenatalnego przypadają już na lata 70-te XX wieku, daleko mu do „popularności” przywiązanie postnatalnego, a wśród badaczy nie ma zgodności tak co do zasadności ujmowania przywiązania prenatalnego w kategoriach osobnej zmiennej jak i tym bardziej, jako zjawiska tożsamego z tym odkrytym i zdefiniowanym przez Bowlby'ego.

Zanim jednak zastanowimy się na ile styczne są procesy przywiązania prenatalnego i postnatalnego i czy sam autor koncepcji przywiązania widziałby je jako pokrewne, czy może nawet tożsame, zobaczymy jak konstrukt przywiązania prenatalnego się kształtował.

1. Przywiązanie prenatalne – krótka historia konstrukt

Bowlby definiował przywiązanie jako długotrwałą psychiczną więź między dwoma istotami ludzkimi (*lasting psychological connectedness between human beings*) (Bowlby, za: Elliott, 1998). Dyspozycja do formowania takiej więzi jest, jak dowodził, zaprogramowana biologicznie i ma warunkować przetrwanie młodego organizmu. Oddziaływanie matki, jej responsywność, wrażliwość na potrzeby dziecka jest *conditio sine qua non* dla zaistnienia zjawiska przywiązania, ale, jak dowodzili Bowlby i Ainsworth, przywiązanie matki jest procesem inicjowanym i wzmocnianym przez oddziaływanie dziecka.

Tymczasem w koncepcji przywiązania prenatalnego, ze zrozumiałych przyczyn, stroną aktywną, przywiązującą się, oddziałującą poprzez np. swoje zachowania prozdrowotne jest matka.

Nie wiemy czy i w jaki sposób świat przeżyć wewnętrznych kobiet ciężarnych żyjących w wiekach ubiegłych różnił się od sposobów przeżywania ciąży kobiet żyjących współcześnie, ale z całą pewnością można założyć, że - o ile tylko kobieta nie była przytłoczona walką o własne przeżycie w bardzo niesprzyjających warunkach środowiskowych - oczekiwanie na narodziny dziecka było zawsze czasem szczególnym.

W połowie XX wieku zaczęto podejmować temat więzi, jaką przyszła matka zaczyna odczuwać w stosunku do rozwijającego się w jej łonie dziecka. Leżący u podstaw takiej więzi mechanizm miał polegać na przekierowaniu energii psychicznej matki w płód oraz na rozwijającej się świadomości, że oto z zarodka zaczyna się formować mały człowiek. W takim ujęciu psychoanalitycznym matka zaczynała kochać swoje jeszcze nienarodzone dziecko jako przedłużenie swojego ja, ale też jako odrębną istotę (Brandon, 2009).

Kolejne próby docieczenia jak kształtuje się stosunek matki do rozwijającego się płodu, miały już bardziej praktyczne podstawy, bo w sukurs przyszła im metoda ultrasonografii. Naturalne było przypuszczać, że możliwość zobaczenia dziecka na ekranie monitora nie może nie „robić wrażenia” na matce. I właśnie tym aspektem prenatalnego przywiązania zajęła się J.M. Lumley, epidemiolog perynatalny. Lumley zauważyła, że kobiety, które w czarnobiałym obrazie na ekranie monitora rozpoznały ludzki kształt swojego dziecka, skłonne były przedsięwziąć działania prozdrowotne, które świadczyć by mogły o większym ich przywiązaniu (Lumley, 1990). Lumley badała także, poprzez krótkie wywiady, nastawienie kobiet do ich jeszcze nie narodzonych dzieci i ostatecznie uznała, że przywiązanie prenatalne to więź z płodem przeżywana w wyobraźni.

Pierwszą badaczką, która podjęła próbę zoperacjonalizowania więzi matki z płodem jest M. Cranley, autorka kwestionariusza *Maternal-Fetal Attachment Scale*

(MFAS). Model zaproponowany przez Cranley ma sześć wymiarów, które zgodnie z tym jak ujmowała ona przywiązanie prenatalne (jako „stopień w jakim kobiety angażują się w zachowania, które świadczą o więzi i interakcji z nienarodzonym dzieckiem” – Cranley, za: Alhusen, 2008), które mierzą różne rodzaje zachowań przyszłej matki (wchodzenie w rolę, poświęcanie się, „budowanie gniazda” itd.).

W opozycji, czy może raczej komplementarnie do Cranley, inna badaczka – M.E. Muller przywiązanie prenatalne ujęła jako jedyną w swoim rodzaju, emotywną relację między matką a płodem, podkreślając afektywny aspekt tego zjawiska. (Alhusen, 2008). Muller stworzyła swój kwestionariusz – Prenatal Attachment Inventory, zarzucając ideę wielowymiarowości przywiązania prenatalnego. Kwestionariusz, zbudowany z 29 pozycji mierzy po prostu ogólne nastawienie matki do jeszcze nienarodzonego dziecka.

Podobnie do Muller, J.T. Condon przywiązanie prenatalne zdefiniował jako afektywną więź, która rozwija się między matką a jej nienarodzonym dzieckiem (Brandon 2009), ale jego dociekania zaowocowały stworzeniem własnego kwestionariusza – Maternal Antenatal Attachment Scale, który miał mierzyć wyłącznie nastawienie matki do rozwijającego się w jej łonie płodu. Condon zauważył bowiem, że we wcześniej skonstruowanych kwestionariuszach znajdowały się pytania o nastawienie wobec ciąży czy macierzyństwa w ogóle.

I tu można postawić pytanie o celowość wysiłków wymienionych wyżej badaczy. Zoperacjonalizowanie zmiennej, skonstruowanie kwestionariusza wymaga wszak znacznych nakładów czasu i energii. A i Cranley i Muller i Condon wywodzą się ze środowisk lekarsko-pielęgniarskich, nieskorych przecież do teoretyzowania dla samej li tylko przyjemności poznawczej. Znaczenia odkrycia mechanizmu przywiązania jakie rozwija się między niemowlęciem a jego matką trudno nie docenić. Od jakości więzi zależy dobrostan dziecka, jego prawidłowy rozwój psychofizyczny. Matce z kolei przywiązanie do dziecka „osładza” trudy macierzyństwa, sprawiając, że dla dobra dziecka poświęca własny komfort. Ale czy, jeśli idzie o przywiązanie prenatalne, nie jest rzeczą naturalną, że kobieta, która dowiaduje się, że jest w ciąży zaczyna powoli przyzwyczajać się i przygotowywać do nowej roli, niczym szachista rozgrywający w myślach czekającą go partię? Czy to oczywiste, wydawać by się mogło, zjawisko wymaga ujmowania go w karby teorii naukowej?

Rzeczywiście jednak można założyć, że praktykom działającym w obszarach położnictwa i neonatologii przyświecały cele praktyczne. Nie wszystkie kobiety ciężarne, czy to z powodu trudnych warunków środowiskowych czy to z powodu własnych ograniczeń psychofizycznych mają pozytywny czy też jednakowo pozytywny stosunek do ciąży, macierzyństwa, ale i rozwijającego się w ich łonie dziecka. Dość uzasadnione wydawało się przeto założenie, że ten właśnie stosunek, przywiązanie do płodu może być predyktorem siły przywiązania między matką

a dzieckiem już narodzonym. Należało więc skonstruować trafne i rzetelne narzędzia, dzięki którym możliwe byłoby zbadanie czy istnieje i jak duża jest to korelacja. Ustalenie istnienia związku między przywiązaniem prenatalnym a przywiązaniem postnatalnym otwierałoby natomiast możliwości wczesnej prewencji, czyli udzielenia odpowiedniego wsparcia przyszłej matce.

2. Uwarunkowania przywiązania prenatalnego

Wyniki badań nie są jednorodne, ale niektóre z nich rzeczywiście wskazują na związek przywiązania prenatalnego z przywiązaniem matki do już narodzonego dziecka. W jednym z badań wykazano np., że podczas interakcji *face-to-face*, zarejestrowanych kamerą około dwunastu tygodni po porodzie, matki, które uzyskały wyższy wyniki w kwestionariuszu PAI, dostarczają dziecku więcej stymulacji i są bardziej zaangażowane w interakcję (Siddiqui, 2000). Lub też, że matki, u których zarejestrowano wyższy stopień przywiązania prenatalnego, bardziej regularnie całują i przytulają swoje dzieci. Choć akurat te behawioralne aspekty przywiązania matki nie są wolne od wpływów kulturowych. W jednym z badań, cytowanym przez Taffazoli (2005), ustalono, że jakkolwiek badane matki brazylijskie i japońskie nie różniły się zbyt wiele pod względem rodzaju i intensywności uczuć względem niemowlęcia, japońskie matki głównie patrzyły na niemowlęta, a matki brazylijskie przypatrywały się niemowlętom rzadziej, natomiast bardziej intensywnie angażowały się w różne zabiegi pielęgnacyjne.

Oprócz ustalenia czy istnieje związek między przywiązaniem prenatalnym a przywiązaniem *postpartum*, uwaga badaczy kieruje się też oczywiście ku samym czynnikom, które mogą przywiązanie prenatalne zwiększać lub osłabiać. Podstawowym z takich czynników jest to, czy ciąża jest przez kobietę chciana. W badaniu sprzed czterech dekad (Senay, 1972) wykazano, że kobiety zamierzające poddać się aborcji, wstrzymują się od snucia wyobrażeń o dziecku (lub nie donoszą o nich badaczom), które są jedną z ważnych składowych przywiązania prenatalnego. Dla porównania – wyobrażenia o dziecku kobiet w chcianej ciąży można natomiast sklasyfikować według pięciu kategorii: płeć, imię, kolor oczu, przyszłe osiągnięcia, zabiegi pielęgnacyjne wobec dziecka.

Czasem jednak wyobrażenia o wyglądzie dziecka, jego zdolnościach podlegają gwałtownemu i dramatycznemu przeorganizowaniu – wówczas np., gdy przyszła matka dowiaduje się, że u płodu występują wady genetyczne, deformacje. Można przypuszczać, że w takiej sytuacji rozwój przywiązania prenatalnego jest znacznie utrudniony. A jednak w badaniach (Zimerman, 2003; Asplin, 2015), do których dotarła autorka artykułu wskazuje się na wysoki poziom przywiązania prenatalnego – oczywiście u kobiet, które zdecydowały się dziecko urodzić. Źródłem więzi staje się pragnienie ochrony dziecka, a wyobrażenia o wyglądzie

i osiągnięciach ustępują miejscu poczuciu, że np. dziecko będzie co prawda niepełnosprawne, ale przynależy do kobiety i trzeba je chronić.

Jeśli kobiety dokonujące aborcji wstrzymują się od snucia wyobrażeń o dziecku – tak, by zahamować tworzenie się więzi i ograniczyć poczucie straty, logiczne wydaje się założenie, że wskaźniki przywiązania prenatalnego są wyższe u kobiet, które o zajście w ciążę starały się usilniej niż „reszta kobiet”, czyli u kobiet, które skorzystały z zabiegu *in vitro*. Ale o ile jedne badania rzeczywiście taki związek potwierdzają (Pellerone, 2014), w innych nie stwierdza się istotnej różnicy w intensywności przeżywanego przywiązania prenatalnego między kobietami które poczęły *in vitro* i tymi, które poczęły drogą naturalną (Pelski, 2007).

Nie wyłania się też klarowny obraz korelacji między stylem przywiązania matki a przywiązaniem do płodu. Styl np. lękowo-ambiwalentny wydaje się nie mieć szczególnej mocy – ani zwiększającej ani osłabiającej przywiązanie prenatalne (Chrzan-Dętkoś, 2015). Nie stwierdza się też związku między osobowością/temperamentem matki a przywiązaniem prenatalnym – przy założeniu, że kobieta chce dziecka i ma potencjał do tego, by być matką wystarczająco dobrą.

Co zaś się tyczy pewnych symptomów klinicznych depresja matki lub zaburzenia lękowe mogą utrudniać przywiązanie do jeszcze nienarodzonego dziecka (i do narodzonego też). Ale nie stwierdza się związku niepokoju jako cechy czy stanu z przywiązaniem w niektórych badaniach podejmujących ten temat (Chrzan-Dętkoś, 2015). Czasem nawet niepokój może korelować pozytywnie z przywiązaniem prenatalnym. Taka sytuacja ma miejsce wtedy, gdy ciężarna kobieta poddaje się inwazyjnym badaniom prenatalnym. Im większy jej niepokój o wynik badania, tym większe przywiązanie do płodu (Allison, 2011).

3. Kontrowersje wokół koncepcji przywiązania prenatalnego

Można przypuszczać, że taka niejednorodność obrazu przywiązania prenatalnego związana jest z faktem, że niezależnie od tej najważniejszej zmiennej, jaką jest bycie w ciąży, istnieje szereg innych czynników, takich jak np. wiek kobiet w ciąży, ich zawód, rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego, które w znacznym stopniu rzutują na wyniki. Rzadko się zdarza, by niezależni od siebie badacze tworzyli grupy badawcze, uwzględniając te same zmienne.

Sam konstrukt przywiązania prenatalnego cechuje się zresztą znaczną dozą niedookreśloności. W niektórych definicjach podkreśla się jego aspekty behawioralne, w innych z kolei – emocyjne. W jednych o przywiązaniu prenatalnym mówi się w kategoriach wielowymiarowości, w innych – przeciwnie, przywiązanie miałoby mieć tylko jeden wymiar.

Intuicyjnie dość łatwo jednak jest nam zrozumieć zaabsorbowanie matki rozwijającym się w jej łonie dzieckiem, jak też uznać za dość oczywiste założenie, że

im bardziej pozytywne nastawienie matki do płodu, tym bardziej pozytywne nastawienie do dziecka narodzonego (chyba, że mamy do czynienia z sytuacją, w której matka idealizuje mające przyjść na świat dziecko, a po narodzeniu dziecka, jej wyobrażenie konfrontowane jest z rzeczywistością, czyli np. „trudnym” charakterem noworodka).

Próby utożsamiania przywiązania prenatalnego z przywiązaniem postnatalnym, którego koncepcję stworzył Bowlby, są czasem kontestowane.

Zgodnie z zamysłem Bowlby’ego przywiązanie miało być interaktywnym procesem regulacji prowadzącym do zestrojenia psychobiologicznego dwóch organizmów (za: Schore, 2003). A osią tego regulacyjnego procesu jest interakcja „twarz-do-twarzy” (*face-to-face transactions*), podczas której następuje szybka wymiana bodźców wizualnych (wyraz twarzy matki i dziecka), słuchowych (ton głosu matki i wokalizy dziecka), ruchowych (mimika, gesty) między matką a dzieckiem. Taka interakcja niemowlęcia z matką jest samowzmacniająca dla obu stron i stanowi podstawę wczesno niemowlęcego przywiązania.

Bowlby definiując przywiązanie od początku zakładał wzajemność relacji, jej interakcyjność, o które trudno, gdy dziecko jest jeszcze w łonie matki. Być może więc, badacze i propagatorzy konstruktu przywiązania prenatalnego powinni posłużyć się inną ramą pojęciową niż ta przyjęta przez Bowlby’ego.

Ale co ciekawe, niektórzy badacze uważają, że interakcja między matką oczekującą narodzin dziecka a płodem jest oczywistym faktem. Eichhorn (2012) przytacza stanowisko na amerykańskiego psychologa, Davida Chamberlaina, zajmującego się od lat psychologią narodzin, który dowodzi, że pomiędzy matką a płodem zachodzi komunikacja na poziomie komórkowym. I tak, do organizmu płodu miałyby się przedostawać bity informacji kodowane jako wspomnienia komórkowe, odpowiedzialne za rozwój określonego obrazu siebie czy też oczekiwań życiowych. Teoria pamięci komórkowej, na której bazuje Chamberlain nie jest teorią potwierdzoną naukowo. Kodowania wspomnień komórkowych na razie nie sposób udowodnić.

Faktem jest jednak, że pewien rodzaj komunikacji między matką a jej nienarodzonym dzieckiem istnieje. U płodów w łonach matek, które poddano treningowi relaksacyjnemu, odnotowano obniżenie częstości uderzeń serca na minutę oraz obniżenie aktywności ruchowej (DiPietro, 2007). I odwrotnie, stres, którego doświadcza ciężarna kobieta nie pozostaje bez wpływu na parametry fizjologiczne płodu.

Ale interakcja między matką a płodem nie ogranicza się bynajmniej do oddziaływań biochemicznych, w taki czy inny sposób sterujących jego fizjologią. Jest bowiem całkiem prawdopodobne, że w ciągu dziesięciu ostatnich tygodni ciąży

dzieci zaczynają rozróżniać fonetyczne dźwięki języka, którym posługuje się ich matka, nie mówiąc o rozpoznawaniu jej głosu¹.

Możemy sobie wyobrazić, o ile bardziej skomplikowane w porównaniu z badaniami kwestionariuszowymi jest przeprowadzenie badań, których celem jest ustalenie co czuje i jak „przetwarza” informację dziecko w okresie prenatalnym. A jednak, by uzyskać pełnię obrazu przywiązania prenatalnego nieodzowna wydaje się eksploracja zachowań płodu (zintegrowana z badaniem przywiązania matki) – tak, jak obserwuje się dziecko i reagującą na wysyłane przez nią sygnały matkę, gdy bada się zjawisko przywiązania w klasycznym jego ujęciu. Badania takie mogłyby prowadzić do uprawomocnienia naukowego teorii przywiązania prenatalnego, a co najważniejsze potwierdzić, czy w istocie relacja przywiązania zawiązuje się jeszcze przed narodzeniem.

Bibliografia:

- Alhusen, J.L. (2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, nr 3 (37), pp. 315 – 328.
- Allison, S.J. et al. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment, *BMC Women's Health*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148201/>
- Asplin, N. et al. (2015). Maternal emotional wellbeing over time and attachment to the fetus when a malformation is detected. *Sexual and Reproductive Healthcare*, nr 6, pp. 191 – 195.
- Brandon, A.R. et al. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, nr 4 (23), pp. 201–222.
- Chrzan-Dętkoś, M., Łockiewicz, M. (2015). Maternal romantic attachment, and antenatal and postnatal mother–infant attachment in a sample of Polish women. *European Journal of Development Psychology*, nr 4 (12).
- DiPietro, J. et al. (2007). Fetal responses to induced maternal relaxation during pregnancy. *Biological Psychology*, nr 1 (77), pp. 11 – 19.
- Senay, E.C., Wexler, S. (1972). Fantasies About the Fetus in Wanted and Unwanted Pregnancies, *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 1 (4), s. 333–337.
- Eichhorn, N. (2012). Maternal Fetal Attachment: Can Acceptance of Fetal Sentience Impact the Maternal-Fetal Attachment Relationship? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, nr 1 (24), pp. 47 – 55.
- Elliott, J., Place, M. (1998). *Children in Difficulty. A guide to understanding and helping*. RoutledgeFalmer. Taylor & Francis Group, London and New York
- Izard, C.E. et al. (1991). Emotional Determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Development*, Vol. Nr 5 (62), pp. 906-917.

¹ (<http://www.webmd.com/baby/news/20130102/babies-learn-womb#1>)

- Lumley, J. M. (1990). Through a Glass Darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth Issues in Perinatal Care*, nr 4 (17), pp. 214–217.
- Pellerone, M., Micciche, S. (2014). Prenatal Attachment and Anxiety: Women Who Decide to Try in Vitro Fertilization and Women Who Procreate Naturally, *Psychology Research*, 4 (6), s. 419–427.
- Pelski, J.E. (2007). *Maternal prenatal attachment in women who conceive through in vitro fertilization*; rozprawa doktorska, University of Massachusetts Amherst.
- Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W.W. Norton.
- Siddiqui, A., Hagglof, E. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, nr 1 (59), pp. 13 – 25.
- Taffazoli, M., Montakhab Asadi, M., Aminyazdi, S.A., Shakeri. M.T. (2015). The Relationship between Maternal-Fetal Attachment and Mother-Infant Attachment Behaviors in Primiparous Women Referring to Mashhad Health Care Centers. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, nr 2 (3), pp. 318-327.
- Zimerman, A. (2003). Prenatal Attachment, Empathy, and Cognitive Adaptation to Pregnancy Subsequent to Having a Child with Down Syndrome. *Journal on Developmental Disabilities*, nr 1 (10), pp. 141–149.

prof. KUL, dr hab. Dorota Kornas-Biela
Instytut Pedagogiki KUL
Katolicki Uniwersytet Lubelski
Jana Pawła II

Kształtowanie więzi rodziców z dzieckiem w perinatalnym okresie życia

Pierwszym okresem życia człowieka jest okres pre- i perinatalny czyli przed i okołourodzeniowy. To zdanie do niedawna budziło konsternację, gdyż początek życia człowieka upatrywano w momencie narodzin, do których dochodziło po wielomiesięcznym stanie kobiety zwanym ciążą, w czasie którego rozwijał się w niej zarodek/embrion a potem płód. On to po przejściu przez kanał rodny kobiety lub operacyjnym wydobyciu go z jej wnętrza stawał się człowiekiem, z przysługującą mu pełnią praw, nadających rodzicielce status matki a mężczyźnie, który wyrazi na to zgodę – status ojca. Okres między „zajściem w ciążę” a „rozwiązaniem ciąży” był traktowany jako okres biologicznych przemian doprowadzających do uformowania się istoty ludzkiej, zdolnej po opuszczeniu macicy do rozpoczęcia swego rozwoju psychicznego i społecznego.

Rozwój genetyki i technik medycznych umożliwiających obserwację środowiska wewnątrzmacicznego, możliwości medycyny prokreacyjnej i humanizacja opieki nad kobietą w ciąży i w porodzie, docenienie roli ojca w rozwoju i wychowaniu dziecka, osiągnięcia psychologii prenatalnej oraz szereg przemian kulturowych doprowadziło do zmiany paradygmatu patrzenia na początek życia człowieka i powstania rodziny oraz do akceptacji paradygmatu ciągłości życia na linii: poczęcie – śmierć. Wszystko co dzieje się przed urodzeniem dotyczy bowiem tej samej istoty ludzkiej o fizyczno-psychiczno-społeczno-duchowej naturze i dotyczy rodziny, której dziecko jest już jej prenatalnym członkiem. To jego poczęcie uczyniło ich rodzicami, zapoczątkowało więzy krewne.

Okres prenatalny obejmujący czas między poczęciem a narodzinami zachodzi zakresowo na okres perinatalny przyjęty w medycynie jako trwający ostatni trymestr rozwoju prenatalnego (w niektórych ujęciach zaczyna się on między 20-28 tygodniem po poczęciu) przez okres rodzenia się dziecka (porodu u matki) aż do końca pierwszego tygodnia po urodzeniu (a nawet do końca okresu noworodkowego, czyli 4 tygodnia). Jest to okres najbardziej intensywnego rozwoju człowieka o nie do przecenienia znaczeniu dla całości jego życia.

1. Rozumienie więzi i przywiązania

Więź, jak podają różne słowniki, ma w języku polskim około 100 wyrażeń synonimicznych i ponad 30 związków znaczeniowych. Potocznie kojarzy się z przywiązaniem do kogoś lub czegoś, łącznością, bliskością, związkiem, spajaniem, spójnią, powiązaniem, relacją. Więź jest rzeczywistością relacyjną, jednak nie wymaga dwóch podmiotów aktywnie zaangażowanych w tworzenie relacji i każdy z nich może zupełnie odmiennie przejawiać swoją więź. Taka sytuacja zachodzi w więzi między rodzicami i dzieckiem.

Więź rodzi się na bazie relacji o cechach: bliskości, stałości (trwałości) obiektu, który staje się znaczącym, emocjonalnego zaangażowania oraz uwagi, dążenia do utrzymania kontaktu i komunikacji. Więź nie odnosi się do krótko trwających relacji, ale charakterystyczne jest dla niej długofalowe trwanie, nasycenie uczuciami, zobowiązanie, odpowiedzialność. Tego rodzaju więź szczególnie mocno cechuje więzy rodzinne, więzy krwi oraz więzy międzypokoleniowe. Więź emocjonalna w rodzinie jest szczególnym rodzajem więzi społecznej, gdyż rodzina ma inną strukturę i pełni inne funkcje niż pozostałe grupy społeczne (Izdebska, 1973, s. 11). Więź rodzinna jest niezwykła, gdyż w normalnej rodzinie więzy między członkami są bardzo silne. Członkowie rodziny mają poczucie wspólnoty, wewnętrznej spójności, są zaangażowani na rzecz dobra innych i całej rodziny, są w bliskich kontaktach ze sobą, zapewniają sobie wzajemnie zaspokojenie różnorodnych i zmieniających się potrzeb. Najważniejsza z nich jest potrzeba bezpieczeństwa, z którą związane jest poczucie – „nie jestem sam” i „na rodzinę zawsze mogę liczyć”. Więź potrzebuje bliskości fizycznej i uczuciowej. Najważniejsza jest oczywiście bliskość uczuciowa. Można bowiem mieszkać razem a nie być związanym ze sobą uczuciowo. Przeciwnie, można być bardzo daleko a odczuwać silną więź i tęsknotę, pragnąć i dążyć do połączenia. Więź rodzinna obejmuje również więź ze swoimi przodkami, których nie było dane spotkać, ale pamięć o nich jest żywa w rodzinie oraz więź z domem rodzinnym, jego tradycjami oraz z ziemią ojcystą.

Proces utrwalania się więzi prowadzi do ukształtowania się przywiązania. Według Johna Bowlby'ego przywiązanie charakteryzuje się takimi cechami jak: 1. selektywność – skupienie się na konkretnej osobie, z którą więź jest głęboka i silna, specyficzna, niepowtarzalna; 2. Potrzeba fizycznej bliskości z obiektem przywiązania i jego aktywne poszukiwanie; 3. Osiąganie stanu komfortu i bezpieczeństwa, uspokojenia i odprężenia w sytuacji bliskości; 4. lęk separacyjny, gdy obiekt przywiązania jest niedostępny lub więź zostaje zerwana (Bowlby, 2007).

W rodzinie zazwyczaj najsilniejsze przywiązanie zachodzi między rodzicami i dziećmi, natomiast słabsze – między małżonkami, rodzeństwem i krewnymi. Według twórców teorii przywiązania w relacji rodzice – dzieci (René Spitz, Harry

Harlow, John Bowlby, Mary Ainsworth) przywiązanie jest trwałą, głęboką, emocjonalną więzią między dwoma osobami, dzięki której dążą one do utrzymania bliskości. Bowlby (2007) uważa, że przywiązanie jako głęboka więź między dzieckiem a opiekunem, która wykształca się w pierwszym roku życia, wytworzyła się w toku ewolucji celem zapewnienia potomstwu przetrwania. Ma ona swoje źródło w mechanizmach biologicznych i jest instynktowa. Przywiązanie dziecka do figury matki stanowi istotny element planu rozwojowego, charakterystycznego dla gatunku człowieka (Ainsworth, 1979).

Mary Ainsworth, uczennica Bowlby'ego wraz ze współpracownikami wyodrębniła trzy style przywiązania – prawidłowy, bezpieczny styl oraz dwa nieprawidłowe style: unikający oraz lękowo-ambiwalentny (Ainsworth i in. 1978). Później dodano jeszcze styl zdezorganizowany (Main, Solomon, 1986, 1990). Już w drugim roku życia można określić typ przywiązania dziecka w oparciu o jego reakcję na pozostanie samemu w obcym miejscu, na rozmowę i przyjęcie ukojenia od nieznannej osoby oraz na powrót opiekuna po chwili nieobecności (Pisula, 2003).

Więź ma zasadniczo pozytywne znaczenie konotacyjne, ale może być również więź negatywna, destrukcyjna, gdyż jej charakter zależy od tego, z czym lub z kim człowiek jest związany. Ewidentnie złą jest, np. więź z grupą przestępczą, więź ofiary z oprawcą, więź dorosłego człowieka z rodzicami, który nie opuszcza ich z powodu lęku przed intymnymi relacjami lub niedojrzałości do samodzielnego i niezależnego życia. Również więź matki z dzieckiem może mieć negatywny charakter, jeśli dziecko staje się dla matki partnerem uczuciowym zastępującym jej więź ze współmałżonkiem (Bereza, Szymczuk, 2016, s. 175). Nie rzadko urodzenie dziecka staje się „gwoździem do trumny” małżeństwa ze względu na zbyt nadmierne zaangażowanie matki w więź z dzieckiem kosztem pielęgnowania więzi ze mężem. Taka patologiczna więź może wynikać z przeniesienia zaburzonych więzi z rodziny pochodzenia i konsekwencją własnego pozabezpiecznego typu przywiązaniowego. Również rodzice czy opiekunka mogą być bardzo blisko dziecka, ale gdy go zaniedbują, odrzucają (jawnie lub ukrycie), dziecko będzie wykształcało więź z nimi, ale będzie ona negatywną – lękową, unikową, ambiwalentną, zdezorganizowaną. Podobnie brak rodziców, ciągłe rozłąki, nieprzewidywalność rozstań, długie czekania na powrót – powodują kształtowanie się u dziecka pozabezpiecznych typów przywiązania.

2. Więź jako strukturalny element życia w okresie perinatalnym

Analizując sytuację perinatalną, możemy zauważyć, że więź jest jej istotnym elementem strukturalnym, jest warunkiem sine qua non jej trwania. Nie ma bowiem możliwości życia dla dziecka bez stałej, nieprzerwanej bliskości i jedności z matką (po urodzeniu również z inną osobą jako stałym opiekunem), a dla kobiety

zaistnienie dziecka w jej łonie jest warunkiem stanu ciążowego oraz statusu matki. W okresie przed urodzeniem podstawą życia dziecka jest zarówno więź biologiczna (neurohormonalna, metaboliczna), fizyczna jak i psychiczna między nim a jego matką, natomiast po urodzeniu więź biologiczna powinna być podtrzymywana dzięki karmieniu piersią, chociaż nie jest już ona warunkiem przeżycia dziecka, natomiast bez więzi fizycznej (obecności, fizycznej bliskości, dotyku) i więzi psychicznej (uczuciowej) między dzieckiem i jego matką/stałym opiekunem nie może ono stać się w pełni człowiekiem, rozwinąć swojego ludzkiego potencjału.

Więź i przywiązanie jest pierwotną potrzebą człowieka, fundamentalnym dynamizmem psychicznym, prymarnym warunkiem rozwoju osobowości. Potrzeba przywiązania do opiekuna i dążenie do wchodzenia w bliskie relacje z drugim człowiekiem, w intymne więzi uczuciowe, nie jest efektem doświadczeń i uczenia się, ale jak wykazały badania Konrada Lorenza, jest wrodzone jako wyraz społecznej natury człowieka (Lorenz, 1977; Brzezińska, 2000, s. 146-148) a deprivacja w tym zakresie ma dalekosiężne skutki na całe jego życie (Rutter, 1979).

Zaspokojenie potrzeby przywiązania zapewnia bliski cielesny kontakt noworodka z matką, co z kolei udowodniły badania nad małpkami rebusami prowadzone przez Harry Harlow (1969). Ten stały bliski kontakt matki lub głównego opiekuna z noworodkiem jest warunkiem osiągnięć w zakresie zadań rozwojowych okresu noworodkowego. Według Erika Eriksona więź jest podstawowym, kluczowym „czynnikiem społecznym” w pokonaniu kryzysu fazy oralno-sensorycznej, kiedy noworodek a potem niemowlę doświadcza konfliktu między podstawową nieufnością (zagrożenie homeostazy, zależność) i ufnością (doznanie opieki). Dla dziecka więź z rodzicami jest czymś koniecznym, gdyż ze względu na jego psychofizyczną sytuację – zależność, niesamodzielność, bezbronność, kruchość, podatność na zaniedbanie, zranienie i przemoc – jest ono całkowicie zdane na opiekę ze strony osób dorosłych. Potrzebuje ich do przetrwania, do zaspokojenia najważniejszych potrzeb związanych z przeżyciem (potrzeby głodu, pragnienia, higieny, snu), do rozwoju poznawczego, emocjonalnego, społecznego i duchowego. Dzięki stałej obecności matki zaspokajającej potrzeby dziecka, jej postać staje się dla dziecka wewnętrznie pewna i zewnętrznie przewidywalna, co rodzi ufność do świata i ludzi, stanowi bazę dla zdrowia fizycznego, eksploracji otoczenia (rozwoju poznawczego) i nawiązywania kontaktów z innymi (Erikson, 2000).

W swoim rozwoju człowiek „uczłowiecza się” dzięki drugiemu człowiekowi. Inaczej mówiąc, kondycja ludzka człowieka jako ssaka transłożyskowego jest taka, że przez pierwszy okres życia rozwija się we wnętrzu drugiego przedstawiciela swojego gatunku i od niego nabywa cechy ludzkie oraz osobiste dzięki jedynej w swoim rodzaju więzi prenatalnej a na początku okresu postnatalnego jego przetrwanie jest również ściśle zależne od stałej, bliskiej i troskliwej obecności innej osoby. Człowiek rodzi się fizjologicznie przedwcześnie, jest nieporadny fizycznie,

niezdolny do samodzielnego przetrwania, bezbronny, jego termoregulacja jest niestabilna a mózg będzie dopiero w miarę rozwoju i uczenia się stopniowo dojrzewał, dlatego ludzkiego noworodka zalicza się do gniazdowników (Kościński, http). Potrzebuje on bowiem „społecznego gniazda”, wychowania, oddziaływania kultury, dzięki czemu będzie mógł rozwijać swój ludzki potencjał (Nowak, 2001, s. 166-167). Jednak nie jest on typowym gniazdownikiem, gdyż nie może pozostawać sam, jest zaniepokojony nieobecnością opiekuna, potrzebuje bliskiego kontaktu z nim. Dlatego też ludzki noworodek jest zaliczany do noszeniaków – do swojego biologicznego przetrwania i psychicznego rozwoju potrzebuje noszenia (Kirkilionis, 2011, s. 45-46).

3. Kształtowanie się podstaw więzi perinatalnej w okresie prenatalnym

Tworzenie się więzi rodzice-dziecko jest procesem o kilku charakterystycznych cechach. Jest to proces dynamiczny, długofalowy, o zmiennych formach, podatny na zaburzenie. Psychologowie rozwoju podkreślają, że przywiązanie jako podstawowy dynamizm psychiczny rozwija się od urodzenia. Jednak jego podstawy tworzą się już w prenatalnym okresie rozwoju. Polska literatura przedmiotu dotycząca więzi prenatalnej nie jest zbyt obszerna zarówno co do merytorycznego zakresu wiedzy jak i liczby osób zajmujących się nią od strony naukowej. Przykładowe pozycje to: Fijałkowski, 1985, 1989; Golańska, 1989; Kornas-Biela, 1992, 1993/2004; 2009; 2010b, 2014; Nitecka, 1992; Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006, s. 129-132; Bielawska-Batorowicz i in., 2002; Bartosz, 2002; Bieleninik, Preis, Bidzan, 2010; Zalewska, Szyber, 2010; Popławska, Śliwowska, 2011; Jakel, 2011, Wojacek, 2011, 2014; Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz, 2013.

Dla rodziców okres tworzenia się więzi z dzieckiem, swoistego „dialogu” z nim może rozpocząć się już od decyzji o zainicjowaniu nowego życia. Współzycie podjęte na szczycie płodności lub w dniach najbliższych jest zbliżeniem szczególnym, gdyż rozpoczyna warunkowy dialog z dzieckiem – „jeśli jesteś...”. Dziecko od poczęcia zaczyna brać udział w tym dialogu, ale na swój specyficzny, niesłyszalny sposób, poprzez dokonywanie zmian w organizmie kobiety, wskazując jej – „jestem”. W ten sposób rodzice młodzi młodością swego dziecka rozpoczynają z nim wielomiesięczną komunikację, która pomimo różnicy kodów w wymianie sygnałów, będzie kontynuowana po urodzeniu (Fijałkowski, 1989, s. 82-83).

Dziecko, jak każdy człowiek, ma od poczęcia potrzeby fizyczno-psychiczno-społeczno-duchowe. Stopniowo wyłaniają się one w rozwoju i możemy obserwować ich przejawy oraz skutki zaspokojenia i deprywacji. Już w okresie prenatalnym dziecko potrzebuje komunikacji z rodzicami, akceptacji i miłości z ich strony, różnych form podejmowanych przez nich kontaktów z nim i odpowiedzi na sygnały, jakie ono kieruje do nich poprzez swoje ruchy. Na bazie opiekuńczo-

wychowawczych oddziaływań rodziców rozwija się wiedza dziecka o świecie (jaki jest świat, czy jest przychylny, przyjazny, czy wrogi), nastawienie dziecka do niego (poczucie bezpieczeństwa, prazaufanie, otwartość, ciekawość), pierwsze emocje, osobowe i społeczne kompetencje (np. do poszukiwania i podtrzymywania interakcji z innymi). Okres przed urodzeniem to dla dziecka pierwsza szkoła uczuć i relacji społecznych, etap kształtowania mózgowych ośrodków emocji (np. układu limbicznego) i całościowej orientacji do lub od ludzi, ku lub przeciw nim. Dziecko wchodzi w świat pozałonowy bardziej lub mniej zdolne do tworzenia więzi, z ukształtowanym prazaufaniem do świata i ludzi lub też nastawione lękowo i unikowo wobec docierających do niego bodźców społecznych (Kornas-Biela, 2009). Rodzi się wyposażone w prenatalne doświadczenia, czynne wszystkie zmysły, z pierwotną wiedzą o świecie, predyspozycjami, preferencjami i nawykami, gotowe do przyswajania wiedzy i uczenia się, do nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych (Kornas-Biela, 2011). Jednak długo jeszcze jest całkowicie zależne od innego człowieka i potrzebuje trwałego związku z nim, gdyż tylko to zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa co do przetrwania.

4. Wzorce zachowania noworodka jako warunki kształtowania więzi z rodzicami

Człowiek nie przychodzi na świat jako niezapisana tablica (tabula rasa), ale ma już za sobą wielomiesięczny proces uczenia się świata, kształtowania wielu zdolności i predyspozycji, które są użyteczne w adaptacji do życia pozałonowego. Dla noworodka oprócz stanu fizycznego i fizjologicznego źródłem przeżyć jest również kontakt z innymi, potrzebny mu do życia jak powietrze i pożywienie, aby zaspokoić silną potrzebę przywiązania.

Podstawy kształtowania się przywiązania można odnaleźć we wrodzonych tendencjach zwanych „sztywnym wzorcem zachowania” (np. Brzezińska, 2001, s. 262). Składa się na niego bogate wyposażenie psychofizyczne (Kornas-Biela, 1993/2004, 2000/2004; 2011) oraz wrodzone skłonności dziecka do określonych zachowań. Elementami tych wrodzonych tendencji służących kształtowaniu się przywiązania są:

1) Płacz

Noworodek płacze i jest to istotny objaw jego zdrowego stosunku do rzeczywistości, gdyż nim zazwyczaj skutecznie zapewnia sobie przetrwanie – sygnalizuje swoje potrzeby oraz przywołuje uwagę dorosłego. Noworodek najczęściej płacze z powodu głodu, pragnienia, dyskomfortu (niewygody), bólu, z powodu silnych negatywnych emocji (złości). Płacz nowonarodzonego dziecka jest wołaniem o opiekę i troskę skierowanym do obecnych osób, bez wyszczególniania

kogokolwiek, jednak dzięki prenatalnemu uczeniu się można odnotować wyraźną preferencję osoby matki, jako znanej dziecku i rozpoznawanej, zwłaszcza na podstawie bodźców zapachowych, smakowych, prozodycznych cech mowy oraz sposobu dotyku (Kornas-Biela, 2004, 2011). Dzięki wielozmysłowemu wyposażeniu, które umożliwia szybkie uczenie się i zapamiętywanie osób z otoczenia płacz jest ważnym spoiwem tworzącej się więzi. Potem właśnie płacz z powodu rozstania z obiektem znaczącym (matką) będzie wskazywał na przywiązanie a jego ustanie po powrocie obiektu będzie świadczyło o przywiązaniu bezpiecznym.

2) Ssanie

Ssanie jest umiejętnością, która służy zaspokojeniu potrzeby głodu, ale nie tylko. Silna potrzeba ssania może być zaspokojona jedynie poprzez karmienie piersią, dzięki któremu jest zapewniona dostępność i bliska obecność matki, bardziej stała niż przy karmieniu sztucznym. Dziecko potrzebuje długich chwil ssania i tego nie zapewni mu butelka i smoczek, bo jest osobą i ma rozwijać wrażliwość na osoby a nie rzeczy. Karmienie piersią do pół roku wyłączone, potem mieszane – co najmniej do końca 1 r. życia jest najlepszym gwarantem zaspokojenia potrzeby ssania oraz częstych kontaktów z matką. Dla dziecka karmionego naturalnie kontakt z matką jest częstszy i trwa dłużej niż karmienie z butelki, a jej pierś, a tym samym matka staje się szybciej obiektem znaczącym, dlatego karmienie piersią jest zwane przez psychoanalityków „szkołą miłości” (Kornas-Biela, 2003).

Ponadto, wraz z mlekiem matki, które jest „żywą tkanką”, „białą krwią” dziecko otrzymuje dużą porcję hormonów miłości i szczęścia (oksytocynę i endorfiny), dzięki czemu jest otwarte na doświadczenia, ufne, spokojne, radosne. W mleku matki są też substancje uspokajające dziecko – beta-kazomorfiny, dlatego dzieci karmione piersią są spokojne, częściej senne, dobrze śpią i mniej płaczą. Tym samym dziecko nie naraża matkę na doświadczanie frustracji związanych z brakiem kompetencji macierzyńskich, staje się łatwiejsze do kochania, a matka zdobywa podbudowujące ją poczucie własnej wartości jako dostatecznie dobra matka („wystarczająco dobry rodzic”, tzn. prawidłowo zaspakajający potrzeby dziecka – Winnicott, 1971; „dobry opiekun” – Brzezińska, 2001, s. 263).

3) Tendencja do wpatrywania się w twarz ludzką i ożywienie lub uspokojenie się na widok bliskości osoby, zwłaszcza jej twarzy

Noworodek potrafi reagować na zmiany natężenia światła, jednak jego aktywność wzrokowa jest krótkotrwała a ostrość wzroku słaba, chociaż z każdym dniem poprawia się. Dziecko rodzi się z wrodzonym schematem twarzy ludzkiej i ma tendencję do wpatrywania się w twarz ludzką o wiele bardziej niż w inny obiekt, przy czym szczególnie patrzy na oczy oraz kontury twarzy („efekt zewnętrzności”, miejsce połączenia włosów i skóry, linii brwi, zarostu).

Zainteresowanie twarzą i aktywne badanie jej wzrokiem występuje bezpośrednio po urodzeniu. Już w pierwszej godzinie noworodek obraca głowę, śledzi wzrokiem twarz, podąża za jej obrazem, co służy zacieśnieniu wzajemnej więzi (Eliot, 2003, s. 302).

Ponadto, noworodki już 12-36 godzin po urodzeniu są w stanie tak operować ruchami ssącymi ust, aby patrzeć na twarz matki zamiast na twarz obcej kobiety (Walton, Bower, Bower, 1992). W innych badaniach przeprowadzonych również w 12 godzin po narodzinach noworodki preferowały wpatrywanie się w twarz własnej matki niż innej kobiety i w oparciu o tę preferencję już w kilka dni następowało zapamiętanie twarzy matki (przechowanie informacji zapewniające skuteczną pamięć rozpoznawczą – Bushnell, 2003). Im bardziej elementy strukturalne twarzy zostają w eksperymencie usunięte lub zniekształcone (zwłaszcza oczy), tym bardziej noworodek przestaje się nią interesować (Fantz, 1963; Gava in., 2008). Koresponduje to również z preferowaniem patrzenia na figury owalne i okrągłe, poruszające się i trójwymiarowe oraz świadomością stałości kształtu. Pod koniec okresu noworodkowego dziecko utrzymuje już dłużej spojrzenie na twarzy (fiksuje) (Białecka-Pikul, 2011, s. 176-177).

4) Zdolność do naśladowania ruchów mimicznych dorosłego

Zdolność do naśladowania jako mechanizmu uczenia się jest wrodzoną specyficzną ludzką zdolnością, związaną m.in. z neuronami lustrzanymi. Z badań eksperymentalnych wynika, że noworodek już w pierwszej godzinie po urodzeniu potrafi naśladować otwieranie ust, wysuwanie języka przez osobę dorosłą. W 12 godzin po urodzeniu naśladuje nie tylko mimikę, ale też gesty rąk drugiej osoby, a w drugiej dobie naśladuje emocjonalne komponenty mimiki, zwłaszcza smutek, radość (np. Meltzoff, Moore, 1977, 1983). Jak pisze Marta Białecka-Pikul (2011, s. 183) tendencja ta nie jest prostą mimikrą, ale „polega na budowaniu umysłowej reprezentacji działań dorosłego, utrzymywaniu tych działań w pamięci oraz ich powtarzaniu, dzięki wykorzystaniu własnego systemu motorycznego”. Wiele badań skupionych jest na wyjaśnieniu istoty sztywnego wzorca zachowania noworodka, jakim jest wpatrywanie się w twarz i naśladowanie mimiki i ruchów (np. Meltzoff, Moore, Simion i in. 2007).

5) Zdolność do rezonowania afektu

Już w pierwszej połowie okresu noworodkowego pojawia się tzw. pierwotna intersubiektywność, której szczególną formą jest tzw. protokonwersacja (pierwotny dialog), gdy w interakcji twarzą w twarz następuje rezonowanie afektu, wzajemność oraz naprzemiennność i dopasowywanie się zachowań. Gesty, ruchy ciała, kontakt wzrokowy i werbalny (słowa ze strony dorosłego, dźwięki wydawane przez dziecko) a potem uśmiech obu podmiotów interakcji są formą komunikacji silnie

nasyconą emocjami, co zapada w pamięci dziecka jako wyuczone wzorce zachowań społecznych. Dziecko rezonuje emocje opiekuna, przerywa uśmiech („zamarznięcie”), jeśli dorosły eksponuje znieruchomiałą twarz (Białecka-Pikul, 2011, s. 184). Dziecko matki depresyjnej zachowuje się jak depresyjne.

6) Potrzeba przywierania do ciała dorosłego (wtulania się w niego, chwytania za rękę) a potem podążanie za opiekunem – wzrokiem lub ruchem ciała

Potrzeba bliskiego kontaktu ciała dziecka z matką została zilustrowana w słynnych badaniach Harlow (1969). Dziecku, którego zmysł dotyku jako zmysł totalny całego ciała jest bardzo dobrze rozwinięty, które przebywało w łonie ściśle otoczone przez worek płodowy i ściany macicy, po wyjściu w przestrzeń poza ciałem matki potrzebny jest kontakt „skóra – skóra”. Bliski kontakt cielesny podświadomie zapewnia dziecko, że nie jest samo, bezradne, że jest ktoś, na którego opiekę może liczyć. Bezpośredni kontakt dotykowy z matką daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, przekazuje pozytywne emocje, stanowi źródło doznań kinestetycznych i pozwala mu poznać własne ciało, poczuć siebie, stopniowo uświadomić sobie swoje granice, „stworzyć” siebie (Chachulska, 1999).

7) Potrzeba kołysania

Przez cały okres prenatalnego rozwoju dziecko było zanurzone w płynie owodniowym, kołysane oddechem i ruchem matki. Pamięć wrażeń ze zmysłu równowagi sięgająca poziomu mięśniowego jest czynna przez całe życie. Wyraża się w odprężającym i uspokajającym oddziaływaniu kołysania i rytmicznych ruchów ciała. U noworodka potrzeba huśtania prowokuje rodziców do wzięcia dziecka na ręce, przytulania i bujania w ramionach, na kolanach, a nagradzające jest wyciszenie dziecka.

8) Wielozmysłowe rozpoznawanie matki

Przed urodzeniem wszystkie zmysły są czynne i następuje proces intensywnego zapamiętywania bodźców dostępnych w łonie, kształtowanie się preferencji oraz uczenia się. Po urodzeniu noworodki z łatwością rozpoznają matkę zarówno pod względem zapachu jak i smaku, preferują słuchać jej głos nad głos innej osoby oraz rytmu jej serca, słuchanych w okresie prenatalnym dźwięków głosu ludzkiego oraz melodii (Kornas-Biela, 1993/2004, 2000/2004, 2011). Już kilkadziesiąt lat temu Liley i Salk (za: Fijałkowski, 1985, s. 85) dokumentowali empirycznie jak bardzo zdolność do odbioru i zapamiętywania bodźców zmysłowych z środowiska wewnątrzmacicznego pomaga noworodkowi do adaptacji w nowym nieznanym mu świecie, zwłaszcza jeśli matka jest wrażliwa na jego potrzeby i zaspakaja je.

9) Hormonalna reakcja u dziecka na bliski kontakt z matką/opiekunem

Noworodek reaguje na kontakt z opiekunem poprzez wyrzut hormonów więziotwórczych, jakimi są oksytocyna oraz endorfiny (Geisel, 2010). Najczęściej jest to proces zsynchronizowany z wydzielaniem tych hormonów u matki/ojca, co tworzy fizjologiczną bazę dla trwalszego zespolenia uczuciowego.

Wrodzony schemat zachowań noworodka oraz jego wyposażenie psychofizyczne predysponuje go do nawiązania trwałej i głębokiej więzi z opiekunem, jednak pewne jego cechy mogą ten proces ułatwiać lub utrudniać (np. Bielawska-Batorowicz, 1995; Holinger, 2006, s. 26; Kornas-Biela, 2009, 2010a; Kosno, 2010). Wśród tych cech dziecka można wymienić, np. płeć, wygląd fizyczny, owłosienie, stan zdrowia, waga ciała, bliźniactwo, wystąpienie wady lub choroby wrodzonej, urodzenie o czasie lub przedwcześnie, konieczność hospitalizacji, ryzyko niepełnosprawności lub śmierci, cechy układu nerwowego, temperamentu (łatwy lub trudny wychowawczo) i emocjonalności dziecka, jego wewnętrzny zegar biologiczny, sposób reagowania na nowe sytuacje, zdolność do adaptacji, próg pobudzenia zmysłowego, indywidualny poziom ekspresji, łatwość uspokojenia się, odporność psychiczna, spontaniczna aktywność będąca wynikiem aktualnego samopoczucia, skutki uboczne farmakologicznej interwencji wobec matki w czasie porodu lub wobec niego po urodzeniu.

5. Intuicyjny program rodzicielski jako warunek kształtowania się więzi rodziców z dzieckiem w okresie okołourodzeniowym

Intuicyjny program rodzicielski to zestaw biologicznie uwarunkowanych zachowań rodzicielskich oraz ich umiejętnościami (nieświadomych, niewyuczonych), które charakteryzują się takimi cechami, jak: 1. Kontyngencja – zachowanie związku czasowego między swoim zachowaniem a noworodka (szybkie reagowanie), przez co dziecko może skojarzyć działanie opiekuna z uzyskaniem komfortu i wiązać się z tą osobą; 2. Konsystencja – niezawodne reagowanie na potrzeby dziecka, dzięki czemu dziecko nabywa oczekiwań względem zachowania opiekuna, które dają mu poczucie bezpieczeństwa; 3. Dostrojenie reakcji do stopnia rozwoju dziecka (Kirkilionis, 2011, s. 64).

W ramy tego intuicyjnego programu rodzicielskiego wchodzi szereg zachowań, wspieranych od strony fizjologicznej systemem bodźców pozytywnych, jakimi są hormony opieki, miłości i szczęścia. Wśród tych więziotwórczych zachowań, preferencji i umiejętności można wymienić następujące (zob. np. Białecka-Pikul, 2011, s. 195; Kirkilionis, 2011):

1) Wrodzony schemat dziecięcości.

Dziecko ma potrzebę wpatrywania się w twarz ludzką a rodzice mają wrodzony schemat dziecięcości (tzw. wrodzony mechanizm wywołujący odzew – Lorenz, za: Kirkilionis, 2011, s. 69). Wyraża się on w zdolności do pozytywnego reagowania uczuciowego oraz podejmowania zachowań opiekuńczych, okazywania czułości wobec cech dziecięcości, co wykorzystywane jest w kreskówkach i reklamach. Cechy te to: duża głowa, wysokie uwypuklone czoło, duże oczy, zadarty nos i mały podbródek, krótkie kończyny i ich niezborne ruchy. Dlatego noworodki i niemowlęta jako istoty posiadające te cechy wywołują swoim widokiem już nawet u dzieci uczucia wzruszenia, wylewności, tkliwości, serdeczności, miłości, troskliwości.

2) Reaktywność matki na sygnały emitowane przez noworodka – powiedzenie lub zrobienie czegoś w odpowiedzi na obecność i zachowanie dziecka.

3) Wrażliwość oraz responsywność macierzyńska – drażliwość macierzyńska polega na szybkim i trafnym z punktu widzenia dziecka odbiorze oraz interpretowaniu sygnałów płynących od niego. Natomiast responsywność to zdolność do szybkiego i odpowiedniego do sytuacji i rzeczywistych potrzeb dziecka, dostosowanego do jego wieku (adekwatnego) reagowania na jego potrzeby. Średni odstęp między sygnałem dziecka a reakcją rodziców to 0,2-08 sekundy, co pozwala dziecku pojąć związek między sygnałem a reakcją i uczyć się oczekiwania na pomoc.

4) Stała dostępność – to potrzeba matki, aby być blisko dziecka, opiekować się nim, wiedzieć co się z nim dzieje, mieć możliwość pomocy zawsze, gdy zajdzie taka potrzeba. Jest ona bardzo wyraźna, a jeśli następuje jej deprivacja i matka jest pozbawiona kontaktu z dzieckiem i przeżywa silny niepokój o niego.

5) Matczyna tendencja do uświadamiania sobie umysłu dziecka – postrzeganie dziecka jako odrębnej istoty, posiadającej własne odczucia, pragnienia i dążenia, traktowanie go jako podmiotu, który ma umysł i wolę, autonomiczne indywiduum. Docenienie niepowtarzalnej indywidualności dziecka łączy się z jego akceptacją, szacunkiem wobec niego, co pomaga mu w kształtowaniu poczucia własnej odrębności i tożsamości, własnej wartości i akceptacji siebie.

6) Synchronizacja matki z dzieckiem – to umiejętność matki zestrojenia interakcji z dzieckiem, odwzajemniania jego uczuć, współdziałania z nim.

7) Intuicyjne trzymanie dziecka w bliskiej odległości (ok. 20-25 cm) od swojej twarzy, a więc nie w zakresie optymalnej ostrości własnego widzenia (40-50 cm), ale dostosowanie się do ostrości widzenia noworodka. Tak postępują nawet rodzice przekonani o tym, że noworodki nic nie widzą (Turkewitz Kenny, 1982). Ze względu na to, że dziecko widzi po urodzeniu na niewielką odległość, karmienie piersią oraz noszenie dziecka na rękach frontalnie (en face) zapewnia mu zaspokojenie potrzeby wpatrywania się w twarz ludzką, a zwłaszcza preferowaną twarz matki, a tym

samym jej zabezpieczającą obecność. Matki intuicyjnie biorą dzieci na ręce tak, aby mogły im się przyglądać.

Ponadto ważny jest rodzaj spojrzenia wzrokowego – czy oczy dorosłego są uśmiechnięte, przekazują radość, miłość, akceptację, wzruszenie, czułość czy też jest to tylko wzrok orientacyjny (czy dziecko żyje i wszystko z nim w porządku) lub wzrok pełen strachu, smutku, bólu. Miłość rodziców jaśnieje poprzez twarz, która promieniuje serdecznością, tkliwością, oddaniem się mu, troską o niego, fascynacją nim i to „daje dziecku życie”. Silne emocje wyrażane są wzrokiem a dziecko odczuwa chociaż nie rozumie, czy dorosły patrzy na niego z miłością, czy jest nim zachwycony, skupiony na nim i jemu oddany, czy też nie. Przez bliskość wzrokową z dzieckiem uczy się ono stopniowo odróżniania wyrazów mimicznych twarzy a tym samym odczytywania ludzkich emocji, empatii, współbrzmienia emocjonalnego, współodczuwania.

8) Mowa matczyna.

Mowa matczyna, zwana też mową nianiek (ang. *baby talk, motherese*), to specjalna forma powolnej mowy wysokim głosem o przesadnej intonacji. Ten zwyczaj mowy matczynej (bezpośrednie mówienie do dziecka w prostych krótkich słowach, z dobitną intonacją i dużymi wahaniami wysokości tonów) jest powszechnie stosowany przez wszystkich (ojca, rodzeństwo, opiekunów a nawet obcych) i odpowiada preferencjom małego dziecka. Dorośli w wielu kulturach używają tej mowy, mówiąc do niemowląt i małych dzieci. Jest ona dostosowana do możliwości słuchowych noworodka i niemowlęcia, gdyż wolniej opracowuje ono informacje słuchowe, trudniej mu wyodrębnić poszczególne słowa a próg słyszalności jest po urodzeniu podwyższony o 20-25 decybeli (Eliot, 2003, s. 337-338).

9) Wyrzut więziotwórczych hormonów.

Na szczycie porodu naturalnego oraz bezpośrednio po nim następuje intensywna produkcja trzech ważnych dla zachowań opiekuńczych hormonów – oksytocyny (hormon miłości, oddania, zakochania), prolaktyny (hormon wrażliwości na potrzeby dziecka, opieki, poświęcenia) oraz endorfin (hormony szczęścia, radości, fascynacji). Im częściej i dłużej rodzice są z dzieckiem, bliscy mu fizycznie i uczuciowo, to jego więziotwórcze zachowania wyzwalają w nich od strony neurofizjologicznej odpowiedź wzmacniającą ich więź z nim. Kształtowanie się więzi matki z dzieckiem ma swoje podstawy fizjologiczne, związane z produkcją hormonów ciążowych przygotowujących kobietę do porodu oraz tych, które są wydzielane na szczycie porodu i tuż po nim, a których poziom podtrzymuje karmienie piersią (Geisel, 1995).

Prolaktyna, nazywana „hormonem macierzyńskim”, której ilość ogromnie wzrasta w czasie ciąży, jest odpowiedzialna za podtrzymanie ciąży, dojrzewanie układu neurohormonalnego dziecka oraz produkcję mleka po porodzie. Przed urodzeniem wpływa na kształtowanie się przywiązania macierzyńskiego, podjęcie

przygotowań do urodzenia („wicie gniazda”) a po urodzeniu podnosi czujność na bodźce potencjalnie zagrażające dziecku oraz wrażliwość na sygnały wysyłane przez dziecko, zwiększa dyspozycję do uzależnienia realizacji swoich potrzeb od potrzeb dziecka i rezygnacji z nich, jeśli wymaga tego sytuacja, skłania do ofiarności, poświęcenia a nawet heroizmu celem zabezpieczenia życia dziecka. Poziom prolaktyny wzrasta również u ojców, którzy opiekują się i noszą swoje maleństwa, Stają się oni bardziej czujni na ich potrzeby, lepiej reagują na płacz niemowlęcia, mają wzmożoną gotowość do obrony dziecka, dlatego prolaktyna jest określana również jako „hormon ojcowski”.

Oksytocyna jest hormonem miłości, fascynacji, pożądania. Jest odpowiedzialna za libido, ejakulację, orgazm, zapłodnienie, poród (wywołuje skurcze macicy) i karmienie piersią (powoduje wypływ mleka). W czasie porodu naturalnego, fizjologicznego oraz po nim, gdy pierwotny mózg funkcjonuje bez zakłóceń, ilość oksytocyny jest najwyższa. Dziecko produkuje swoją własną oksytocynę, inicjując akcję porodową. W ciągu kilku godzin po porodzie matka i dziecko są „zalane” hormonem wzajemnej fascynacji i zakochania, urzeczenia i miłości, dlatego od strony fizjologicznej najłatwiej wtedy dochodzi do „sklejenia” emocjonalnego i utrwalenia więzi. Każde karmienie piersią związane jest z wyrzutem oksytocyny, która dla matki i dziecka jest hormonalnym spoiwem obopólnej więzi.

Endorfiny to grupa hormonów odpowiedzialnych za dobre samopoczucie, zadowolenie, podniecenie, doznanie rozkoszy, szczęścia. W czasie porodu fizjologicznego i matka i dziecko wydzielają endorfiny, dlatego tuż po porodzie, endorfiny wzmacniają działanie prolaktyny i oksytocyny, powodują wzajemne zauroczenie, „odpływanie” obojga ze szczęścia, miłosne zespolenie ciał, zmniejszenie znaczenia bólu porodowego dla matki. Endorfiny są też naturalnym środkiem przeciwbólowym (mają działanie morfinopodobne), dlatego bliskość fizyczna podobnie jak w akcie seksualnym wywołuje upojenie endogennymi substancjami opiumopodobnymi, które skutkują wzajemnym „uzależnieniem”. Karmienie piersią wzmacnia wydzielanie endorfin (po 20 min. karmienia wartość endorfin osiąga wartość szczytową), co zapewnia dziecku częste i długie przebywanie w ramionach matki. Kontakt z rodzicami jako pierwszymi obiektami miłości dziecka i osobami znaczącymi staje się kontaktem uszczęśliwiającym.

Podobnie jak ze strony dziecka tak i matki/rodziców istnieje wiele czynników, które w okresie okołoporodowym mogą zaburzyć kształtowanie się ich przywiązania do niego (np. Kornas-Biela, 2009, 2010a; Kosno, 2010; Czub, 2013). Są nimi np.: zasoby i osobowość opiekuna, odrzucenie przez własną matkę opiekuna i pozabezpieczny typ przywiazaniowy, nieszczęśliwe dzieciństwo, doświadczenie traumy, doznanie przemocy (np. poczęcie dziecka w wyniku gwałtu), trudności z poczęciem i związany z tym lęk o dziecko, porzucenie przez ojca dziecka, samotne

macierzyństwo, trudna sytuacja życiowa, odrzucenie dziecka w okresie prenatalnym, próba dokonania aborcji, niepomyślna diagnoza prenatalna, wstrzymanie się od wiązania z dzieckiem ze względu na komplikacje w ciąży lub ryzyko śmierci dziecka, bliźniactwo lub wieloraczość, silny i długotrwały stres, stan zdrowia fizycznego, zaburzenia zachowania i zaburzenia psychiczne (w tym depresja), uzależnienia, wsparcie ze strony najbliższych, satysfakcja ze związku małżeńskiego, zachowanie personelu medycznego. Czynniki te nie są determinantami rozwoju więzi i nawet współwystąpienie kilku z nich, jak uczy życie, nie musi powodować trudności w ukształtowaniu prawidłowego przywiązania z dzieckiem, stanowi jednak ryzyko nieprawidłowości. Rodzice adopcyjni mają szansę na kompensację powstałych braków.

6. Wskazania dla kształtowania więzi perinatalnej

Po urodzeniu najważniejszą potrzebą dziecka jest potrzeba zachowania życia (przetrwania), bezpieczeństwa i miłości. Nie można okazać dziecku miłości bez zapewnienia mu bezpieczeństwa, natomiast można zapewnić mu bezpieczeństwo bez miłości. Odłączenie dziecka od matki po urodzeniu, inkubator i personel szpitala zabezpieczają dziecku przetrwanie, ale nie mogą mu dać tej formy i tej porcji miłości, jaką noworodek potrzebuje do prawidłowego rozwoju swoich ludzkich możliwości. Żłobek może zaspokoić dziecku bezpieczeństwo i przetrwanie, zapewnić stymulację zmysłową i poznawczą, ale nie może mu dać warunków uczuciowych, jakie stwarza życie rodzinne.

Każda więź, aby mogła być utworzona, potrzebuje do tego warunków. Należą do nich czas, bliskość fizyczna, wzajemne oddanie i rytuały. Kształtowanie się więzi wymaga wspólnie spędzonego czasu, tzn. trudno ukształtować więź lub podtrzymywać, bez wspólnych chwil i im więcej ich, tym więź jest silniejsza. Im wcześniej w rozwoju, tym bardziej siła więzi zależy od czasu spędzonego przez dziecko razem z rodzicami. Nie da się tej zależności przekłamać. Wspólny czas jest budowniczym więzi.

Czas spędzany z dzieckiem jest ważnym czynnikiem wspomagającym przywiązanie. Reprezentacja poznawcza czasu tworzy się bardzo długo. Noworodek i niemowlę nie rozumie, co znaczą określenia czasowe. A ponadto czas jest przeżywany jako dłuższy, niż to jest dla rodziców. Sami pamiętamy, jak długa wydawała się nam godzina, dzień, tydzień. Dla noworodka zanurzonego w teraźniejszości czas jest jeden – ten obecny i nie jest w stanie czekać na opiekuna, dlatego jego nieobecność jest dramatyczna. Czas przeżyciowy noworodka to – teraz.

Dla noworodka wspólny czas z rodzicem oznacza bliskość fizyczną, gdyż nie można zapewnić go o dostępności matki, że jest blisko lub niedaleko, jeśli ono nie widzi ją lub nie słyszy. Rodzic musi być na wyciągnięcie ręki, na odległość możliwą

do objęcia wzrokiem. Potrzeba kontaktu skóra-skóra i oko-oko wymaga dostępności ciała rodzica dla ciała dziecka, możliwości przytulenia do piersi matki, to torsu ojca, noszenia na rękach, pieścizot. Dzięki bliskiemu kontaktowi rozwijają się w rodzicach kompetencje potrzebne do rozwoju więzi, jak rozumienie sygnałów płynących od dziecka (kiedy płacze dlatego, że jest głodne, mokre, zmęczone, odczuwa dyskomfort lub ból, chore) i właściwe reagowanie na nie, umiejętne odczytywanie jego potrzeb, aktywne współdziałanie z dzieckiem, podążanie za nim. W dziecku zaś rozwija się zaufanie do świata i ludzi, otwarcie na bliskie kontakty, eksplorowanie z ciekawością otoczenia, a tym samym poznawanie świata i nabywanie wiedzy o nim. Gdy rodziców nie ma w pobliżu, gdy ich nie widzi, to znaczy ich utratę (zniknięcie z jego życia), a im dziecko młodsze ta utrata zda się być bezpowrotną. Jego świat jest tu i teraz.

Małe dziecko bliskość uczuciową odbiera głównie przez bliski cielesny kontakt, dotyk i wzrok oraz prozodię mowy. Jeśli chodzi o dotyk, to dla dziecka jest ono bardzo ważnym zmysłem, gdyż jest odbieranym przez całe ciało. Dziecko rozpoznaje i reaguje na rodzaj dotyku – czy jest on czuły, delikatny, spokojny, rozluźniony, ciepły, z uszanowaniem ciała i jego aktualnej potrzeby dotykania czy też dotyk jest szorstki, pośpieszny, pełen napięcia i chłodny. Im młodsze dziecko tym bardziej potrzebuje wtulenia, dotyku ogarniającego całe jego ciało, przywarcia do ciała dorosłego całym swoim ciałem i rytmicznego kołysania.

Bliski fizyczny kontakt z dzieckiem, głaskanie go, wyzwała produkcję endorfin, które mają działanie uszczęśliwiające, uspakajające, kojące (morfinopodobne). Matczyny dotyk jest czynnikiem krytycznym, gdyż nawet w sytuacjach trudnych dla dziecka, bólowych powoduje zmniejszone wydzielanie hormonów stresu (oś przysadkowo-podwzgórzowo-nadnerczowa), glukokortykoidów (Walker, 2010). Dotyk jest warunkiem prawidłowej czynności układu immunologicznego (Reite, 1990). Neurolodzy stwierdzili, że brak dotyku w krótkim czasie prowadzi do spadku „aktywności jednego z enzymów koniecznego do wytwarzania kwasów nukleinowych i białek w tak ważnych organach ciała jak serce, płuca, mózg, śledziona”. Zaś odłączenie do matki, brak jej dotyku powoduje hamowanie wydzielania hormonu wzrostu i spadek wagi pomimo dobrego odżywiania (Wisłocka, 1991, s. 238). Dziecko często i czule dotykane lepiej rozwija się we wszystkich sferach, wykazuje prawidłowe przyrosty wagi i wzrostu, wzorce snu, jest spokojniejsze, ma dobry nastrój, mniej choruje wykazuje wyższy iloraz inteligencji (Eliot, 2003), a jeśli jest wcześniacze to szybciej nadrabia zaległości rozwojowe, ma mniej zaburzeń neurologicznych, a później nie jest „głodne dotyku”, nie poszukuje go za wszelką cenę, narażając się na wczesną inicjację seksualną, zmianę partnerów, seksualną przemoc.

Noworodek nie rozumie treści wypowiedzianych słów, nie zna całego kontekstu, jaki ma na myśli dorosły, gdy wypowiada dane słowa, ale odbiera

przekaz na drodze pozawerbalnej poprzez gesty, pantomimikę i prozodię języka, czyli intonację, szybkość wypowiedzianych słów, ich głośność oraz wysokość tonów mowy, akcenty. Każda osoba ma inny brzmieniowo głos i dziecko szybko uczy się odróżniać głos matki (którego uczy się najszybciej, bo pamięta go z okresu prenatalnego) oraz głosy najbliższych mu osób. Komunikacja z małym dzieckiem jest przede wszystkim komunikacją pozawerbalną, dlatego trzeba zwracać uwagę na jej uczuciowy kontekst, atmosferę emocjonalną środowiska, w jakim dziecko przebywa.

Więź tworzy się również przez rytuały. Są one związane z powtarzającymi się tymi samymi czynnościami, które wykonuje ta sama osoba w tym samym czasie, a które związane są z tymi samymi poprzednikami i następnikami. Ten sam rytm zdarzeń, stałość pewnych czynności, ich przewidywalność dają dziecku poczucie bezpieczeństwa, zrozumienia świata i pewności poruszania się w nim. Noworodek bardzo szybko uczy się w tym zakresie i powtarzalność czynności zapewnia uspokajające poczucie bezpieczeństwa.

Coraz bardziej uzmysławiamy sobie konieczność zaspakajania tych najważniejszych potrzeb dziecka na etapie jego pierwszych chwil po urodzeniu i w pierwszych miesiącach życia, stąd rozpowszechniony jest poród rodzinny, umożliwiający ojcu obecność przy dziecku od urodzenia, kładzenie noworodka na brzuchu matki, wczesne inicjowanie karmienia piersią, wprowadzanie systemu rooming-in (matka z dzieckiem) na oddziałach w szpitalnych, używanie kołysek, chustowanie, noszenie dziecka na nosidełku, stosowanie elementów muzykoterapii. W przypadku wcześniactwa lub hospitalizacji noworodka zachęca się rodziców do kangurowania i jak najczęstszego przebywania przy dziecku oraz spania z nim (bedding-in, co-sleeping).

7. Odmienność więzi rodzicielskiej ze względu na płeć rodzica

W czasach, kiedy głosi się brak różnic międzypłciowych, mówienie o różnicach jest niepopularne i oznacza narażanie się na krytykę. Ale rzetelny psycholog staje bezradny wobec faktów. Od pierwszych chwil życia noworodka przywiązanie ojcowskie różni się od matczynego, gdyż inna była już więź matki i ojca z dzieckiem przed jego urodzeniem. Więź matczyzna ma podłoże neurohormonalne, związana jest z procesami fizjologicznymi okresu ciąży, porodu, połogu i karmienia piersią. Ojciec nawet bardzo często przebywający z dzieckiem jest pod względem hormonalnym inaczej (mniej) przygotowany do podczytywania sygnałów, jakie nadaje noworodek. Jego wrażliwość na potrzeby dziecka jest inna (mniejsza), zdolność do bezwarunkowej miłości oraz poświęcenia na rzecz dziecka też zwykle jest inna. Jednak kontakt z dzieckiem na zasadzie sprzężenia zwrotnego (kuli śniegowej) w dużym stopniu rozwija wrażliwość i receptywność ojca na potrzeby dziecka oraz umiejętność współdziałania z nim (Kornas-Biela, 2014).

Czas, jaki ojciec poświęca dziecku już od pierwszych chwil, jest jednak niezwykle cenny dla dziecka. Ojciec ma bowiem inny kontakt zmysłowy z nim, tworzy inne typy konwersacji, inaczej reaguje na jego zachowania (Kornas-Biela, 1993/2004; 2014; Fijałkowski 1996). Jest dla dziecka kimś wyjątkowym, wprowadza go w świat innych doświadczeń niż matka. Ojciec ma też często wiele do przepracowania, aby dobrze podjąć więziotwórczy kontakt ze swoim dzieckiem (np. uporządkowanie relacji z własnym ojcem, pogłębienie więzi z matką dziecka – Kornas-Biela 1993/2004; Canfield, 2013). Towarzystwo dziecku od urodzenia i kształtowanie przywiązania do niego jest rozwojowe dla ojca, gdyż wchodzi on w przestrzeń nowych doświadczeń psychicznych i społecznych oraz metafizycznych i duchowych. Uczestnictwo w kreowaniu nowej osoby ludzkiej poprzez więź z nią niezmiernie ubogaca wewnątrz. Pomaga też w pogłębieniu więzi małżeńskiej, w rozwoju kompetencji rodzicielskich, w formacji moralnej. Jest okazją do rozkwitu męskiej osobowości.

8. Znaczenie kompetencji więziotwórczych w życiu osobistym i społecznym

Zaspokojenie potrzeby więzi a tym samym potrzeby bezpieczeństwa i miłości jest wyrazem podstawowej potrzeby przetrwania, dlatego jest tak ważne dla człowieka. Silna deprivacja w tym zakresie we wczesnym dzieciństwie może doprowadzić do załamania zdrowia fizycznego, chorób a nawet śmierci. Wskazuje to na fakt, iż potrzeba przywiązania ma charakter biopsychiczny – jest ściśle związana ze zdrowiem fizycznym i psychicznym.

Funkcją biologiczną przywiązania jest zapewnienie przeżycia, zaś psychologiczną jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa a na jego podstawie otwarcie się na świat rzeczy (rozwój poznawczy) i świat osób (rozwój emocjonalny i społeczny) (Białecka-Pikul, 2011, s. 194). Dla swojego prawidłowego rozwoju zarówno fizycznego jak i psychicznego dziecko musi mieć zaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa poprzez bliskość fizyczną i psychiczną oraz dostępność rodziców, jak też potrzebę miłości poprzez warunki dla tworzenia uczuciowej więzi z nimi. Dziecko rodzi się z potrzebą miłości, dlatego musi doświadczyć od pierwszych chwil po urodzeniu tego, że jest kochane bezwarunkowo, bez ograniczeń i zastrzeżeń, że dostanie to, czego potrzebuje. W tym okresie wczesnego dzieciństwa nie można rozpieścić dziecka swoją obecnością, czułością, pieśzcotami, przytulaniem, całowaniem, gdyż ono tego potrzebuje tak, jak potrzebuje powietrza i pożywienia. Ono tym „karmi” swoją psychikę, tym „oddycha” w rozwoju psychicznym.

Im wcześniej w rozwoju tym bardziej drugi człowiek jest nieodzowny i tym większe znaczenie ma jakość tej relacji na dalsze życie. O znaczeniu prenatalnej i perinatalnej więzi świadczą długofalowe skutki deprivacji w tym zakresie dla

osobowości (obniżony obraz siebie, poczucie własnej wartości, prężność psychiczna), zdrowia psychicznego, np. zaburzone formy przywiązania, stany niepokoju, napięcia, lęki, depresja, zaburzenia psychiczne (np. dysocjacyjne) i w zachowaniu, np. agresja, przemoc, wycofanie, izolacja, nadmierna nieśmiałość, ponadto trudności w uczeniu się, trudności w kontaktach z innymi, niskie kompetencje społeczne i empatia, występowanie patologii społecznej (np. Iniewicz i in., 2011; Czuby, 2013). Pozabezpieczone formy przywiązania wpływają negatywnie na relacje intymne w okresie dorosłości, np. na osamotnienie (Kornaszewska-Polak, 2015), unikowy typ przywiązania koreluje negatywnie z intymnością, namiętnością i zaangażowaniem (Juroszek, Haberla, Kubeczko (2012).

Więź z bliską osobą ma wpływ na zachowanie dziecka w ciągu całego przyszłego życia – decyduje o sposobie nawiązywania relacji z innymi ludźmi, na spostrzeganie świata i innych osób, a także na sposób widzenia własnej osoby i poczucie wartości. Na bazie wczesnego, stałego, bliskiego i ciepłego uczuciowo kontaktu rodziców z noworodkiem i niemowlęciem, z małym dzieckiem, kiedy w czasie niezliczonych godzin wspólnie spędzonego czasu dziecko jest podmiotem rodzicielskich uczuć i buduje swoje mocne, bezpieczne „ja”, swoje poczucie własnej wartości (jestem wart czasu i uczuć rodziców) i akceptacji siebie (jestem kimś, jestem wartościowy), a jednocześnie jest podmiotem wobec którego kierowane są i egzekwowane wymagania i oczekiwania otoczenia, którym musi się podporządkować. Dzięki zaistniałym uczuciowym więzom czyni to chętnie, tym samym kształtując w sobie podwaliny zdrowej moralności i kompetencji społecznych, inteligencji moralnej rozumianej jako „duchowa mądrość” (Kornas-Biela, Biela, Sobek, 2015).

Dziecko, które doświadczyło silnej i długotrwałej deprywacji potrzeby więzi między nim a rodzicami nie nadrobi straconego czasu. Więź ta już nigdy nie będzie taką, jaką mogłaby być, gdyby nie nastąpiła jej deprywacja w dzieciństwie. Ale skutki, jakie dla dalszego rozwoju niesie brak bezpiecznej więzi we wczesnym rozwoju nie są deterministyczne. Zależą one od bardzo wielu trudno identyfikowalnych czynników, np. temperamentu dziecka (wrażliwości na stymulację, ekspresji emocji), różnych jego genetycznie uwarunkowanych cech, stabilności środowiska, które utrwala zły styl przywiązaniowy. Miłość rodziców oraz ich bezpieczna dostępność dla dziecka stanowi bowiem konieczny, ale nie wystarczający warunek jego prawidłowego rozwoju poznawczego, uczuciowego, społecznego i moralnego.

Zakończenie

Na bazie społecznej natury człowieka, wrodzonej potrzeby więzi jako dynamizmu psychologicznego skłaniającego człowieka ku drugim, u dziecka rodzi się więź z każdą osobą, która często przebywa z nim i im częściej, tym więź staje się silniejsza. Więź jest więc warunkiem zachowań opiekuńczych rodziców, ich poświęcenia na rzecz dziecka, czasem wręcz heroicznych czynów, ich gotowości do tego, że są w stanie zrobić wszystko, aby uchronić je przed złem i kosztem własnego zdrowia zapewnić mu bezpieczeństwo lub zaspokojenie innych ważnych potrzeb. To dzięki więzi rodzice wstają do dziecka w nocy, nawet godzinami noszą płaczącego na rękach, czuwają przy chorym dniem i nocą przez wiele tygodni i miesięcy szpitalnego życia, rezygnują z rozrywek, z pracy zawodowej, a w sytuacji granicznej są w stanie troszczyć się o niego, zapominając o swoich potrzebach; ratując go, są gotowi samemu narazić się na niebezpieczeństwo utraty życia a nawet świadomie oddać za niego życie. Następstwem przywiązania jest rozwój współodczuwania, współrozumienia oraz współdziałania osób połączonych więzią uczuciową.

Zdolność do tworzenia więzi jest koniecznym fundamentem przetrwania rodziny, narodu i ludzkości. Więź zapewnia bowiem trwałość tych wspólnot. Ludzie różnią się jednak zdolnością do tworzenia więzi z innymi. Jedni z łatwością budują trwałe i bliskie relacje, są wierni i lojalni, nie żal im inwestowania czasu i środków finansowych, aby z zaangażowaniem podtrzymywać raz powstałą więź i okazywać ją w różnorodnej formie. Inni natomiast są skłonni mieć wielu znajomych, ale mało przyjaciół, gdyż nie mają potrzeby lub nie potrafią budować i podtrzymywać bliską więź. Osoby o słabej potrzebie więzi i umiejętności wchodzenia w relacje więziotwórcze nie zawiązują przyjaźni, nie wchodzą w związki małżeńskie, nie zakładają rodziny, nie angażują się w zadania wymagające odpowiedzialności na dłuższy czas. Preferują życie w pojedynkę lub przelotne, niezobowiązujące związki. Porzucają swoje dzieci i współmałżonków, nie interesując się nimi; odchodzą z miejsca pracy, kiedy nie spełnia ich oczekiwań; angażują się jedynie w krótkotrwałe akcje; nie interesuje ich genealogia rodzinna i przetrwanie pamiątek rodzinnych; nie przejmują się ani historią ani losem ojczyzny. Chłód uczuciowy i brak kompetencji więziotwórczych jest jednym z elementów osobowości psychopatycznej. Cechą tego antyspołecznego zaburzenia osobowości jest powierzchowność emocjonalna, brak empatii (nieliczenie się z przeżyciami innych), nieczułość, lekceważeniem norm i brak wyrzutów sumienia oraz poczucia winy. Brak więzi z ludźmi współgra ze skłonnością do agresji (podszytej lękiem) i przemocy.

Przemyślenia zawarte w powyższym artykule miały na celu uzmysłowić fakt, że dla kształtowania się zdolności do tworzenia więzi z innymi nigdy nie jest za wcześnie, ale często może być za późno. Dlatego tak ważne są warunki rozwojowo-

wychowawcze, jakie stwarzamy młodemu pokoleniu, zwłaszcza temu, które jest w pre- i perinatalnym okresie swojego rozwoju. Dzięki wczesnemu doświadczeniu bezpieczeństwa i miłości, będzie w stanie rozwinąć się ku pełni człowieczeństwa i czerpać radość z więzi ze światem przyrody, z ludźmi i z Bogiem.

Bibliografia:

- Ainsworth M. D.S (1979), *Infant-mother attachment*, *American Psychologist*, nr 10 (34), pp. 932-937.
- Ainsworth M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bartosz B. (2002), *Doświadczenia macierzyństwa: analiza narracji autobiograficznych*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Bereza B., Szymczuk D. (2016), Psychologiczne uwarunkowania prawidłowych relacji w rodzinie, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 4 (28), pp. 173-182.
- Białecka-Pikul M. (2011), Wczesne dzieciństwo, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka*, J. Trempała (red.), (s. 172-201), Warszawa: PWN.
- Bielawska-Batorowicz E. (1995), *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Bielawska-Batorowicz E., Błaszczuk B., Fijak S., Kostrzewa K., Olsienkiewicz D., Pabich D., Przedborska A. (2002), Kształtowanie się więzi emocjonalnej ojca z dzieckiem w okresie ciąży i po porodzie, *Psychologia Rozwojowa*, nr 2 (7), s. 61-69.
- Bieleninik Ł., Preis J., Bidzan M. (2010), Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach wielopłodowych i pojedynczych, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3(3), s. 223-231.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, Warszawa: PWN.
- Brzezińska A. (2001), Dzieciństwo z perspektywy cyklu życia człowieka, (w:) *Oblicza dzieciństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 255-272), Lublin: TN KUL.
- Bushnell I. W. R. (2003), Newborn Face Recognition, (w:) *The Development of Face Processing in Infancy and Early Childhood: Current Perspectives*, O. Pascalis, A. Slater (red.), (pp. 41-53). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Canfield K. (2013), *Tworzenie więzi. Dla ojców niemowląt*, tłum. E. Natanek, Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.
- Chachulska T (1999), Ręce matki – ciało dziecka, (w:) *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, H. Olechnowicz (red.), (s. 124-132), Warszawa: WSiP.

- Czub T. (2013), *Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* (w:) *Psychologiczne portrety człowieka*, A.I. Brzezińska (red.), (s. 67-93), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Eliot L. (2003), *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, tłum. A. Jankowski, Poznań: Media Rodzina
- Erikson E. (2000), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, tłum. P. Hejmej, Warszawa: Rebis.
- Fantz R.L. (1963), Pattern vision in newborn infants, *Science*, 140 (3564), pp. 296-297.
- Fijałkowski W. (1985), *Dar rodzenia*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fijałkowski W. (1989), *Ku afirmacji życia*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fijałkowski W. (1996), *Ojcostwo na nowo odkryte*, Pelplin: Wydawnictwo Diecezjalne.
- Gava L., Valenza E., Turati C., de Schonen S. (2008), Effect of partial occlusion on newborns' face preference and recognition, *Developmental Science*, nr 4 (11), pp. 563-574.
- Geisel E. (1995), *Przyszłość miłości. Wydzielanie hormonów i rodzaje zachowań*, (w:) *Poród wydarzeniem rodzinnym* (s. 23-30). Warszawa: Stowarzyszenie na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.
- Golańska Ż. (1989), Interakcja matki z dzieckiem w okresie prenatalnym, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, Supplement, pp. 65-70.
- Harlow H. (1969), *Miłość u dzieci reżusów*, (w:) *Środowisko a życie psychiczne. Wybór artykułów z Scientific American*, K. Jankowski (red.), (s. 109-126), Warszawa: PWN.
- Holinger P.C. (2006), *Co mówią dzieci, Dziewięć sygnałów używanych przez dzieci do wyrażania uczuć zanim nauczą się mówić.*, tłum. A. Cichowicz, Poznań: Media Rodzina.
- Iniewicz G., Dziekan K., Wiśniewska D., Czuszkiewicz A. (2011), Wzory przywiązania i lęk u adolescentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji, *Psychiatria Polska*, nr 5 (45), s. 693-702.
- Izdebska H. (1973), *Więź rodzinna*, Warszawa: PZWS.
- Juroszek W., Haberla O., Kubeczko W. (2012), Zależności między stylami przywiązania a intymnością, namiętnością i zaangażowaniem u narzeczonych, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 10, s. 89-101.
- Kirkilionis E (2011), *Więź daje siłę. Emocjonalne bezpieczeństwo na dobry początek*, tłum. J. Maksymowicz-Hamann, Warszawa: Mamania.
- Kornas-Biela D. (1992), Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju, (w:) *Problemy psychologii prenatalnej*, A. Biela, Cz. Walesa (red.), Lublin: PTP.
- Kornas-Biela D. (1993/2004), *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

- Kornas-Biela D. (2000/2004, wyd. III), Okres prenatalny, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), (s. 15-46), Warszawa: PWN (wyd. I: 2000, s. 17-46).
- Kornas-Biela D. (2003). Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Przegląd Psychologiczny*, nr 2 (46), s. 179-196.
- Kornas-Biela D. (2009), *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela D. (2010a), Bliźnięta i wieloraczki w pre- i perinatalnym okresie rozwoju, (w:) *Rozwój bliźniąt w ciągu życia. Aspekty biopsychologiczne*, T. Rostowska, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), (s. 65-99), Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kornas-Biela D. (2010b), Pedagogika prenatalna, (w:) *Pedagogika. Subdyscypliny i dziedziny wiedzy o edukacji*, B. Śliwerski (red.), (s. 149-173), tom 4, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
- Kornas-Biela D. (2011), *Okres prenatalny*, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, J. Trempała (red.), (s. 147-171), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kornas-Biela D. (2014), *Ojciec w prenatalnym okresie życia dziecka*, (w:) *Ojcostwo dzisiaj*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 155-170), Lublin: Fundacja Cyryla i Metodego–Inicjatywa Tato.Net.
- Kornas-Biela D., Biela A., Sobek J. (2015), *Inteligencja moralna*, (w:) *Leksykon socjologii moralności*, J. Mariański (red.), (s. 261-267), Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Kornaszewska-Polak M. (2015), Przywiązanie i osamotnienie w bliskich relacjach, *Roczniki Pedagogiczne*, nr 3 (7), s. 25-43.
- Kościński K. Ekologia ewolucyjna naczelných - wykład monograficzny. Instytut Antropologii, Wydział Biologii, UAM, Poznań,
<http://www.staff.amu.edu.pl/~krzychu/EkolEwolNacz/07.pdf>. Dostęp: 20.02.2017.
- Kosno M. (2010). Kształtowanie się więzi między rodzicami a noworodkiem w pierwszych godzinach po porodzie, (w:) *Dziecko – aktywny uczestnik porodu. Zagadnienia interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), (s. 45-55), Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lorenz K. (1977), *Odwrotna strona zwierciadła. Próba historii naturalnej ludzkiego poznania*, tłum. K. Wolicki, Warszawa: PiW.
- Main M., Solomon J. (1986), Discovery of a New, Insecure-Disorganized/Disoriented Attachment Pattern, (w:) *Affective Development in Infancy*, M. Yogman T.B. Brazelton (red.), (pp. 95-124), Norwood, NJ: Ablex.
- Main M., Solomon J. (1990), Procedures For Identifying Infants as Disorganised/Disoriented During The Ainsworth Strange Situation,

- (w:) *Attachment in the Preschool Years*, M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (red.), (pp. 121-160), Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Meltzoff A.N., Moore M.K. (1977), Imitation of facial and manual gestures by human neonates, *Science*, nr 198 (4312), pp. 74-78.
- Meltzoff A.N., Moore M.K. (1983), Newborn infants imitate adult facial gestures, *Child Development*, nr 3 (54), pp. 702-709.
- Nitecka E. (1992), Dialog z dzieckiem w wewnątrzłonowej fazie życia, (w:) *Problemy psychologii prenatalnej*, A.Biela, Cz. Walesa (red.), (s. 261-266), Lublin: PTP.
- Nowak M. (2001), *Antropologiczne podstawy pedagogiki dzieciństwa*, (w:) *Oblicza dzieciństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 161-179), Lublin: TN KUL.
- Pawlicka P., Chrzan-Dętkoś M., Lutkiewicz K. (2013), Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem, *Family Forum*, 3, s. 139-154.
- Pisula E. (2003), *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Popławska E., Śliwowska S. (2011), Więź emocjonalna z dzieckiem, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2(6), s. 28-39.
- Reite M. (1990), Effects of Touch on the Immune System, (W:) N. Gunzenhauser (Red.), *Advances in Touch. New Implications in Human Development* (pp. 22-31), Skillman, NJ: Johnson&Johnson Consumer Products.
- Rutter M. (1979), Maternal Deprivation, 1972-1978: new findings, new concepts, new approaches, *Child Development*, nr 2 (50), pp. 283-305.
- Simion F., Leo I., Turati C., Valenza E., Dalla Barba B. (2007), How face specialization emerges in the first months of life, *Progress in Brain Research*, nr 164, pp. 69-85.
- Turkewitz, G., Kenny, P. A. (1982), Limitations on input as a basis for neural organization and perceptual development: A preliminary theoretical statement, *Developmental Psychobiology*, nr 15, pp. 357-368.
- Walker C.D. (2010), Maternal touch and feed as critical regulators of behavioral and stress responses in the offspring, *Developmental Psychobiology*, nr 7 (52), pp. 638-560.
- Walton G.E., Bower N.J.A., Bower T.G.R. (1992), Recognition of familiar faces by newborns, *Infant Behavior and Development*, nr 2 (15), pp. 265-269.
- Winnicott D.W. (1971), *Therapeutic Consultation in Child Psychiatry*, London: Hogarth Press.
- Wiśłocka M. (1991), *Sztuka kochania: witamina "M"*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo "Iskry".
- Zalewska K.T., Sztyber B. (2010), Nawiązanie kontaktu z dzieckiem i jego wizualizacja w życiu wewnątrzmacicznym, *Położna. Nauka i Praktyka*, 12, s. 44-49.

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 domokrażni 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. Ubezwłasnowolnienie 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., Otfinowska 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.
- Mierziński 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.

dr nauk prawnych, lek. med. Iwona Wrześniewska-Wal
*p.o. kierownik Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego
w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*

Lekarz wobec prokreacji Wybrane zagadnienia Kodeksu Etyki Lekarskiej

Wstęp

Potęga płynąca z rozwoju medycyny stawia współczesnego człowieka przed pytaniami, które nie mogłyby się zrodzić jeszcze kilka lat temu. Powstaje dylemat między dążeniem do poznania, ulepszania, innowacji a ochroną podstawowych praw człowieka. Opinie, że stawką w tej grze jest przyszły kształt naszej cywilizacji, nie wydają się przesadzone (Przyłuska-Fischer, 1999). Na tym tle wyraźnie widoczna jest potrzeba etyki w medycynie. Większość problemów etycznych we współczesnej medycynie koncentruje się wokół systemu rozrodczego ze względu na jego unikatową naturę. Ma on związek z życiem i źródłem życia (Dunn, 1997). Słuszne wydaje się stwierdzenie, że nie wszystko, co w nauce możliwe, powinno być prawnie a tym bardziej moralnie dopuszczalne. Współczesne technologie biomedyczne otwierają przed potencjalnymi rodzicami różnorodne opcje reprodukcyjne. Być może za kilkanaście lat pojawi się techniczna możliwość reprodukcyjnego klonowania człowieka, ektogenezy czy germinalnej inżynierii genetycznej, a co za tym idzie możliwość „genetycznego ulepszenia”, bądź „genetycznego pogorszenia” przyszłego potomstwa. Każda z tych nowych technologii będzie rodziła pytanie o jej przynależność do sfery ludzkiej wolności prokreacyjnej oraz o etyczne i prawne granice swobodnego z niej korzystania (Różyńska, 2016). Postęp w medycynie potęguje wołanie o etykę a przede wszystkim o uniwersalne normy etyczne, wszystkim dostępne zasady postępowania obowiązujące wszystkich bez wyjątku (Olejnik, 1995). Oparciem dla lekarza jest etyka lekarska. Jednak punktem wyjścia dla rozpatrywania etyki lekarskiej musi być etyka ogólna. Lekarz jest bowiem człowiekiem i spełnia szczególną rolę wobec innych ludzi (Olejnik, 1995). Etyka lekarska często sprowadzana jest do deontologii jako zbioru powinności lekarza. W tym charakterze była wykładana na wielu wydziałach lekarskich. Nie chodzi jednak o zbiór wskazówek postępowania dla lekarza, ale o umiejętność odróżnienia dobra od zła, o wiedzę nie tylko jak należy postąpić, ale także rozumieć dlaczego. Etyka ma przygotować lekarza nie tylko do tego co zawarte jest w konkretnych przepisach deontologicznych, ale także do

sytuacji nieujętych w normy, w jakich nieraz musi działać i podejmować decyzje (Brzeziński, 2011).

1. Kodeks Etyki Lekarskiej

Najbardziej znanym etycznym przewodnikiem lekarzy jest przysięga Hipokratesa. Obowiązuje ona lekarzy na całym świecie, tyle że w różnych formach. Do dziś wszyscy absolwenci studiów medycznych w Polsce składają przyrzeczenie lekarskie, które znajduje się we wstępie do Kodeksu Etyki Lekarskiej¹. Uchwalony przez samorząd zawodowy Kodeks Etyki Lekarskiej jest czymś więcej niż tylko pisanym zbiorem zasad, którymi każdy lekarz powinien się posługiwać, wykonując swój zawód. Nadaje temu zawodowi odpowiednią rangę, wskazuje na jego wymiar publiczny, stawia go na równi z misją (Wojnar, 2014). Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się również do pewnych szczególnych zagadnień w działalności medycznej lekarza mianowicie do prokreacji. Rozdział zatytułowany: „Prokreacja” obejmuje trzy przepisy, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do pacjenta w sytuacji wyjątkowo delikatnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia. Przepis art. 38 Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się do wszystkich pacjentów w ogólności (a nawet nie pacjentów), w szczególności zaś osób zainteresowanych poczęciem i urodzeniem dziecka. Przepis odnosi się także do postępowania lekarza bez odniesienia do konkretnej relacji z danym pacjentem czy pacjentami. Z kolei przepis art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej znajduje zastosowanie w konkretnych sytuacjach, w których lekarz ma do czynienia z kobietą ciężarną. Przepis nakłada na lekarza obowiązek konkretnego działania i nie stanowi ogólnego nakazu postępowania, ale normę, która będzie się aktualizować zawsze wówczas, gdy lekarz będzie miał do czynienia z pacjentką ciężarną (Haberko, 2014). Trzeci przepis art. 39a Kodeksu Etyki Lekarskiej zabrania uczestniczyć lekarzom w procedurach klonowania ludzi zarówno dla celów reprodukcyjnych jak i terapeutycznych. Warto podkreślić, że przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej dotyczące prokreacji należy analizować odnosząc się do ogólnych zasad postępowania medycznego, wynikających m.in. z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry², ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta³ a także do innych powszechnych źródeł prawa (m.in. Kodeks Cywilny, Kodeks Karny). Te ogólne normy postępowania lekarza wyznaczają także pozostałe przepisy Kodeksu Etyki

¹ Kodeks Etyki Lekarskiej tj. z dnia 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. Tekst dostępny na stronie http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U 2008 Nr 136, poz. 857 późn. Zm.).

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz.417 z późn. zm)

Lekarskiej (cały Kodeks składa się z 78 artykułów). W tym kontekście pojawiło się pytanie czy Kodeks Etyki Lekarskiej jest źródłem prawa⁴ czy tylko normą deontologiczną. Problem ten był przedmiotem wykładni Trybunału Konstytucyjnego⁵. Zdaniem Trybunału Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera normy mające charakter deontologiczny, które same przez się nie posiadają charakteru prawnego, należą bowiem do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. Zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się jednak i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnione jest więc twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej. Trybunał Konstytucyjny przesądził w tym orzeczeniu, że chociaż Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji RP, a jego normy mają charakter norm deontologicznych, to mogą dookreślać treść norm prawnych zawartych w ustawie o izbach lekarskich⁶.

2. Szczególna odpowiedzialność lekarza

Rozdział dotyczący prokreacji rozpoczyna się od art. 38 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który wskazuje, że lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Analiza prawna tych regulacji sugeruje, że „powinien” oznacza „musi”. Skoro jest to obowiązek lekarza to jak go odnieść do dalszej części przepisu, która mówi o „poczuci”. Co więcej owo poczucie, czyli w powszechnym rozumieniu zadawanie sobie sprawy ma być związane z odpowiedzialnością i to szczególną. Przepis ten należy rozumieć tak, iż lekarz powinien dołożyć szczególnej (najwyższej) staranności zawodowej, gdyż jej nie dołożenie będzie działaniem zawinionym skutkującym jego odpowiedzialnością zawodową (Haberko, 2014). Staranność zawodową lekarza określa art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas. W swojej treści przepis ten zawiera termin „należyta staranność”. Pojęcie postępowania z należyłą starannością zostało zapożyczony z prawa cywilnego – art. 355 § 1 Kodeksu cywilnego⁷.

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. (Dz.U. z 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm) ustanowiła zamknięty katalog źródeł prawa w Polsce. Rozdział III Konstytucji wymienia źródła prawa w sposób enumeratywny i wyczerpujący, jednak w tym uregulowaniu Kodeks etyki lekarskiej nie został uznany za źródło prawa.

⁵ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK 1992, Nr 2, poz. 38.

⁶ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.).

⁷ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)

Natomiast sama staranność w znaczeniu potocznym jest postawą charakteryzującą się sumiennością, rzetelnością, troską o ogólnie pojęte dobro drugiego. W specyfice zawodu lekarza ma ona zagwarantować maksymalną skuteczność jego działania w celu realizacji podstawowego dobra pacjenta, jakim jest jego zdrowie (Muszala, Jaranowski, 2014). Dla osiągnięcia staranności ważny jest czas poświęcony dla pacjenta. Sumiennność i obowiązkowość stanowi ważny element pracy dobrego lekarza. Niesumiennność w wykonywaniu obowiązków ze strony lekarza może wyrządzić choremu, i często wyrządza, niepowetowane szkody (Olejnik, 1995).

Wobec ciężącego na lekarzu obowiązku odnoszenia się z poczuciem szczególnej odpowiedzialności do procesów przekazywania życia rodzi się pytanie o użyte w przepisie słowa „proces przekazywania życia”. Niewątpliwie jest to proces połączenia męskich komórek rozrodczych z żeńskimi z intencją zainicjowania nowego ludzkiego istnienia. Obowiązki lekarza wobec procesu przekazywania życia ludzkiego nie zależą od sposobu, w jaki doszło do poczęcia. Przepisy zamieszczone w Kodeksie Etyki Lekarskiej pod tytułem: „Prokreacja” obejmują zarówno obowiązki lekarza w zakresie stosowania procedur związanych z przekazywaniem życia poczętego w wyniku fizycznego współżycia kobiety i mężczyzny, jak i poczętego w inny sposób (Haberko, 2005). Obecnie techniki wspomaganie medycznie prokreacji nie są już traktowane jako techniki eksperymentalne i niesprawdzone. Oddzielenie aktu seksualnego od poczęcia i zapłodnienia oraz dokonanie tego ostatniego poza organizmem człowieka daje szansę pomocy tym parom, które nie mogą spłodzić potomstwa i doczekać urodzenia zdrowego dziecka, stwarza jednak także liczne niebezpieczeństwa w posługiwaniu się zdobyciami medycyny i technologii w celach innych niż rodzicielskie, a nawet wykorzystanie ich w celach rodzicielskich niesie za sobą pewne problemy dla powstałego w ten sposób dziecka i rodziny (Haberko, Łuczak-Wawrzyniak, 2015).

Kolejny przepis art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej brzmi: „Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko”. W literaturze wskazuje się, że przepis ten jest nieprecyzyjny, ponieważ nie wiadomo komu lekarz powinien udzielić tych informacji (Haberko, 2014). Wydaje się jednak, że należy przyjąć, iż przepis ten nakłada na lekarza obowiązek informowania zainteresowanych tą problematyką pacjentów o procesach zapładniania i regulacji poczęć. Zatem odnosi się to do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach np. porad lekarskich. Ogólny obowiązek udzielenia informacji wynika z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry zgodnie z którym lekarz jest zobowiązany do udzielenia pacjentowi informacji o stanie zdrowia, metodach leczniczych i rokowaniu na przyszłość. Należy posługiwać się zrozumiałym dla pacjenta językiem. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że lekarz ma poinformować o skuteczności i o mechanizmie działania oraz o ryzyku (końcowy

fragment art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Realizacja ustawowego obowiązku poinformowania pacjenta umożliwia mu korzystanie z prawa do samostanowienia oraz pozwala na aktywne i świadome uczestniczenie w procesie terapeutycznym. Podobnie reguluje to art. 13 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”.

Ponadto omawiany art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, że lekarz powinien informować „zgodnie z wiedzą medyczną”. Jest to pewna odmienność w stosunku do ogólnych reguł udzielania świadczeń, gdzie wskazuje się, że lekarz powinien wykonywać swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną - art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Standardy postępowania medycznego w oparciu o aktualną wiedzę medyczną wypracowywane są na podstawie przepisów ustaw oraz rozporządzeń ministra zdrowia (wydawanych po konsultacji z konsultantami krajowymi) a także autorytetu, który posiadają medyczne towarzystwa naukowe. Mamy zatem w tym przypadku do czynienia z normami pozaprawnymi, często o charakterze norm moralnych oraz reguł zawodowych, według których oceniamy profesjonalizm lekarzem (sztukę wykonywania zawodu) oraz sumiennosc, czyli staranność lekarza (Haberko, 2009).

Art. 38 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazuje lekarzowi zapoznania pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka z możliwości współczesnej genetyki lekarskiej także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych. W przepisie tym zawraca uwagę sformułowanie „zapoznać”, co należy tłumaczyć jako „udzielić informacji”. Jednak obowiązek udzielenia informacji został obwarowany sankcjami, natomiast „zapoznanie” już nie (Haberko, 2014). Ponadto z art. 31 i 34 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz innych regulacji Kodeksu Etyki Lekarskiej wynika, że lekarz ma poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. W omawianym przepisie Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z prowadzeniem badań przedurodzeniowych.

3. Odpowiedzialność za dziecko i matkę

Kolejny art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Analizując ten przepis należy odnieść się do ochrony prawnej dziecka poczętego oraz zastanowić się czy jest pacjentem.

Orzecznictwo Trybunał Konstytucyjny wskazuje, że życie ludzkie człowieka, także w fazie prenatalnej, stanowi „wartość konstytucyjną”⁸, co oznacza, że podlega ochronie Konstytucji. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, iż ochrona macierzyństwa nie może przejawiać się wyłącznie w ochronie interesów kobiety ciężarnej i matki oraz wyraził zdanie, że równorzędnym podmiotem ochrony macierzyństwa, obok kobiety ciężarnej i matki, musi być płód i jego prawidłowy rozwój. Lekarz zatem z należytą starannością powinien dbać o oboje. Trybunał skonstatował także, że intensywność ochrony życia ludzkiego w „każdej fazie życia i w każdych okolicznościach ma być taka sama”. W ślad za tym Kodeks Etyki Lekarskiej wprowadza ochronę embrionu ludzkiego. „Eksperymenty na embrionach, które nie mają terapeutycznego znaczenia, są nielegalne. Nienormalne jest, aby produkować embriony, które są przeznaczone do badań i traktować jako nadający się do dowolnego wykorzystania materiał biologiczny np. dla transplantacji” (Dunn, 1997). Trzeci z omawianych przepisów dotyczących prokreacji art. 39a Kodeksu Etyki Lekarskiej zabrania uczestnictwa w klonowaniu embrionów ludzkich, i to nie tylko w celach reprodukcyjnych, ale również w tzw. celach terapeutycznych. „Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych”. Embrion ludzki chroni również artykuł 45 rozdziału II Kodeksu Etyki Lekarskiej zajmujący się kwestią eksperymentów. Lekarz uczestniczący w eksperymentach medycznych musi je przeprowadzać zgodnie z zasadami badań naukowych. Artykuł 45 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym. Kolejny ustęp tego artykułu dopuszcza tylko takie eksperymenty terapeutyczne na embrionach, które zgodnie z zasadą ryzyka proporcjonalnego przynoszą embrionom korzyść zdrowotną: „Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu”. Wskazane art. 45 ust. 2 i 3 Kodeks Etyki Lekarskiej odnoszą się zarówno do człowieka w stadium embrionalnym, rozwijającym się *in utero*, jak i do embrionu znajdującego się poza ustrojem kobiety (*in vitro*). Niedopuszczalnym byłoby różnicowanie pozycji prawnej samego dziecka poczętego w zależności od tego czy zostało poczęte naturalnie, czy pozaustrojowo oraz ze względu na to czy znajduje się w stanie preimplantacyjnym, czy rozwija się już w łonie matki. W tym kontekście, podzielić należy stanowisko doktryny, iż *de lege ferenda* embrion *in vitro* powinien przyjąć status dziecka poczętego (Puk, 2010). Podobnie chronią ludzki embrion normy podane w rozdziale IIb Kodeksu Etyki Lekarskiej odnoszące się do ludzkiego genomu. Kodeks Etyki Lekarskiej ujął zagadnienie ochrony genomu w

⁸ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., sygn. K. 26/96, OTK ZU z 1997, Nr 2, poz. 19.

jednym przepisie, którego zakres jest bardzo zbliżony do Europejskiej Konwencji Bioetycznej⁹. Przepisy Kodeksu są jednak skierowane do lekarzy, stąd np. zakaz dyskryminacji adresowany jest do lekarzy, zaś odpowiedni zakaz Konwencji ma zastosowanie powszechne (Gardocka, 2015). W artykule 51h ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej czytamy: „Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne”. Tak więc zakazy: eksperymentowania na embrionach ludzkich, eliminowania ich z powodów wad genetycznych, zakaz ich klonowania w celach reprodukcyjnych lub terapeutycznych – potwierdzają opowiedzenie się Kodeks Etyki Lekarskiej z 2003 r. za ochroną życia ludzkiego od jego początku (Biesag, 2006).

Zatem od momentu poczęcia kiedy ciężarna matka oddaje się pod opiekę lekarza ma on dwóch pacjentów oraz etyczny obowiązek, aby zapewnić profesjonalną opiekę i matce, i dziecku. Potwierdzają to regulacje o randze ustawowej oraz praktyka kliniczna realizowana w ramach różnych programów. W art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka¹⁰ czytamy, iż „W rozumieniu ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletniości”. Oznacza to, że należy przyjąć prezentowany w literaturze pogląd szeroko pojmowanej podmiotowości dziecka poczętego, co nakazuje lekarzom uznać go z pacjenta. Zatem skoro płód pozostaje dla lekarza pacjentem ma obowiązek uczynienia wszystkiego co możliwe dla ratowania jego życia i zdrowia (Haberko, 2014). Ponadto Ministerstwo Zdrowia w latach 2009 – 2013 prowadziło program: „Program kompleksowej diagnostyki i terapii chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków”, który został przedłużony na lata 2014-2017¹¹. Realizując ten program Ministerstwo zdrowia wskazało, że „Wdrożenie idei wewnątrzmacicznej terapii płodu stwarza pojęcie płodu jako pacjenta oraz nowy system opieki nad ciężarną i płodem” (Kmieciak, 2016).

Podsumowując analizowane przepisy i orzecznictwo należy przyjąć, że dziecko poczęte podlega ochronie prawnej, posiada podmiotowość i należy go uznać za pacjenta. Tym samym omawiany art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej zobowiązuje lekarza do podejmowania działań diagnostycznych i leczniczych wobec kobiety ciężarnej, jak i wobec jej dziecka. Działania te powinny być w ramach standardu należytej i najwyższej staranności zawodowej, gdzie konflikt między wyborem dobra, jakim jest życie i zdrowie matki oraz życie i zdrowie dziecka poczętego, będzie w miarę możliwości minimalizowany (Haberko, 2014).

⁹ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (zwana Konwencją Bioetyczną), przyjęta w Oviedo dnia 4 kwietnia 1997 r. Tekst Konwencji w j. angielskim dostępny na <http://www.conventions.coe.int/>; tłumaczenie polskie, w: T. Jasudowicz, *Europejskie Standardy Bioetyczne*. Wybór materiałów, Toruń 1998, s. 3-16.

¹⁰ Ustawa z 6 grudnia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2015, poz. 2086).

¹¹ Podstawa prawna programu: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Bibliografia:

- Biesaga T. (2006), Kodeks etyki lekarskiej, *Medyczna Praktyczna*, nr 9.
- Brzeziński T. (2011), *Etyka lekarska*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dunn H. (1997), *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów: Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos.
- Gardocka T. (2015), Ochrona genomu ludzkiego, *Medyczna Wokanda* nr 7.
- Haberko J. (2005), Obowiązki lekarza ginekologa stosującego techniki prokreacji wspomaganie medycznie, *Ginekologia Praktyczna*, nr 2, s. 11-18.
- Haberko J. (2009), Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii, *Medyczna Wokanda*, nr 1.
- Haberko J. (2010), *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa: Wolters Kluwes.
- Haberko J. (2014), Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38-39a Kodeksu Etyki Lekarskiej, *Medyczna Wokanda*, nr 6, s. 43-44.
- Haberko J., Łuczak-Wawrzyniak J. (2014), *Dobrodziejstwo nowoczesnych technik wspomaganie medycznie prokreacji czy problem rodziny czy dziecka*. Uwagi na tle projektu ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 16 lipca 2014 r., *Diametros* nr 44.
<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/download/675/779>
- Kmieciak B. (2016), *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa: C.H. Beck.
- Kodeks Etyki Lekarskiej tj. z dnia 2 stycznia 2004 r., uchwała VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r.
http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. (Dz.U. z 1997, Nr 78, poz. 483 z póź. zm).
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (zwana Konwencją Bioetyczną), przyjęta w Oviedo 4 kwietnia 1997 r. Tekst Konwencji w j. angielskim dostępny na <http://www.conventions.coe.int/>; tłumaczenie polskie w: T. Jasudowicz, *Europejskie Standardy Bioetyczne*. Wybór materiałów, Toruń 1998, s. 3-16.
- Muszala A., Jaranowski P. (2014), Kodeks etyki lekarskiej – odcinek 15: Z należytą starannością, poświęcając swój czas. *Medycyna Praktyczna*, nr 5, s. 114-116
- Olejnik St. (1995), *Etyka lekarska*, Katowice: Wydawnictwo Unia.
- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96, OTK ZU z 1997, Nr 2, poz. 19
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK z 1992, Nr 2, poz. 38

- Przyłuska-Fischer A. (1999), Praktyczne problemy genetyki - zarys problematyki, *Prawo i Medycyna*, nr 4.
- Puk M. (2015), Eksperyment medyczny w świetle Kodeksu Etyki lekarskiej. Zagadnienia problemowe, *Medyczna Wokanda*, nr 7.
- Różyńska J. (2016), *Rozwój i ochrona prawa reprodukcyjnych jako praw człowieka*, (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa dedykowana prof. Eleonorze Zielińskiej, B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska (red.)*, Warszawa: C.H. Beck.
- Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) - art. 48
- Ustawa z 6 grudnia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2015, poz. 2086).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U 2008 Nr 136, poz. 857 późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz.417 z późn. zm.).
- Wojnar A. (2014) O Kodeksie Etyki Lekarskiej, *Gazeta Lekarska*, nr 11, <http://gazetalekarska.pl/?p=11337>

prof. UKSW, dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta
dr Jarosław Jastrzębski, dr Renata Sikora
mgr Małgorzata Fiałek, mgr Paulina Trębicka
*Instytut Psychologii WFCH,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie*

Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna

Wprowadzenie

Utrudniona prokreacja jest poważnym problemem psychologicznym, źródłem głębokiego cierpienia: *„Niemożność posiadania dziecka to nie tylko niespełnienie oczekiwań i wymagań związanych z biologiczno-społeczną rolą mężczyzny i kobiety, ale także utrata potencjalnego obiektu miłości, zagrożenie dla poczucia własnej wartości, ograniczenie kontaktów społecznych, brak szans na przedłużenie własnego życia w egzystencji przyszłych pokoleń”* (Bielawska-Batorowicz, 1991, s. 104).

Utrudniona prokreacja (niepłodność) jest definiowana jako niemożność poczęcia dziecka, mimo utrzymywania regularnej aktywności seksualnej, bez stosowania metod antykoncepcyjnych, w okresie wynoszącym 12 miesięcy (Radwan, 2003). Niepłodność została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną (Rowe i in., 2000). W latach 1990-2010 wskaźniki bezpłodności na świecie zmieniały się w niewielkim stopniu. W roku 2010 na świecie ok. 50 milionów par nie miało dzieci po 5 latach prób (Mascarenhas i in., 2012). Liczba par zmagających się z problemem utrudnionej prokreacji jest różna w populacjach i waha się w granicach 10-20% (Sokalska i Pawelczyk, 2003). W Stanach Zjednoczonych 12% par ma problem z niepłodnością (Chandra i in., 2013), natomiast w Europie odsetek ten szacuje się na ok. 12-20%, w Polsce 15-20% par (Radwan, 2003). Najczęstszymi przyczynami niepłodności u kobiet są zaburzenia owulacji (ok. 40%), niedrożność jajowodów (30-35%) oraz zaburzenia hormonalne (25%). Do czynników ryzyka niepłodności u kobiet należą zapalenie jajników i jajowodów o różnej etiologii (rzeżączkowe, bakteryjne, choroby przenoszone drogą płciową), w przebiegu zabiegu usunięcia ciąży, związane z obecnością wkładki wewnątrzmacicznej (IUD) oraz przebyte operacje. Do najczęstszych przyczyn niepłodności u mężczyzn zalicza się aspermię, asthenospermię, zaburzenia spermiogenezy, zaburzenia hormonalne czynności jąder i inne. U mężczyzn czynnikami ryzyka niepłodności są m.in. choroby przenoszone

drogą płciową. Na płodność u obu płci wpływają leki, m.in. morfina i jej pochodne, kokaina, duże dawki estrogenów i kortykosteroidów, leki cytotoksyczne, neuroleptyki i antydepresanty. Ważnym czynnikiem ryzyka jest wiek; u kobiet - wiek powyżej 30 roku życia, u mężczyzn - powyżej 40 roku życia (Pisarski, 2008; Banaszewska, Basta, i Czajkowski, 2016).

Niektórzy autorzy podkreślają wagę czynników psychologicznych, które mogą przyczyniać się do utrudnionej prokreacji. Istnieją trzy różne psychogenne modele niepłodności, stanowiące że: (1) problemy psychiczne lub mechanizmy psychologiczne są wyłączną przyczyną problemów prokreacyjnych; (2) czynniki psychiczne są odpowiedzialne za niepłodność tylko w przypadku braku uwarunkowań biologicznych; (3) kołowa interakcja czynników psychologicznych i biologicznych prowadzi do utrudnionej prokreacji (model cyrkularny). W tym ostatnim modelu odwoływano się m.in. do silnego stresu, który może wpływać na poziom hormonów, odpowiedzialnych za rozrodczość. Z kolei trudności prokreacyjne pociągają za sobą wiele następstw psychicznych, takich jak: silny stres, obniżony nastrój, frustracja, załamania psychiczne, które dodatkowo oddziałują na reakcje fizjologiczne w organizmie, potęgując problemy z płodnością (van Balenn, 2002; Edelman i Golombok, 1989; Anders i Bruce, 1997; za: Bielawska-Batorowicz, 2006).

Jak wynika z przedstawionego powyżej modelu cyrkularnego, negatywne emocje, mogą pogłębiać problem niepłodności. Mimo wagi problemu, niewiele jest jeszcze badań nad uwarunkowaniem negatywnych stanów emocjonalnych, towarzyszących utrudnionej prokreacji. Niezwykle ważne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki psychologiczne mogą przyczyniać się do wzrostu negatywnych stanów emocjonalnych, u kobiet z utrudnioną prokreacją, w szczególności takich, jak stany depresyjne. Kluczowym czynnikiem wydaje się sposób radzenia sobie z silnym stresem związanym z niepowodzeniem w obszarze własnej płodności, tj. samorealizacji jako kobiety w roli matki. Celem pracy uczyniono więc zbadanie, czy styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna są związane z występowaniem objawów depresyjnych u kobiet z utrudnioną prokreacją.

1. Teoretyczne wprowadzenie do badań własnych

1.1. Stres utrudnionej prokreacji i sposoby radzenia sobie

Niemożność zajścia w ciążę i urodzenia dziecka jest stresorem uniwersalnym w każdej kulturze. Ze względu na wpływ, jaki ma na życie kobiety, bezpłodność jest określana stresorem chronicznym o „wyjątkowej sile oddziaływania” (Lykeridou i in., 2011). W przypadku bezpłodności mowa jest o efekcie kaskadowym stresu.

Początkowo kobieta (a także jej partner), radzą sobie z faktem niemożności zajścia w ciążę. Po okresie niepowodzeń, zwykle 12-18 miesięcy, wiele par decyduje się na leczenie. Proces diagnozy medycznej, psychologiczno-psychiatrycznej, a następnie nieinwazyjne lub inwazyjne leczenie uruchamiają kolejną grupę napięć, które stają się, każde z osobna, istotnymi przyczynami stresu przyczyniając się do jego eskalacji (Loftus i Andriot, 2012). Z bardzo silnymi wyzwaniem muszą sobie także radzić kobiety po nieudanych (czasami kilku) próbach zapłodnienia in-vitro (Peterson i in., 2006). Podkreśla się, że natężenie stresu w tak trudnej sytuacji jest ściśle związane z pragnieniem kobiety, a pośrednio i jej partnera. Im bardziej pragną zostać rodzicami, matką i ojcem, tym obciążenie i stres jest dla nich silniejszy (Kraaij, Garnefski i Vlietstra, 2008). Stres uruchamia proces radzenia sobie. W myśl koncepcji Richarda Lazarusa i Suzan Folkman (1984) radzenie sobie ze stresem to podejmowanie poznawczych i behawioralnych wysiłków, których celem jest przepracowanie problemu i regulacja przykrych emocji towarzyszących stresowi. Wysiłki te nazywane zostały stylami radzenia sobie ze stresem.

Lykeridou i wsp. (2011) zauważyli, że preferowane przez leczone kobiety strategie grupowały się wokół czterech grup. Grupa pierwsza to aktywne unikanie np. zaangażowanie w inne niż leczenie zajęcia, unikanie spotykania kobiet w ciąży lub z małymi dziećmi. Grupa druga to strategie aktywno-konfrontujące tj. ujawnianie emocji, aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego, poszukiwanie informacji, współpraca z lekarzem. Grupę trzecią stanowiły strategie polegające na pasywnym unikaniu np. nadzieja na cud, pasywne oczekiwanie na to, co się wydarzy. Ostatnią grupę stanowiły strategie polegające na przeformułowaniu i reinterpretacji tj. widzeniu dobrych stron sytuacji, wykorzystaniu problemu do rozwoju osobistego i pracy nad relacjami w parze. Co interesujące kobiety stosowały zarówno strategie aktywne, jak i pasywne – co mogło wynikać ze zmiennych kontekstualnych (wsparcie partnera lub jego brak), jak i ich poziomu dobrostanu psychicznego (faza leczenia, leki hormonalne, uwarunkowania osobowościowe i inne).

Kobiety stosują inne strategie radzenia sobie z bezpłodnością i jej leczeniem niż ich partnerzy. Schmidt, i in. (2005) badali predyktory stresu, wynikającego z problemów z płodnością w grupie 812 kobiet i mężczyzn, u których leczenie niepłodności zakończyło się niepowodzeniem. U kobiet predykatorem silnie odczuwanego stresu związanego z niepłodnością okazał się styl radzenia sobie ze stresem oparty na aktywnym unikaniu (np. angażowaniu się w inne czynności, by nie myśleć o problemach), omijanie miejsc gdzie przebywają kobiety w ciąży i dzieci. Znaczącym predykatorem niskiego poziomu stresu związanego z problemami z płodnością u mężczyzn, okazał się styl radzenia sobie oparty na aktywnej konfrontacji z problemem (szukanie porady u innych, wsparcia społecznego),

natomiast u kobiet - przeciętne lub częste wykorzystywanie stylu radzenia sobie opartego na rozumowaniu.

W badaniach polskich stwierdzono, że kobiety niepełodne częściej stosują styl skoncentrowany na unikaniu, niż kobiety bez problemu z płodnością. Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między badanymi stosującymi styl ucieczkowy, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, znacząca różnica dotyczyła unikania, polegającego na odwracaniu uwagi. Kobiety niepełodne, w sytuacjach trudnych prezentują znacząco większą skłonność do odwracania uwagi w porównaniu do kobiet bez problemu dotyczącego płodności. W badaniu nie odnotowano różnic dotyczących stosowania strategii skoncentrowanych na emocjach oraz na zadaniu (Bidzan, Józefiak, 2002; Siedlecka, 2003; za: Bidzan, 2006). Natomiast w badaniach Warawan i Wycisk (2013), okazało się, że kobiety niepełodne rzadziej stosują styl radzenia sobie oparty na emocjach niż kobiety pełne.

Szeroki wachlarz strategii radzenia sobie ze stresem związanym z bezpłodnością u kobiet opisali Benyamini i wsp. (2008), którzy korzystali z Kwestionariusza Radzenia Sobie z Bezpłodnością. W kwestionariuszu, którego konstrukcja oparła się na doświadczeniach leczących się na bezpłodność kobiet, znalazły się następujące strategie: społeczne wycofanie, zaprzeczanie, obwinianie się, zaniechywanie się, ukrywanie problemu, akceptacja, pozytywne przeformułowanie, kompensacja, inwestowanie w siebie, poszukiwanie wsparcia społecznego, planowanie, radzenie sobie przez praktyki religijne i nadzieja. Ten bogaty repertuar poznawczych i behawioralnych odpowiedzi na stres pokazuje na jak wiele sposobów usiłowały sobie radzić kobiety. W radzeniu sobie z niepłodnością leczące się pacjentki oraz osoby, które zaprzestały już leczenia (oczekujące na adopcję) stosowały, obok wymienianych strategii także inwestowanie w siebie, skupianie się na przyjemnych zajęciach, wzbudzanie nadziei, autokontrolę (Lee i in. 2010; Peterson i in. 2006).

Peterson i wsp. (2006) uważają, że pomiar strategii winien odbywać się w diadzie kobieta – partner, jako że strategie stosowane przez jedną osobę, mają wpływ na strategie stosowane przez współpartnera. Takie systemowe podejście powoduje potrzebę korelacji strategii stosowanych przez dwie osoby. Podjęli się jej Berghus i Stanton (2002). W jej efekcie uzyskali wyniki, ukazujące, że poziom zależności między stosowanymi przez diady strategiami jest niski lub umiarkowany. Było to związane przede wszystkim z tym, że kobiety były aktywniejsze od mężczyzn i miały wyższe wyniki we wszystkich mierzonych skalach (orientacja na problem, pozytywna reinterpretacja, religijne radzenie sobie, przepracowanie emocji, wyrażanie emocji). Dość silne zależności w stosowanych przez diady strategiach stwierdzili natomiast Jordan i Revenson (1999). Różnice między mężczyznami a kobietami dotyczyły przede wszystkim strategii polegających na przeskalowaniu i poszukiwaniu społecznego wsparcia. Zdaniem autorów wynika to z osobistej

sytuacji kobiety, która podejmując leczenie, w niektórych jego okresach musi radzić sobie sama. Podobieństwa miałyby wynikać m.in. ze wspólnego celu pary, jakim jest doczekanie się potomstwa. Z innych badań wynika, że choć dziecka pragną oboje partnerzy, dla mężczyzn sytuacja ta jest mniej obciążająca, a możliwości radzenia sobie inne (Lee i in. 2010).

Bezpłodność jest określana stresorem chronicznym o wyjątkowej sile oddziaływania. Dla mężczyzn sytuacja ta, jest mniej obciążająca niż dla kobiet. Istnieje stosunkowo wiele badań, dotyczących stresu i sposobów radzenia sobie u kobiet borykających się z utrudnioną prokreacją. Badania polskie pokazały, że najczęściej stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem przez kobiety z utrudnioną prokreacją jest (1) aktywne unikanie oraz (2) styl oparty na emocjach. Natomiast badania zachodnie ujawniły 4 style: (1) aktywne unikanie; (2) aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego i poszukiwanie informacji; (3) pasywne unikanie oraz (4) strategie polegające na rozumowaniu, przeformułowaniu, reinterpretacji. Powstaje pytanie, czy strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet z niepłodnością są skuteczne i chronią je przed rozwojem zaburzeń.

1.2. Depresja u kobiet z utrudnioną prokreacją a strategie radzenia sobie

Rozpoznanie niepłodności wiąże się u kobiet ze znacznym naruszeniem poczucia własnej wartości i prowadzi do niezadowolenia z siebie. Kobiety cierpiące na niepłodność, czują się ponadto przytłoczone trudnościami w relacjach społecznych, odczuwają presję otoczenia. Pojawiają się problemy w relacji z partnerem, takie jak poczucie winy, trudne relacje seksualne, czy obawa o porzucenie. Kobiety przeżywają także wątpliwości o charakterze egzystencjalnym, sens własnego istnienia staje się zagrożony (Downey i McKinsey, 1992, za: Bielawska-Batorowicz, 2006). Trudności prokreacyjne powodują u kobiet pojawienie się intensywnej reakcji emocjonalnych, głównie smutku i niepokoju. Po zapoznaniu z diagnozą, obniżeniu ulega satysfakcja z życia. Długotrwałe cierpienie wiąże się z silnymi ujemnymi emocjami, takimi jak szok i zaprzeczanie, bunt, poczucie krzywdy, zagubienie, niepewność (Peng i in., 2011; Sina, Ter Meulen i de Paula, 2010). Należy pamiętać, że emocje te towarzyszą kobietom przez wiele miesięcy, a czasami i lat. Kobiety mówią także o odczuwaniu poczucia winy i zagubienia, a często i skrajnej samotności. Przeżyciom tym towarzyszy poczucie smutku, rozpacz, pustki, lęku i niepewności (Sina, Ter Meluen i dePaula, 2010). Opisane powyżej skutki psychiczne, towarzyszące problemom prokreacyjnym, takie jak, długotrwałe i silne negatywne emocje, przygnębienie, rozpacz, poczucie bezsilności oraz znaczne naruszenie poczucia własnej wartości prowadzą do obniżenia nastroju, a w końcu – depresji (p. model depresji Becka, 1987).

Wiele badań potwierdza, że depresyjność kobiet, które pragną mieć dziecko, a nie mogą doczekać się potomstwa i poddają się w związku z tym leczeniu, jest istotnie wyższa niż poziom symptomów depresji w grupach kobiet nie zmagających się z tym problemem (np. Aisenberg i in., 2012; Berghuis i Stanton, 2002; Kraaij, Garnefski i Vlietstra, 2008). W jednym z wcześniejszych badań stwierdzono ponad 10-krotną różnicę częstotliwości objawów depresyjnych u kobiet z niepłodnością (29,7%) niż u kobiet bez tego problemu (2,7%) (Aghauwa i in., 1999; za: Bidzan, 2006). Z kolei z badań Dahan i in. (2001; za: Kowalczyk, Styla i Skrzypulec, 2006) wynika, że występowanie depresji i jej nasilenie jest 2-krotnie częstsze w porównaniu z grupą kontrolną.

Kobiety borykające się z problemem niepłodności podejmują działania w celu poradzenia sobie z ich niezwykle trudną sytuacją. Często te strategie nie są wystarczające i dlatego dochodzi do rozwinięcia się depresji. Jak wcześniej opisano, kobiety z utrudnioną prokreacją stosują szeroki wachlarz strategii radzenia sobie, takie jak: społeczne wycofanie, zaprzeczanie, obwinianie się, ukrywanie problemu, pozytywne przeformułowanie, kompensacja, inwestowanie w siebie, poszukiwanie wsparcia społecznego, planowanie, radzenie sobie przez praktyki religijne i nadzieja (m.in. Benyamini i wsp., 2008; Lykeridou i wsp., 2011).

Istotną rolę w radzeniu sobie z utrudnioną prokreacją, a tym samym zmniejszające ryzyko rozwoju depresji, ma wsparcie społeczne. Wyjaśnienie tego mechanizmu opiera się na tzw. „buforowej teorii wsparcia”, która głosi, że wsparcie społeczne osłabia związek między negatywnymi wydarzeniami życiowymi i ryzykiem rozwoju depresji (Cohen i Wills, 1985; Wheaton, 1985). Ten interakcyjny model stanowi, że w obliczu trudnych sytuacji życiowych, u jednostek z wyższym poziomem wsparcia rodziny, występuje mniejsze niebezpieczeństwo rozwoju depresji, niż u jednostek z niższym poziomem. Taką zależność potwierdzają np. badania Robakowskiej (2014), które wykazały, że ogromną pomocą dla kobiet z depresją jest wsparcie i dobre relacje z bliskimi. Odpowiadają one na potrzeby pacjentek związanych z oczekiwaniem akceptacji, troski i opieki ze strony rodziny.

Zachodzi pytanie, czy kobiety borykające się z niepłodnością mają wystarczające poczucie wsparcia u bliskich. Warawan i Wycisk (2013) badały subiektywną ocenę jakości związku u kobiet z niepłodnością. Okazało się, że kobiety z utrudnioną prokreacją charakteryzowały się wyższymi wynikami niż kobiety płodne w ocenie trwałości i jakości relacji, poziomu intymności i empatii w relacji małżeńskiej, sposobach rozwiązywania sytuacji konfliktowych i komunikacji w związku. Jednakże kobiety z grupy kontrolnej wyżej oceniały satysfakcję seksualną niż kobiety z niepłodnością. Dodatkowo autorki zaobserwowały dodatni związek między czasem starań o potomstwo, a jakością i trwałością związku oraz czasem leczenia, a empatią i trwałością związku. Opisane badania wskazują, że kobiety borykające się z niepłodnością prawdopodobnie mają odpowiednie poczucie

wsparcia w swojej sieci społecznej. Okazuje się jednak, że styl radzenia sobie ze stresem moderuje ocenę jakości relacji ze współmałżonkiem. Warawan i Wycisk (2013) stwierdziły u kobiet z niepłodnością ujemną korelację stylu opartego na emocjach, a oceną trwałości i jakości małżeństwa, umiejętnością rozwiązywania konfliktów, intymnością i empatią. Do podobnych wniosków skłaniają badania Schmidt, Holstein, Christensen, Boivin (2005), które zostały przeprowadzone na grupie 812 osób (kobiet i mężczyzn), u których leczenie niepłodności nie przyniosło spodziewanego rezultatu. Sprawdzano, czy style radzenia sobie ze stresem i strategie komunikacyjne są predyktorami stresu wynikającego z problemów z płodnością. Zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn, problemy w komunikacji z partnerem okazały się być predyktorami silnie odczuwanego stresu związanego z niepłodnością.

Kraaij, Garnefski, Vlietstra (2008) odkryli, że w radzeniu sobie z niepłodnością leczące się pacjentki stosowały katastrofizowanie oraz ruminację, polegającą na częstym powracaniu do myślenia o problemie i niejako oglądaniu go z wielu perspektyw. Zgodnie z teorią depresji Becka (1987), jednymi z najbardziej depresjogennymi stylami reagowania na stres jest katastrofizowanie oraz ruminacja. Tak więc, kobiety z utrudnioną prokreacją, stosujące wymienione powyżej strategie, są bardziej narażone na zaburzenia depresyjne, niż pacjentki stosujące inne sposoby radzenia sobie ze stresem.

Część kobiet, leczących się z powodu niepłodności, podejmuje strategie, które mogą chronić je przed rozwojem zaburzeń depresyjnych. Liczne badania jednoznacznie wskazują na dobroczynny wpływ na dobrostan psychiczny tych kobiet, próby przeformułowania problemu, tj. reinterpretacja trudności pod kątem znalezienia dobrej strony w przeżywanych trudnościach (Benyamini i in. 2008; Jordan i Revenson 1999; Kraaij, Garnefski i Vlietstra 2008). Choć może to się wydawać zaskakujące, nawet poszukiwanie dobrych stron w „chwilowym niebyciu matką” wiąże się z niższymi wskaźnikami depresji (Loftus i Andriot 2012). Na przykład, wykorzystywanie okresu „oczekiwania” na zdrowie prokreacyjne - pod kątem rozwoju osobistego (nauka nowych umiejętności, zdobywanie nowego zawodu itp.) lub sprawianie sobie przyjemności - wydawanie na siebie większych kwot, chodzenie do fryzjera, kosmetyczki, ćwiczenia fizyczne było związane z niższą depresyjnością u leczących się na bezpłodność kobiet (Lykeridou i in. 2011).

Z przywołanych badań wynika, że skupianie się na problemie, współpraca z lekarzami, czy monitorowanie swojego stanu zdrowia nie ma tak korzystnego wpływu na odczuwane przez kobiety emocje. Można spekulować, czy „niskodepresyjnym” kobietom towarzyszy optymizm i mniej lub bardziej jasno wyrażane przekonanie, iż zostaną matkami, czy też w tym wypadku strategie aktywnego unikania problemu są skutecznym sposobem na regulację silnych niekorzystnych emocji. Nie bez znaczenia jest też odczuwane przez kobiety

subiektywne poczucie kontrolowalności sytuacji, które może wynikać ze specyficznego stylu radzenia sobie z trudnościami (Benyamini, Gozlan i Kokia, 2009).

Interesujące badania przeprowadzili Aisenberg i in. (2012). W badaniu kobiet z wyjaśnioną i niewyjaśnioną przyczyną bezpłodności mierzono depresję oraz strategie radzenia sobie, niepokój, kortyzol we krwi oraz ewentualną obecność psychopatologii (kwestionariusz MMPI). Z uzyskanych danych wynika, że kobiety z niewyjaśnioną przyczyną bezpłodności w porównaniu z kobietami, u których stwierdzono przyczynę miały wyższy poziom emocjonalności (reagowania emocjonalnego, pobudzenia, spektrum emocji), miały one także istotnie mniej wsparcia emocjonalnego. Co dość zaskakujące, zmagając się z niepewnością co do przyczyn swoich trudności, nie miały istotnie wyższego poziomu depresji, w porównaniu z grupą kobiet, u których znaleziono biologiczną przyczynę bezpłodności. Wynik jest o tyle zaskakujący, że zwykle w przypadkach niewyjaśnienia trudności z zajściem w ciążę przyczyn upatruje się w psychicznej kondycji kobiety (a więc niejako się ją obwinia). Z drugiej strony poziom symptomów depresji mógł wynikać z nadziei (przeświadczenia, że uda się wyjaśnić ich „kondycję”).

Niewiele jest jeszcze badań, poświęconych poszukiwaniu związku między depresją i strategiami radzenia sobie ze stresem u kobiet z utrudnioną prokreacją. Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że związki te mogą być nietypowe, swoiste dla kobiet z utrudnioną prokreacją. Część kobiet stosuje strategie depresjorodne, takie jak, społeczne wycofanie oraz katastrofizowanie i ruminacje. Niektóre kobiety podejmują strategie, które mogą chronić je przed rozwojem zaburzeń depresyjnych, takie jak pozytywne przeformułowanie oraz strategie aktywnego unikania problemu.

1.3. Płeć psychologiczna a radzenie sobie ze stresem i depresja u kobiet z niepłodnością

Interakcyjny związek między płcią psychologiczną i poziomem stresu oraz depresją u kobiet z utrudnioną prokreacją nie jest jeszcze dostatecznie poznany. Przegląd badań i hipotez, dotyczący związków pomiędzy płcią, stresem i depresją, odnoszących się do populacji ogólnej, wskazuje, że istotną rolę w tym związku odgrywają czynniki psychologiczne i społeczno-kulturowe, głównie powiązane z rolami płciowymi. Zdrowie psychiczne podlega wpływowi społeczno-kulturowego konstruktu zarówno męskości, jak i kobiecości, poprzez przypisane płciowo role społeczne, stereotypy płci, normy, oczekiwania i wartości społeczne w stosunku do kobiet i mężczyzn (Trzęsowska-Greszta i in., 2017).

Sandra L. Bem (1981) stworzyła Teorię schematów płciowych i w oparciu o podstawy empiryczne wyodrębniła - w zależności od układu różnych cech

psychicznych związanych z płcią - następujące typy płciowe: (1) osoby określone seksualnie, odpowiadające społecznym definicjom kobiecości i męskości; (2) osoby nieokreślone seksualnie, które w niewielkim zakresie prezentują cechy kobiece i męskie; (3) osoby krzyżowo określone seksualnie, prezentujące cechy psychiczne, charakterystyczne dla płci biologicznie przeciwnej oraz (4) osoby „androgyniczne”, które mają wysoki poziom zarówno cech kobiecych, jak i męskich (Bem, 1981; 2000). Według Sandry L. Bem (1981), kobiety mające obraz własnej osoby, zgodny ze społeczno-kulturowym ujęciem kobiecości, mają wyraźną tendencję do zachowań, które są spójne ze zdefiniowaną społecznie rolą kobiety. Gdy nie mogą podjąć zadań, które są ich rolą zgodne, będą odczuwały niepokój i napięcie.

Kobiety z niepłodnością cechuje niska akceptacja siebie w roli kobiety, czują się one niekompletne i okaleczone (Zingler-Shani i in., 1979; Whiteford, Gonzales, 1995, za: Bidzan, 2006). Można się więc spodziewać, że problemy prokreacyjne będą większym obciążeniem psychicznym dla kobiet, które silniej identyfikują się ze swoją rolą płciową. Z badań wynika, że kobiety z utrudnioną prokreacją traktowały swoją niepłodność jako zagrożenie dla poczucia własnej wartości i przyczynę niezadowolenia z siebie (Mahlstadt, 1985; Klimek, 1995; za: Bidzan, 2006). Kobiety mówią o odczuwaniu swojej niepełnej wartości, „uszkodzeniu”, które przyczynia się do odczuwania poczucia smutku, rozpaczy i pustki, co często prowadzi do depresji (Sina, Ter Meluen i dePaula, 2010). Bielawska-Batorowicz (1991) podkreśla, że niemożność posiadania dziecka silnie zagraża zadaniom, jakie wiążą się z biologiczno-społeczną rolą kobiety. Po usłyszeniu diagnozy, kiedy to uświadamiają sobie niemożność spełnienia fundamentalnego zadania człowieka – reprodukcji, upośledzona zostaje pozytywna ocena własnego ciała, następuje utrata samoakceptacji, co może prowadzić do depresji (Drosdzol i in., 2006). Janczur-Bidzan (1995) podaje, że kobiety z niepłodnością cechuje niska akceptacja siebie w roli seksualnej, mniejsze poczucie własnej wartości, jak również stan napięcia, niepokoju i tłumionej lęklivosti. Zwraca także uwagę, że w niektórych badaniach nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami płodnymi i niepłodnymi w omawianym zakresie.

Związki między płcią psychologiczną i radzeniem sobie ze stresem zostały potwierdzone w badaniach osób z populacji ogólnej. Hirschy i Morris (2002) stwierdzili, że dla kobiet poczucie własnej skuteczności jest pozytywnie związane z poczuciem własnej wartości oraz męskim typem płci psychologicznej. Dodatkowo okazało się, że wysokie wyniki w „męskości” i poczuciu własnej wartości są związane z adaptacyjnymi formami sukcesu. Kimlicka, Cross i Tarnai (1983) przebadali 204 niezamężnych studentek pod względem płci psychologicznej, stosunku do własnego ciała i poczucia własnej wartości. Badacze wykryli, że płć androgyniczna i męska są do siebie podobne i związane z dobrą adaptacyjnością. Natomiast płć psychologiczna kobieca i nieokreślona są do siebie podobne

i związane ze słabą adaptacyjnością. Ponadto okazało się, że „androgyniczne” i „męskie” kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem poczucia własnej wartości, zadowolenia ze swojego ciała niż kobiety „kobiece” i nieokreślone płciowo.

Badania potwierdzają także związek pomiędzy nasileniem depresji i płcią psychologiczną. Szpitalak i Prochwicz (2013) badały 13 mężczyzn i 47 kobiet z zaburzeniami afektywnymi. Doniesienia wstępne pokazały, że płć psychologiczna wykazuje związek z poziomem depresyjności. Osoby androgyniczne charakteryzują się znacznie mniejszym nasileniem objawów depresji niż osoby nieokreślone seksualnie. Osoby określone seksualnie mają bardziej nasilone objawy depresji niż osoby androgyniczne. Osoby nieokreślone seksualnie odznaczają się większym nasileniem depresji niż osoby określone seksualnie. Zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn największym nasileniem objawów depresyjnych charakteryzują się osoby o nieokreślonej seksualności. Okazało się również, że „męscy” mężczyźni mają mniej nasilone objawy depresji niż „kobiece” kobiety. Najbardziej nasilone objawy depresji w grupie kobiet występują u pań nieokreślonych płciowo. U kobiet określonych płciowo stopień nasilenia depresji również jest wysoki. Natomiast niskim stopniem nasilenia objawów depresji charakteryzują się kobiety „androgyniczne” oraz „męskie”. Co ciekawe, „kobięcy” mężczyźni mają większe nasilenie depresji w porównaniu z mężczyznami określonymi płciowo i androgynicznymi.

Analiza badań nad zależnością między płcią psychologiczną, stresem i depresją potwierdza zakładany związek. Badania osób nieborykających się z problemem niepłodności wskazują na istnienie zależności pomiędzy płcią psychologiczną, stresem i depresją. Analiza badań na populacji ogólnej oraz Teoria schematów płciowych daje podstawę, aby zakładać, że kobiety „kobiece” mają wyższy poziom stresu i depresji z powodu własnej niepłodności, niż kobiety nieokreślone płciowo lub „androgyniczne”, z powodu niewypełnienia swojej roli płciowej.

2. Badania własne

2.1. Hipotezy

Na podstawie przeglądu literatury z zakresu obszaru podjętych badań, postawiono następujące hipotezy:

Hipoteza 1. Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej w taki sposób, że kobiety „kobiece” ujawniają wyższy poziom depresji niż kobiety „androgyniczne”.

Hipoteza 2. Skłonność do preferowania określonego stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet zmagających się z utrudnioną prokreacją zależy od płci

psychologicznej. Kobiety „kobiece” preferują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy, natomiast kobiety „androgyniczne” preferują styl skoncentrowany na zadaniu.

Hipoteza 3. Poziom depresji u kobiet borykających się z problemem prokreacji zależy od stylu radzenia sobie ze stresem. Kobiety ujawniające wyższy poziom depresji preferują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy w formie angażowania się w czynności zastępcze, natomiast te, które charakteryzuje niższy poziom depresji radzą sobie ze stresem stosując styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl unikowy w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich.

2.2. Osoby badane

Przebadano 65 kobiet, z utrudnioną prokreacją. Uczestniczki badania były w wieku od 25 do 30 lat. ($M=27,21$; $SD =1,47$). Czas starań o potomstwo każdej z badanych kobiet wynosił od 6 do 24 miesięcy ($M=16,46$; $SD=4,83$). Osoby badane zostały wylosowane z uczestników aktywnie biorących udział w dyskusjach na forum internetowym, dla kobiet bezskutecznie starających się o dziecko. Kobiety były zapraszane na spotkanie w celu wypełnienia kwestionariuszy, poprzez kontakt telefoniczny. Tylko kilka kobiet podczas rozmowy telefonicznej, odmówiło wzięcia udziału w badaniach. Wszystkie kobiety, z którymi się spotkano, zgodziły się wypełnić kwestionariusze.

2.2. Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Depresji Becka, Inwentarz do oceny Płci Psychologicznej oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych.

Inwentarz Depresji Becka (BDI) określa liczbę i stopień nasilenia symptomów depresji i został opracowany przez Aarona Becka (1961, 1988). Polskiej standaryzacji dokonali Parnowski i Jernajczyk (1977). Skala BDI składa się z 21. W ocenie stopnia nasilenia objawów depresji za pomocą Skali Depresji Becka przyjmuje się następującą punktację: powyżej 25 punktów – depresja o głębokim nasileniu, między 20 a 25 punktów – średni poziom depresji, między 10 a 19 punktów – depresja o łagodnym nasileniu, do 9 punktów - brak depresji (Parnowski i Jernajczyk, 1977).

Inwentarz do oceny Płci Psychologicznej jest skalą opracowaną przez Alicję Kuczyńską (1992a, 1992b), opartą na teorii schematów płciowych (*Gender Schema Theory*) Sandry Lipsitz Bem (1981, 2000). IPP składa się z 35 pozycji, wśród których 15 opisuje cechy stereotypowo przypisywane kobietom (skala Kobiecości), 15 – stereotypowo przypisywane mężczyznom (skal Męskości) oraz z 5 cech neutralnych pod względem stereotypu płci. Odpowiedni stosunek wyników uzyskanych w skali

kobiecości do wyników uzyskanych w skali męskości w połączeniu z płcią biologiczną pozwala na zakwalifikowanie osoby badanej do jednej z czterech kategorii, reprezentujących cztery różne typy płci psychologicznej: (1) osoby określone seksualnie („kobiecy” kobiety i „męscy” mężczyźni) charakteryzują się cechami psychicznymi, odpowiadającymi ich płci biologicznej, (2) osoby krzyżowo określone seksualnie („kobiecy” mężczyźni i „męskie” kobiety) - charakteryzują się cechami, odpowiadającymi przeciwnej płci niż ich płeć biologiczna, (3) osoby „androgyniczne” - charakteryzują się w dużym stopniu zarówno cechami kobiecymi, jak i męskimi, niezależnie od swej płci biologicznej, (4) osoby nieokreślone seksualnie - charakteryzują się niewielkim ukształtowaniem cech kobiecych i męskich (Kuczyńska, 1992a).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*) został stworzony przez N.S. Endlera i J.D.A. Parkera, a polskiej adaptacji dokonali J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski i P. Szczepaniak (2005). CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań ludzkich, w sytuacjach stresowych. Wyniki CISS ujmowane są na trzech skalach: Styl Skoncentrowany na Zadaniu (SSZ); Styl Skoncentrowany na Emocjach (SSE); Styl Skoncentrowany na Unikaniu (SSU). Styl SSU przyjmuje dwie formy: Angażowanie się w Czynności Zastępcze (ACZ) i Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich (PKT). Osoby wykazujące styl radzenia sobie ze stresem oparty na zadaniu, mają tendencję do podejmowania wysiłków, które prowadzą do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk kładą na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu. Osoby, które charakteryzuje styl skoncentrowany na emocjach, w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy i napięcie. Mają one skłonności do myślenia życzeniowego oraz fantazjowania. Działanie takie ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego, związanego z sytuacją stresową. Styl radzenia sobie ze stresem, skoncentrowany na unikaniu, powoduje u osób, które charakteryzuje, wystrzeganie się myślenia, przeżywania oraz doświadczania tej sytuacji.

3. Uzyskane wyniki

3.1. Statystyki opisowe i rozkład uzyskanych wyników

Przed przystąpieniem do właściwych analiz statystycznych analizie poddano liczbowe charakterystyki rozkładu wartości badanych zmiennych oraz ich zgodność z rozkładem normalnym. Pozwoliło to na wybór testów parametrycznych w dalszej analizie statystycznej, a także na zakwalifikowanie badanych kobiet do jednego z czterech typów płci psychologicznej.

Dane na temat rozkładu wyników w Inwentarzu Depresji Becka BDI zaprezentowano w tabeli 1. W grupie badanych kobiet średni poziom depresji wynosi $M=12,3$, mediana zaś równa jest $Me=9,00$, a to oznacza, że w Inwentarzu Depresji Becka BDI 50% badanych kobiet uzyskało wynik równy 10 i więcej punktów, co według przybliżonych norm jest podstawą do rozpoznania depresji. Współczynnik W testu Shapiro-Wilka jest istotny statystycznie, co należy interpretować jako odchylenie rozkładu badanej zmiennej od normalności, jednak wartości skośności (0,811) oraz kurtozy (-0,089) mieszczą się w przedziale od -1,00 do 1,00, co świadczy o tym, iż odchylenia te nie są znaczące. Wynik ten upoważnia więc do zastosowania statystyk parametrycznych w dalszych analizach.

Tabela 1. Statystyki opisowe i współczynniki testu Shapiro-Wilka dla wyników uzyskiwanych przez kobiety z utrudnioną prokreacją ($N=65$) w Inwentarzu Depresji Becka BDI

	M	SD	Me	Skośność	Kurtoza	W	p
Poziom depresji	12,3	9,45	9,00	0,811	-0,089	0,159	0,001

Według hipotez badawczych, zarówno poziom depresyjności, jak i style radzenia sobie ze stresem zależą od płci psychologicznej. W związku z tym, korzystając z odpowiedniego wzoru (Kuczyńska, 1992a) przeliczono wyniki badanych kobiet w skali Kobiecości i Męskości Inwentarza do badania Płci Psychologicznej IPP, aby zakwalifikować je do jednego z czterech typów płci psychologicznej. Dane na ten temat przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Liczebność grup kobiet z utrudnioną prokreacją ($N=65$) zakwalifikowanych do czterech typów płci psychologicznej na podstawie wyników w skali Kobiecości i Męskości Inwentarza do badania Płci Psychologicznej IPP

	Kobiece	Męskie	Androgyniczne	Nieokreślone	Łącznie
Liczebność grupy	28	2	25	10	65

Jak widać w powyższym zestawieniu, najliczniejszą grupę stanowiły kobiety określone seksualnie czyli „kobiece” kobiety ($n=28$) oraz kobiety charakteryzujące się dużym nasileniem cech psychicznych zarówno męskich, jak i kobiecych czyli kobiety „androgyniczne” ($n=25$). Do grupy osób krzyżowo określonych seksualnie zakwalifikowały się dwie kobiety, a do grupy osób nieokreślonych seksualnie – dziesięć kobiet. Z uwagi na tak niskie liczebności dwóch ostatnich grup w dalszych analizach statystycznych brano pod uwagę jedynie wyniki kobiet określonych

seksualnie, które stanowiły 44% badanych osób oraz kobiet androgynicznych, które stanowiły 38% badanych osób.

Tabela 3. Statystyki opisowe i współczynniki testu Shapiro-Wilka dla wyników uzyskiwanych przez kobiety z utrudnioną prokreacją (N=65) w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

	M	SD	Skośność	Kurtoza	W	p
SSZ	57,7	8,29	-0,258	-0,017	0,987	0,746
SSE	49,6	8,82	-0,307	0,547	0,998	0,772
SSU	43,8	7,41	0,423	-0,006	0,977	0,255
PKT	17,1	3,78	-0,128	-0,087	0,988	0,784
ACZ	18,4	4,77	0,306	-0,109	0,980	0,382

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

W tabeli 3 zaprezentowano statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w badaniu Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Jak widać współczynniki W testu Shapiro-Wilka okazały się nieistotne statystycznie, co świadczy o zgodności rozkładu wyników CISS z rozkładem normalnym i pozwala na stosowanie statystyk parametrycznych w dalszych analizach.

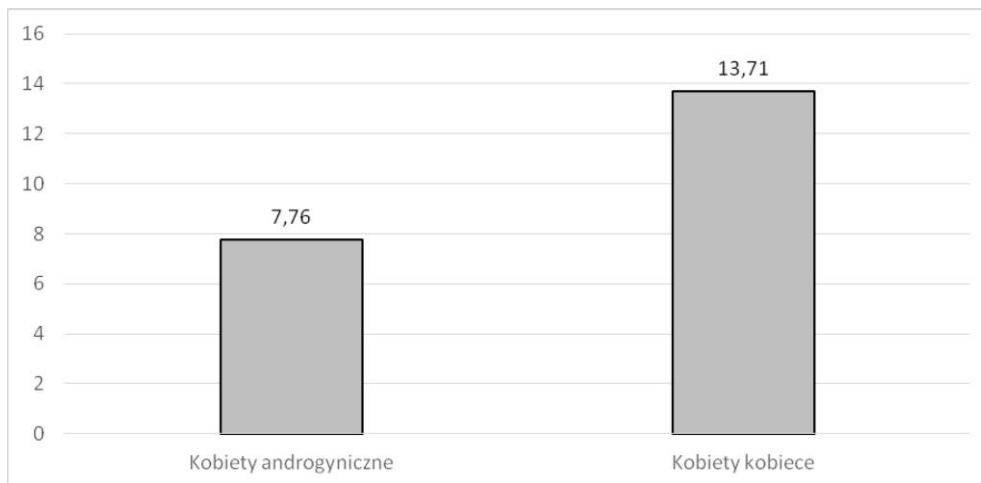
3.2. Płeć psychologiczna a poziom depresji u kobiet, zmagających się z utrudnioną prokreacją

Według pierwszej hipotezy poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Oczekiwano więc, że „kobiece” kobiety, tj. kobiety określone seksualnie, których płeć psychologiczna odpowiada płci biologicznej ujawniają wyższy poziom depresji niż kobiety „androgyniczne”, tj. kobiety, które charakteryzują się wysokim nasileniem cech psychicznych, przypisywanych stereotypowo zarówno kobietom, jak i mężczyznom.

Tabela 4. Średnie, odchylenia standardowe i współczynniki istotności różnic między kobietami androgynicznymi (N=25) a kobietami kobiecymi (N=28) w Inwentarzu Depresji Becka BDI

	Płeć psychologiczna			Test Levene'a		t(47,6)	p	d Cohena
		M	SD	F	p			
Poziom depresji	Androgyniczna	7,76	6,06	5,44	0,024	-2,86	0,006	-0,777
	Kobieca	13,71	8,99					

W celu weryfikacji tej hipotezy zastosowano test istotności różnic t-Studenta, za pomocą którego porównano wyniki kobiet androgynicznych z wynikami kobiet kobiecych w Inwentarzu Depresji Becka BDI. Aby ustalić wielkość ewentualnych różnic posłużono się testem d Cohena. Dane na ten temat zostały przedstawione w tabeli 4 oraz zilustrowane graficznie na wykresie 1.



Wykres 1. Średnie wyniki kobiet androgynicznych (N=25) i kobiecych (N=28) w Inwentarzu Depresji Becka BDI

Jak widać „kobiece” kobiety uzyskują wyraźnie wyższe wyniki w Inwentarzu Depresji Becka niż kobiety „androgyniczne”. Różnica ta jest istotna statystycznie ($t(47,61)=2,855$; $p<0,01$), a wielkość efektu tej różnicy należy uznać za znaczący ($d=0,777$). Wyniki te pozwalają stwierdzić, że wśród kobiet zmagających się z problemem prokreacji „kobiece” kobiety charakteryzują się znacząco wyższym poziomem depresji niż kobiety „androgyniczne”.

3.3. Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem

Zgodnie z oczekiwaniami sformułowanymi w hipotezie drugiej, wybór stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet zmagających się z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Przewidywania te weryfikowano, korzystając z testu istotności różnic t-Studenta, porównując wyniki uzyskiwane przez kobiety „kobiece” i kobiety androgynicznych w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.

Wyniki tych analiz zestawiono w tabeli 5, a średnie wyniki obu grup badanych kobiet zilustrowano graficznie na wykresie 2.

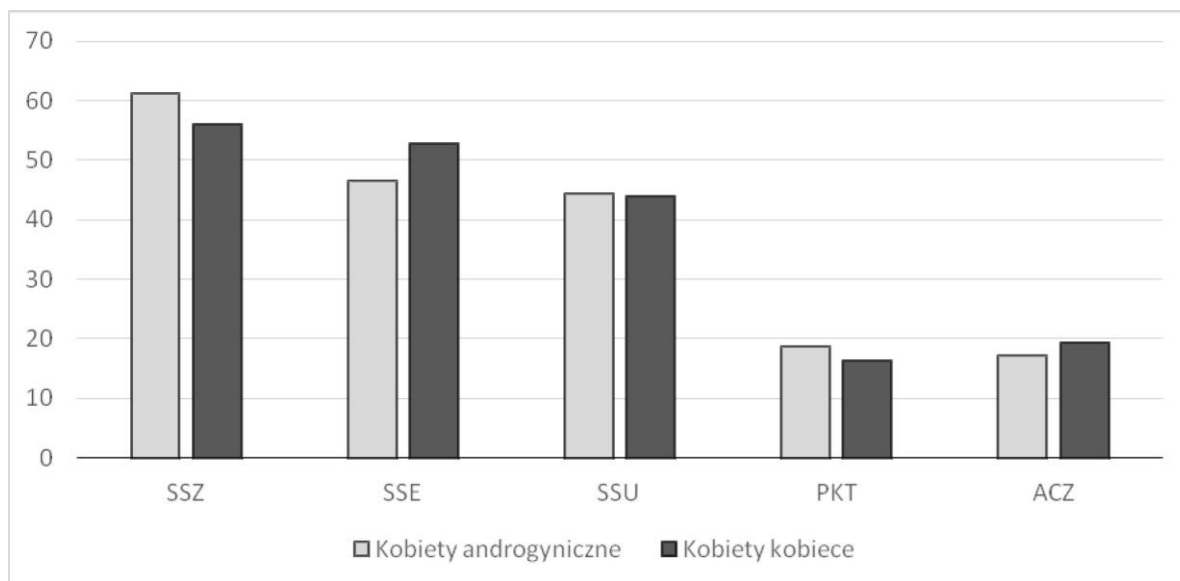
Tabela 5. Średnie, odchylenia standardowe i współczynniki istotności różnic między kobietami androgynicznymi (N=25) a kobietami kobiecymi (N=28) w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Styl radzenia sobie ze stresem	Płeć psychologiczna			Test Levene'a				d Cohena
		M	SD	F	p	t(51)	p	
SSZ	Androgyniczna	61,2	7,20	0,015	0,900	2,44	0,018	0,674
	Kobieca	56,0	8,08					
SSE	Androgyniczna	46,6	7,48	0,001	0,975	-2,91	0,005	0,802
	Kobieca	52,8	7,95					
SSU	Androgyniczna	44,4	7,62	0,656	0,422	0,293	0,770	0,080
	Kobieca	43,9	6,85					
PKT	Androgyniczna	18,6	3,38	0,376	0,543	2,41	0,020	0,662
	Kobieca	16,3	3,71					
ACZ	Androgyniczna	17,2	4,42	0,001	0,975	-1,71	0,093	0,471
	Kobieca	19,4	4,56					

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

Jak widać kobiety „kobiece” uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali SSE, która mierzy styl radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach ($t(51)=-2,91$; $p<0,01$), natomiast kobiety „androgyniczne” uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali SSZ, która mierzy styl skoncentrowany na zadaniu ($t(51)=2,44$; $p<0,05$) oraz w skali PKT, w której wyraża się styl skoncentrowany na unikaniu myślenia o problemie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($t(51)=2,41$; $p<0,05$).

Wartości efektów tych różnic d Cohena w każdym przypadku przekraczają 0,50 a więc należy je uznać za duże.



Wykres 2. Średnie wyniki kobiet androgynicznych (n=25) i kobiecych (n=28) w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

3.4. Style radzenia sobie ze stresem a poziom depresji

Kolejnym celem badań było ustalenie związków między poziomem depresji a stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Według hipotezy 3 oczekiwano, że kobiety, ujawniające wyższy poziom depresji preferują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy w formie angażowania się w czynności zastępcze, natomiast te, które charakteryzuje niższy poziom depresji radzą sobie ze stresem stosując styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl unikania polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Tabela 6. Współczynniki korelacji r-Pearsona między wynikami w Inwentarzu Depresji Becka BDI a wynikami w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS u kobiet z utrudnioną prokreacją (N=65)

	SSZ	SSE	SSU	PKT	ACZ
Poziom depresji	-0,290**	0,549**	0,099	-0,280*	0,355**

* p<0,05; ** p<0,01

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

Zaprezentowane w tabeli 6 współczynniki korelacji świadczą o występowaniu szeregu istotnych statystycznie związków między wynikami w Inwentarzu Depresji Becka BDI a wynikami w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Poziom depresji koreluje ujemnie z wynikami w skali SSZ, przeznaczanej do pomiaru stylu radzenia sobie poprzez koncentrowanie się na zadaniu ($r=-0,290$; $p<0,01$) i z wynikami w skali PKT, która mierzy styl radzenia sobie poprzez unikanie konfrontacji z problemem, wyrażający się poszukiwaniem kontaktów towarzyskich ($r=-0,280$; $p<0,05$). Jednocześnie poziom depresji koreluje dodatnio z wynikami w skali SSE, przeznaczanej do pomiaru stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach ($r=0,549$; $p<0,01$) i ze skalą ACZ, która mierzy styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu konfrontowania się z problemem poprzez angażowanie się w czynności zastępcze ($r=0,355$; $p<0,01$).

W ostatnim etapie analizy statystycznej podjęto działania zmierzające do ustalenia wkładu poszczególnych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych w zmienność poziomu depresji kobiet z utrudnioną prokreacją. Zastosowano w tym celu krokową analizę regresji wielokrotnej. Dane na ten temat przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wagi beta i współczynniki skorygowanej korelacji wielokrotnej R^2 w równaniu krokowej regresji wielokrotnej stylów radzenia sobie ze stresem wyjaśniających poziom depresyjności u kobiet z utrudnioną prokreacją (N=65)

	Poziom depresji	R^2
SSZ - Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,024	0,341
SSE - Styl skoncentrowany na emocjach	0,533	
SSU - Styl skoncentrowany na unikaniu	0,180	
PKT - Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,246	
ACZ - Angażowanie się w czynności zastępcze	0,126	

Do równania krokowej analizy regresji dla poziomu depresji względem 5 stylów radzenia sobie ze stresem wszedł: styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach (SSE) z dodatnim wkładem ($\beta=0,533$; $p<0,001$) oraz styl unikowy, wyrażający się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (PKT) z wkładem ujemnym ($\beta = -0,246$; $p<0,001$). Model był istotny statystycznie $F_{(2,62)}=17,6$; $p<0,001$, a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R^2 wynosił 0,341, co wyjaśnia 34% wariancji poziomu depresji.

4. Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania pokazały, że u kobiet z utrudnioną prokreacją występuje znaczne nasilenie zaburzeń depresyjnych. 50% badanych kobiet uzyskało w Inwentarzu Depresji Becka BDI wynik równy 10 i więcej punktów, co według przybliżonych norm jest podstawą do stwierdzenia zaburzeń depresyjnych. Średni poziom objawów depresyjnych u badanych kobiet (12,3 punktów w skali BDI) spełnia kryteria depresji o łagodnym nasileniu. Dla porównania, w populacji ogólnej odsetek zaburzeń depresyjnych u kobiet wynosi w badaniach polskich od 15% do 20% (m.in. Drózdź i in., 2007, Talarowska i in., 2009); w badaniach zachodnich - od 20 do 25% (m.in. Elavsky i Gold, 2008; Eaton i in., 2012). Tak więc, wyniki badań własnych są zgodne z dotychczasowymi badaniami, które wskazują, że poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją jest wyższy niż u kobiet bez tych trudności (p. 1.2).

Analiza statystyczna wyników badań potwierdziła hipotezę pierwszą: poziom depresji u kobiet z niepłodnością zależy od płci psychologicznej. Kobiety określone seksualnie, (kobiety „kobiece”), ujawniają istotnie wyższy poziom depresji niż kobiety „androgyniczne”, tj. kobiety, które charakteryzują się cechami psychicznymi, przypisywanymi stereotypowo, zarówno kobietom, jak i mężczyznom. Wyniki te są zbieżne z wynikami innych badań, dotyczących osób nie borykających się z problemem bezpłodności. Na przykład Szpitalak i Prochwicz (2013) stwierdziły u osób z zaburzeniami afektywnymi, że jednostki określone seksualnie mają bardziej nasilone objawy depresji niż osoby „androgyniczne”. A zatem, w przypadku kobiet z utrudnioną prokreacją związku między płcią psychologiczną i depresją są podobne, jak u osób z innymi problemami psychicznymi.

Zgodnie z oczekiwaniami sformułowanymi w hipotezie drugiej, wybór stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet zmagających się z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Kobiety „kobiece” preferują styl radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach, natomiast kobiety „androgyniczne” w znacznym stopniu preferują styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu myślenia o problemie, poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Podobne zależności uzyskano w badaniach osób z populacji ogólnej. Badania Terelaka i Kluczyńskiej (2007) pokazały, że kobiety „androgyniczne” częściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu i rzadziej - styl emocjonalny, w porównaniu z kobietami „kobięcymi”. Ponadto kobiety „androgyniczne”, w sytuacji stresowej, częściej stosowały unikający styl radzenia sobie, w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich, w porównaniu z kobietami „kobięcymi”. Inne źródła także potwierdzają (pośrednio) otrzymane zależności (dotyczące kobiet z trudnościami prokreacyjnymi). Bem (1981) na podstawie badań wnioskuje, że kobiety o typie

androgynicznym są bardziej skuteczne w działaniu (w tym, radzeniu sobie z trudnościami), niż kobiety „kobiece”. W badaniach, przeprowadzonych przez Kimlicka, Cross i Tarnai (1983) wykazano, że płęć „androgyniczna” związana jest z dobrą adaptacyjnością, natomiast płęć psychologiczna „kobieca” związane ze słabą adaptacyjnością.

W toku analiz statystycznych ustalono związki między poziomem depresji a stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych u kobiet z utrudnioną prokreacją. W pełni została potwierdzona hipoteza trzecia: stwierdzono, że poziom depresji koreluje ujemnie ze stylem radzenia sobie poprzez koncentrowanie się na zadaniu oraz stylem unikowym, wyrażającym się poszukiwaniem kontaktów towarzyskich. Ponadto poziom depresji koreluje dodatnio ze stylem radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na unikaniu konfrontowania się z problemem poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Na tej podstawie można stwierdzić, że bardziej efektywne style radzenia sobie ze stresem idą w parze z niższym poziomem depresji, natomiast nieefektywne style radzenia sobie ze stresem wiążą się z wyższym poziomem depresji. A ponadto, styl unikowy w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich, określany jako nieefektywny, w przypadku depresji – ma korzystny wpływ. Zjawisko to wyjaśnia, opisywana we Wprowadzeniu, „buforowa teoria wsparcia”. Nieco odmienne wyniki uzyskała Robakowska (2014), która sprawdzała sposoby radzenia sobie ze stresem u kobiet z chorobą afektywną jednobiegunową. Kobiety używały zróżnicowane sposoby radzenia sobie, w zależności od stopnia nasilenia depresji. Bierne sposoby radzenia sobie, takie jak fantazjowanie, obwinianie siebie, nieujawnianie uczuć, myślenie życzeniowe, samokontrola i pozytywne przewartościowanie, a także - szukanie wsparcia społecznego, są tym częściej wykorzystywane przez kobiety im nasilenie depresji jest większe. A zatem pozytywny wpływ szukania wsparcia nie został w tych badaniach potwierdzony. Prawdopodobnie ma to związek z tym, że osoby depresyjne (inaczej niż kobiety z niepłodnością) poszukują, ale nieskutecznie uzyskują wsparcie, ponieważ wykazują trudności interpersonalne (teoria interpersonalna depresji; Horowitz, i in. 1991).

Ustalono wkład poszczególnych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych w zmienność poziomu depresji kobiet z niepłodnością. Zastosowano w tym celu krokową analizę regresji wielokrotnej. Uzyskano model wyjaśniający 34% wariancji poziomu depresji u kobiet z trudnościami prokreacyjnymi. Model ten pokazuje, że predykatorem wyższego poziomu depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją jest styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach, natomiast niższego poziomu depresji - styl unikowy, wyrażający się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Przeprowadzone badania pozwalają na przyjęcie następującego modelu, przedstawiającego mechanizm rozwoju depresji u kobiet z trudnościami prokreacyjnymi:

1. Poziom depresji u kobiet z niepłodnością zależy od tego, jaki stosują styl radzenia sobie ze stresem. Predykatorem wyższego poziomu depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją jest styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach, natomiast niższego poziomu depresji - styl unikowy, wyrażający się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

2. Wybór stylu radzenia sobie ze stresem jest modyfikowany przez płć psychologiczną. Kobiety „kobiece”, preferujące styl radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach, są bardziej podatne na depresję, niż kobiety „androgyniczne”, preferujące styl skoncentrowany na unikaniu myślenia o problemie, poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

5. Implikacje praktyczne

Utrudniona prokreacja jest stresem chronicznym o wyjątkowej sile oddziaływania. Dotychczasowe prace skupiały się na badaniu poziomu stresu i sposobów radzenia sobie u kobiet z niepłodnością. Wyniki wielu badań pokazują, że depresyjność u kobiet borykających się z problemem niepłodności jest znaczna. Zaburzenia depresyjne są efektem nieskutecznego radzenia sobie z diagnozą i przewlekłą terapią niepłodności. Niezwykle ważne jest więc szukanie odpowiedzi na pytanie, które strategie radzenia sobie ze stresem u tych kobiet są skuteczne i chronią je przed rozwojem depresji.

Przedstawione wyniki badań są ważnym wkładem w zrozumienie mechanizmu rozwoju depresji u kobiet z niepłodnością, a tym samym mogą pomóc w projektowaniu terapii i profilaktyki tego zaburzenia u kobiet borykających się z utrudnioną prokreacją. Ponadto wyniki badań mogą mieć zastosowanie w profilaktyce trudności prokreacyjnych. Jak przedstawiono we wstępie pracy, część autorów podkreśla znaczenie czynników psychologicznych, które mogą przyczynić się do utrudnionej prokreacji. Na uwagę zasługuje model cyrkularny, który zakłada wzajemną interakcję czynników psychologicznych i biologicznych. Stres i depresja może wpływać na poziom hormonów, odpowiedzialnych za rozrodczość. Z kolei trudności prokreacyjne powodują silny stres, obniżony nastrój, załamania psychiczne, które dodatkowo oddziałują na reakcje fizjologiczne w organizmie, potęgując problemy z płodnością.

Niewiele jest jeszcze badań nad uwarunkowaniem negatywnych stanów emocjonalnych, towarzyszących utrudnionej prokreacji. Z uwagi na wagę problemu, niezbędne są dalsze interdyscyplinarne badania w tym obszarze, z uwzględnieniem różnych czynników psychologicznych, jak i czynników biologicznych.

Bibliografia:

- Aisenberg Romano G., Ravid H., Zaig I., Schreiber S., Azem F., Shachar I. i Bloch M. (2012). The psychological profile and affective response of women diagnosed with unexplained infertility undergoing in vitro fertilization. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 403-411.
- Banaszewska B., Basta A., i Czajkowski K. (2016). *Położnictwo i ginekologia*. Tom 1-2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Beck A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck A. T., Steer R. A. i Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck A. T., Ward C., Mendelsohn M., Mock J. i Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Bem S. L. (1981). Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem S. L. (2000). *Męskość-kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Benyamini Y., Gefen-Bardarian Y., Gozlan M., Tabiv G., Shiloh S. i Kokia E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23, 221-241.
- Benyamini Y., Gozlan M. i Kokia E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14, 1-16.
- Berghuis J. P. i Stanton A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433-438.
- Bidzan M. (2006). *Psychologiczne aspekty niepłodności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bielawska-Batorowicz E. (1991). Psychologiczne aspekty niepłodności. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 103-120.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe.
- Chandra A., Copen C. E. i Stephen E. H. (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982-2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*, 67, 1-19.
- Cohen S. i Wills T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Drosdzol A., Skrzypulec V., Buchacz P. i Bakon J. (2006). Psychologiczne i społeczno-kulturowe aspekty niepłodności. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 60, 438-443.
- Drózdź, W., Wojnar, M., Araszkiewicz, A., Nawacka-Pawlaczyk, D., Urbański, R., Ćwiklińska-Jurkowska, M., Rybakowski, J. (2007). Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. *Wiadomości Lekarskie*, 60, 109–113.
- Eaton N. R., Keyes K. M., Krueger R. F., Balsis S., Skodol A. E., Markon K. E., Grant B. F. Hasin D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 282–288.
- Elavsky, S., Gold, C. (2008). Gender differences in the relationship between physical activity and depression. *Gerontologist*, 48, 174-174.
- Hirschy A. J. i Morris J. R. (2002). Individual differences in attributional style: The relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and Individual Differences*, 32, 183-196.
- Horowitz, L.M., Locke, K.D., Morse, M.B., Waikar, S.V., Dryer, D.C, Tarnow, E., Ghannam, J. (1991). Self-Derogations and the Interpersonal Theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 68-79.
- Janczur-Bidzan M. (1995). Wpływ niepłodności na osobowość kobiet. *Psychiatria Polska*, 29, 471-478.
- Jordan C. i Revenson T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 22, 341-358.
- Kimlicka T., Cross H. i Tarnai J. (1983). A comparison of androgynous, feminine, masculine, and undifferentiated women on self-esteem, body satisfaction, and sexual satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 7, 291-294.
- Kowalczyk R., Styła K. i Skrzypulec V. (2006). Poziom depresji u kobiet z zespołem policystycznych jajników (PCOS). *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 60, 401-404.
- Kraaij V., Garnefski N. i Vlietstra A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29, 9-16.
- Kuczyńska A. (1992a). *Inwentarz do oceny płci psychologicznej: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kuczyńska A. (1992b). Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzie pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, 35, 237-247.
- Lazarus R. S. i Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee S. H., Wang S. C., Kuo C. P., Kuo P. C., Lee M. S. i Lee M. C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 507-513.

- Loftus J. i Andriot A. L. (2012). That's what makes a woman'': infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum*, 32, 226-243.
- Lykeridou K., Gourounti K., Sarantaki A., Loutradis D., Vaslamatzis G. i Deltsidou A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1971-1980.
- Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T., Vanderpoel S. i Stevens G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9, e1001356.
- Parnowski T. i Jernajczyk W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11, 417-421.
- Peng T., Coates R., Merriman G., Zhao Y. i Maycock B. (2011). Testing the psychometric properties of Mandarin version of the fertility problem inventory (M-FPI) in an infertile Chinese sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32, 173-181.
- Peterson B. D., Newton C. R., Rosen K. H. i Schulman R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55, 227-239.
- Radwan J. (red.). (2003). *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań: Termedia.
- Robakowska E. (2014). Percepcja związku małżeńskiego i relacji rodzinnych oraz strategie radzenia sobie kobiet o zróżnicowanym stopniu nasilenia depresji. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 18, 45-66.
- Rowe P. J., Comhaire F. H., Hargreave T. B. i Mahmoud A. M. (2000). *WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile male*. Cambridge University Press.
- Schmidt L., Holstein B. E., Christensen U. i Boivin J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20, 3248-3256.
- Sina M., Ter Meulen R. i de Paula I. C. (2010). Human infertility: is medical treatment enough? A cross-sectional study of a sample of Italian couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31, 158-167.
- Sokalska, A. (2003). Pawelczyk L. Ocena płodności kobiety. W: J. Radwan (red.). *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań: Termedia, 27-33.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K. i Szczepaniak P. (2005). *CISS - Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Szpitalak, M. i Prochwicz K. (2013). Płeć psychologiczna osób z depresją kliniczną. Doniesienia wstępne. *Psychiatria Polska*, 47, 53-64.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Gałęcki, P., Wysokiński, A., Zboralski, K. (2009). Funkcje poznawcze w depresji. *Psychiatria Polska*, 1, 31-40.

- Terelak J.F., i Kluczyńska S. (2007). Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem u kobiet – ofiar przemocy ze strony partnera. *Przegląd Psychologiczny*, 50, 45-64.
- Trzęsowska-Greszta, E., Kowalska-Dąbrowska, M. i Domanowska, G. (2017). Czy zaburzenie ma płeć? Różnice płciowe w zakresie rozpowszechnienia, obrazów klinicznych i genezy zaburzeń psychicznych. W: A. Łukasik (red.). *Kobiety i mężczyźni. Różnice i podobieństwa*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego (w druku).
- Warawan L. i Wycisk J. (2013). Satysfakcja małżeńska u kobiet nieplodnych z uwzględnieniem stylu radzenia sobie ze stresem. *Psychologia Jakości Życia*, 12, 75-89.
- Wheaton B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-364.

Katarzyna Skreczko
Instytut Psychologii
UKSW

Przyczyny niepłodności w małżeństwie – dramat bezdzietności

Większość par zawierających związek małżeński pragnie być rodzicami dla swoich biologicznych dzieci. Jest to zjawisko zupełnie naturalne i oczywiste, zgodne z celami małżeństwa oraz jego dynamicznym charakterem. Przez całe wieki prokreacja była uważana za nieodzowny element małżeństwa oraz przez osoby wierzące – za błogosławieństwo samego Boga. Dzieci wzmacniają małżeńską miłość, są faktycznym bogactwem rodziców. Osoby zakochane w sobie chcą mieć coś, co będzie w sposób szczególny "ich" - jako owoc wspólnej decyzji i działania. Czują, że będzie to ich łączyć. Nie może być nic bardziej wspólnego i osobistego dla małżonków niż ich dzieci. Każde dziecko jest jedynym w swoim rodzaju żywym pomnikiem ich miłości.

Niestety istnieje liczna grupa małżonków, dla których dziecko jest nieraz największym i wciąż nieosiągalnym marzeniem życia. Niemożność posiadania dziecka dla tych, którzy dojrzeli do tego, by je mieć, jest dramatem, ciężką próbą, stanowi istotny brak we wzajemnej relacji małżonków¹. Z powodu braku dziecka dochodzi niejednokrotnie do głębokich kryzysów w związku. Biorąc to pod uwagę, nie dziwi ogromne zainteresowanie małżonków rozwojem nauk biologiczno-chemicznych. Zrozumiałe są też starania lekarzy, którzy pragną udzielić im skutecznej pomocy w zrealizowaniu celu jakim jest rodzicielstwo.

1. Pojęcie niepłodności

Bezdzietność ma swoje źródło w niepłodności. „Powszechnie przyjęto definicję niepłodności jako brak potomstwa po 12-miesięcznym okresie regularnego współżycia bez stosowania środków antykoncepcyjnych” (Domitrz, Kulikowski, 1997, s. 14). Nie jest to jednak ścisła definicja. Należy pamiętać, że jeżeli młoda i zupełnie zdrowa para współżyje w czasie najbardziej korzystnym do poczęcia, to jego prawdopodobieństwo nie przekracza 40%. Z wiekiem płodność spada, ponadto

¹ Szacuje się, że ok. 20-25% małżeństw cierpi z powodu bezpłodności (Pawłowicz, 2009, s. 102).

nie każdy z nas jest całkowicie zdrowy, więc w praktyce, w całej populacji ten wskaźnik nie przekracza 20%. Specyfika niepłodności polega na tym, że chociaż oddzielnie kobieta i mężczyzna mogą mieć dobry stan zdrowia, będąc razem nie udaje im się doprowadzić do urodzenia dziecka (Bidzan, 2006, s. 13).

Pojęcie niepłodności wiąże się nierozdzielnie z parą ludzi. Brak dziecka w małżeństwie może być spowodowany bezpłodnością lub niepłodnością męską jak i żeńską. Stąd mówi się o męskich i żeńskich czynnikach niepłodności. W ostatnich latach problem małżeństw niepłodnych staje się coraz bardziej istotny, ponieważ z roku na rok przybywa osób z tym problemem (tamże, s. 11).

2. Przyczyny niepłodności

Specyfika niepłodności polega na tym, że chociaż oddzielnie mężczyzna i kobieta mogą mieć bardzo dobry stan zdrowia, niemniej będąc razem, nie udaje im się doprowadzić do urodzenia dziecka. Statystyki pokazują, że przyczyny niepłodności u ok. 50% małżeństw dotyczą kilku różnych czynników zarówno męskich, jak i żeńskich jednocześnie. Na ogół przyjmuje się, że w około 36-50% przypadków niepłodności małżeńskiej przyczyna leży po stronie kobiety, w 25-50% głównie po stronie mężczyzny. Należy jednak podkreślić, że ostatnio coraz częściej publikowane są dane wskazujące na wyższy odsetek niepłodnych mężczyzn w porównaniu z niepłodnymi kobietami (Niewidomska, 2005, s. 38; por. także: Orzeszyna, 2005, s. 39). Zauważyć trzeba, że poglądy na udział i rolę różnych czynników zmieniają się i są bardzo rozbieżne w ocenie autorów.

2.1. Niepłodność kobiet

Niepłodność żeńska wyraża się w niezdolności do zajścia w ciążę lub w niezdolności do donoszenia płodu. Na niepłodność kobiety wpływa cały układ psycho-neuro-hormonalny (tamże, s. 39).

Biorąc pod uwagę czynnik etiologiczny przyczyny niepłodności kobiet najczęściej dzielone są na pięć grup:

1. Przyczyny jajnikowe – związane są z nieprawidłowościami funkcjonalnymi oraz strukturalnymi, należą do nich:

- zaburzenia jajczkowania, oceniane jako 40% przypadków niepłodności;
- pierwotny niedorozwój jajników;
- przedwczesne wygasanie czynności jajników;
- hiperandrogenizm w następstwie wielotorbielowatości jajników;
- guzy jajników;

2. Przyczyny jajowodowe - zaburzenie funkcji jajowodów, jaką jest transport

komórki jajowej z jajowodu do macicy, a także zapewnienie mikrośrodowiska do zapłodnienia komórki jajowej przez plemniki i pierwszych podziałów zygoty (Bidzan, 2006, s. 19-20).

Okolo 30% wszystkich przyczyn niepłodności stanowi upośledzenie drożności jajowodów. Zarastanie światła jajowodu może być następstwem przebytych procesów zapalnych, które najczęściej są spowodowane zakażeniami przenoszonymi drogą płciową lub zabiegiem operacyjnym, np. wyrostka robaczkowego lub torbieli jajnika. Jeszcze inną przyczyną może być przebyta ciąża jajowodowa lub zabieg sterylizacyjny. Podsumowując, czynnik jajowodowy to niedrożność, nieprawidłowe ruchy lub brak ruchów perystaltycznych jajowodu, nieprawidłowy stan nabłonka (morfologiczny i czynnościowy – w sensie ruchowym i wydzielniczym). Niepłodność ta wynikać może z zaburzeń rozwojowych lub wtórnych. Przyczyny jajowodowe niepłodności możemy podzielić na wtórne i pierwotne. Pierwotne, występują jako rezultat wad wrodzonych, np.: niedrożność jedno- lub obustronna jajowodów, całkowity ich brak, ślepe zachyłki, itp. Przyczyny wtórne to nabyte najczęściej w drodze przeżytych stanów chorobowych (tamże, s. 19).

Proces zapalny dotyczy błony śluzowej macicy i stamtąd może przedostać się do jajowodów. Kolejną przyczyną powstawania zmian w świetle jajowodu może być endometrioza, tj. obecność czynnej błony śluzowej macicy poza jej prawidłową lokalizacją, która prowadzi do zniszczenia i zniekształcenia struktury jajowodu (Orzeszyna, 2005, s. 45).

1. Przyczyny maciczne, związane z uniemożliwieniem implantacji zarodka w ścianie macicy. Wszelkie wady macicy, która odgrywa przecież ogromną rolę, mogą być przyczyną bezdzietności. W tym przypadku również możemy mówić o przyczynach wrodzonych lub nabytych. Nabyte mogą pojawić się np. po wyłyżeczkowaniu macicy, następują wtedy uszkodzenia zapalne i urazowe; zrosty śródmaciczne (zrosty Ashermana), mięśniaki podśluzówkowe i śródścienne, mogące utrudniać transport plemników do jajowodów lub zniekształcać jamę macicy. Do wrodzonych należy bark macicy, jej nieprawidłowe położenie, kształt, niedorozwój. Wady rozwojowe macicy są przyczyną poronień, przedwczesnych porodów, rzadziej natomiast bezpłodności (Bidzan, 2006, s. 20).

2. Przyczyny pochwowe, objawiające się niewłaściwym kształtem i wymiarami pochwy, stanem zapalnym, wywołanym czynnikami bakteriologicznymi i biochemicznymi. Mogą być to zaburzenia wrodzone, takie jak brak pochwy, zarosnięcie lub przegroda pochwy. Wady pochwy są najczęściej wynikiem nieprawidłowego rozwoju dalszego segmentu zawiązka maciczno-pochwowego. W tych sytuacjach zachowana jest prawidłowa budowa jajowodów i czynność jajników (Encyklopedia Zdrowia, 2011, s. 1818).

3. Przyczyny endokrynologiczne. Proces rozrodu jest kontrolowany przez mechanizmy endokrynologiczne. Jeśli zostaną one zaburzone, może pojawić się

problem w zapłodnieniu lub donoszeniu ciąży. Podwzgórze wydziela hormon GnRH, który wpływa na pracę przysadki mózgowej i pobudza ją do produkcji gonadotropin. Gonadotropiny pobudzają jajniki do wydzielania hormonów, które odgrywają podstawową rolę w regulacji cykli owulacyjnych u kobiet.

Do pozostałych ogólnoustrojowych czynników mogących wpływać na płodność można zaliczyć zaburzenia czynności tarczycy, ciężkie, przewlekłe choroby, nieleczoną cukrzycę, stosowanie niektórych leków, choroby przenoszone drogą płciową (Bidzan, 2006, s. 21).

2.2. Niepłodność mężczyzny

Rozpatrując problem niepłodności małżeńskiej, warto podkreślić, że w 40% przypadków przyczyna leży po stronie małżonka. Przy czym ostatnie doniesienia podkreślają wzrost czynnika niepłodności męskiej, który w niedługim czasie może stać się dominujący. Niepłodność męska polega na utrudnieniu lub niemożliwości współżycia i jest powodowana m.in. urazem zewnętrznych narządów płciowych, zaburzeniami wzwodu i wytrysku nasienia. Drugą trudnością jest niemożność zapładniania, czego przyczyną jest zwykle wada nasienia (Orzeszyna, 2005, s. 48).

Ogólnie rzecz biorąc, płodność męska jest olbrzymia – w jednym wytrysku nasienia znajduje się przeciętnie ok. 200 milionów plemników, przy czym 70-80% z nich powinno być prawidłowo zbudowane wykazywać ruchliwość. Im niższa jest ta liczba, tym mniej wartościowe jest nasienie. Nawet 5% czy 20% żywych plemników to zapewne duża liczba, ale trzeba pamiętać, że zapłodnienie to proces, w którym wielką rolę odgrywają pewne substancje, wytwarzane tak przez jajo jak przez plemniki. I jeśli plemników jest za mało, zbyt niskie jest stężenie tych substancji, do zapłodnienia nie dochodzi (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s.126).

Coraz bardziej zanieczyszczone środowisko naturalne i życie w ciągłym stresie powodują, że parametry płodności nasienia męskiego od kilkudziesięciu lat obniżają się w ogromnie zastraszającym tempie. Niewielka ilość plemników w nasieniu, połączona z ich małą ruchliwością budzi obawy lekarzy, gdyż szanse na zaistnienie ciąży są znacznie niższe. Niepłodność mężczyzny ujawnia się najczęściej w niewystarczającej ilości plemników i ich upośledzonej ruchliwości (Graczyk, 1999, s. 301).

Warto wspomnieć, że jeszcze na początku lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia przyjmowano, że u płodnego mężczyzny w nasieniu znajdować powinno się, co najmniej, 60 mln plemników na mililitr nasienia, z których ponad 90% powinno wykazać ruchliwość. Obecnie normy są znacznie niższe (Bidzan, 2006, s. 22).

Nie pozostaje bez znaczenia dla zapłodnienia stan plemnika zapładniającego jajo. Zapłodnienie przez plemnik upośledzony, patologiczny, może być przyczyną

nieprawidłowego rozwoju jaja płodowego, a w następstwie prowadzić do poronienia czy obumarcia ciąży. Może być także powodem wad wrodzonych płodu (Encyklopedia Zdrowia, 2011, s. 1820). Niezdolność do zapłodnienia może być nabyta lub wrodzona. Nieodwracalną niepłodność powodują m.in. brak nabłonka plemnikotwórczego, obustronne nieleczone wnętrostwo przed okresem dojrzewania płciowego, nieprawidłowość w garniturze chromosomalnym polegające na istnieniu dodatkowego chromosomu X, pozapalny zanik jąder, który jest powikłaniem nagminnego zapalenia przyusznic, nieprawidłowy rozwój dróg wyprowadzających nasienie, np. brak najądrzy i nasieniowodu lub ich niedorozwój (tamże, s. 1908).

Całkowita niepłodność lub krańcowe obniżenie płodności może być spowodowane przez zaburzenia czynności takich gruczołów wydzielania wewnętrznego, jak tarczyca, nadnercza, a w szczególności podwzgórza i przysadka. Natomiast przyczyną impotencji, która uniemożliwia odbywanie stosunków płciowych, może być cukrzyca. Nabłonek plemnikotwórczy, aby dobrze spełniał swoją czynność musi być właściwie odżywiany i odpowiednio utleniany. Istotna jest również termoregulacja jąder, dlatego żyłki powrózka nasiennego, wodniaki jąder oraz jednostronne wnętrostwo powodują często obniżenie płodności. Nie bez znaczenia są także przewlekłe choroby wyniszczające organizm, długotrwałe niedobory białka, witamin i składników mineralnych, szkodliwe dla zdrowia warunki pracy (Bidzan, 2006, s. 19). Skutki oddziaływania czynników szkodliwych, np. chemikaliów, promieni jonizujących, mikrofal, zależą od stopnia ich nasilenia, czasu trwania oraz indywidualnej wrażliwości mężczyzny. Czynniki te mogą przejściowo wpłynąć na stan płodności lub powodować nieodwracalne uszkodzenie nabłonka plemnikotwórczego. Zaburzenia czynności nabłonka mogą być spowodowane również noszeniem zbyt obcisłego ubioru, co utrudnia bądź uniemożliwia termoregulację. Na pogorszenie płodności ma też wpływ zbyt intensywne życie seksualne, zwłaszcza u mężczyzn o niskiej płodności. Uszkodzenie nabłonka plemnikotwórczego mogą powodować także procesy immunologiczne (autoimmunizacja) wywołujące powstawanie przeciwciał (Encyklopedia Zdrowia, 2011, s. 1909).

Istnieje propozycja rozpoznania niepłodności męskiej na podstawie czynników anatomicznych, gdyż podobne obrazy choroby mogą być wywoływane przez różne przyczyny. Głównymi kategoriami anatomicznymi zaburzeń płodności męskiej są przyczyny: przedjądrowe, jądrowe i pozajądrowe.

Przedjądrowe przyczyny niepłodności obejmują stany niedoborów hormonalnych osi podwzgórza-przysadka, nieprawidłowości chromosomalne, przyczyny psychologiczne, powodujące obniżoną ilość stosunków. Istotne miejsce zajmuje też coraz częściej występująca cukrzyca.

O jądrowych przyczynach niepłodności mówimy wówczas, gdy jądro zostaje uszkodzone w wyniku wszystkich czynników mających negatywny wpływ na

męską gonadę. Są to: przebyte chemo- lub radioterapia w trakcie choroby nowotworowej, choroby ogólnoustrojowe i związane z tym przyjmowanie leków, infekcje wirusowe i bakteryjne, choroby przebiegające z wysoką temperaturą, pierwotna niewydolność kanalików nasiennych (Bidzan, 2006, s. 23).

Najczęstsza naczyniowa nieprawidłowość, to żylaki powrózka nasiennego. Zwiększony przepływ krwi przez mosznę powoduje wzrost temperatury jader. Z problemem tym wiąże się powikłanie w postaci występowania przeciwciał przeciwplemnikowych (Orzeszyna, 2005, s. 55-56).

Pozajadrowe przyczyny niepłodności najczęściej występują w zakresie dróg wyprowadzających nasienie. Mogą być one wrodzone, jak np. brak nasieniowodów i nabyte, jak: stany pozapalne, pourazowe, pooperacyjne. Do tej grupy zaliczamy również przyczyny utrudniające odbycie prawidłowego stosunku płciowego (np. nieprawidłowości w budowie prącia, zaburzenia natury seksualnej) Niekiedy zaburzenia drożności mogą być spowodowane obecnością torbieli nasieniowodu lub z przerostem pęcherzyków nasiennych, jak również powikłaniami operacji przepuklin pachwinowych lub orchidopeksji (tamże, s. 56).

3. Diagnozowanie przyczyn

Wyżej wymienione przyczyny niepłodności czy to kobiety czy mężczyzny medycyna jest w stanie zdiagnozować za pomocą odpowiednich badań. Natomiast mówi się o innych przyczynach oddziaływujących na rozród człowieka, które nie są dostatecznie udokumentowane badaniami. Do najistotniejszych elementów należy dostęp i poziom oferowanej opieki medycznej, prawidłowe odżywianie, właściwe nawyki higieniczne.

W ostatnich latach mówi się o wpływie środowiska na zmniejszenie płodności, zwłaszcza u mężczyzn. Najczęściej wymieniany jest częsty kontakt ze środkami chemicznymi, takimi jak: ołów, kadm, rtęć, pestycydy i wiele innych. Substancje toksyczne znajdujące się w środowisku mają bardzo szkodliwe działanie.

Na obniżenie płodności partnerskiej ma wpływ styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania różnego rodzaju używek, których spożywanie może wpłynąć na obniżenie płodności zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (Bidzan, 2006, s. 32). Stosowanie nikotyny, alkoholu, narkotyków oraz nadmierne stosowanie leków jest istotnym elementem wpływającym na rozród człowieka. Najbardziej rozpowszechnioną używką jest nikotyna. Palenie tytoniu wywiera udowodniony wpływ na jakość nasienia, wydłużanie okresu oczekiwania na ciążę, na nieprawidłowości łożyska oraz na małą masę urodzeniową dzieci jak i na wzrost umieralności okołoporodowej. Uważa się, że płodność osób regularnie palących tytoń jest 30% mniejsza niż płodność osób nie palących. „Nikotyna, jak wiadomo, działa szkodliwie w sposób bardzo powolny, dlatego skutki zatrucia nie są

bezpośrednio uchwytne i bywają lekceważone” (Obuchowska, 1996, s. 172).

Istnieją również kliniczne dowody o wpływie palenia tytoniu na miesiączkowanie u kobiet. Większą częstotliwość wtórnego braku miesiączki zaobserwowano wśród palących kobiet (Florek, Pisarski, 1997, s. 358-362).

Obok papierosów, kolejnymi substancjami mającymi wpływ na płodność małżeńską jest alkohol i narkotyki. Ocenia się, że picie alkoholu wywołuje 5% wszystkich zaobserwowanych wad wrodzonych. Jednym z najpoważniejszych skutków nadużywania przez matkę alkoholu są zaburzenia rozwoju psychicznego dziecka. „Przewlekłe spożywanie alkoholu hamuje funkcje układu odpornościowego, co manifestuje się zwiększoną wrażliwością na choroby zakaźne, zapalenie płuc, gruźlicę czy nawet raka” (Woronowicz, 2009, s. 35). Z problemem narkomanii natomiast związane jest rozpowszechnienie chorób przenoszonych drogą płciową, nieprawidłowe odżywianie oraz brak opieki medycznej. Narkomania potrafi zrujnować życie człowieka. Dzieci, których matki w okresie ciąży przyjmują narkotyki zagrożone są przedwczesnym porodem, mogą u nich wystąpić objawy głogu narkotycznego.

„Szkodliwy wpływ narkotyków zależy od ich rodzaju i dawkowania, a także od indywidualnej tolerancji na dany środek, która w młodym wieku jest znacznie obniżona” (Obuchowska, 1996, s. 176). W grupie kobiet zażywających narkotyki można znacznie częściej zaobserwować patologie płodu, porody przedwczesne, poronienia oraz zgony wewnątrzmaciczne (Domitrz, Kulikowski, 1997, s. 16).

Również uwarunkowania genetyczne są brane pod uwagę w rozpatrywaniu przyczyn niepłodności. W opracowaniach omawiane są one głównie w aspekcie przyczyn poronień i obumarłych ciąż. Prawidłowy rozwój i wzrost płodu przebiega pod wpływem licznych uwarunkowanych genetycznie procesów (Pisarski, Kądziołka, 1997, s. 295-296).

Należy także pamiętać o ważnym czynniku, jakim jest wiek partnerów. Najwyższa płodność „przypada” u kobiety na okres od 20. do 25. roku życia. Następnie ulega ona stopniowemu obniżaniu, aby praktycznie zaniknąć w wieku około 45 lat. Wraz z wiekiem matki rośnie także ilość poronień i wad wrodzonych u dzieci. Również starszy wiek mężczyzny pozostaje w związku z gorszymi parametrami nasienia i możliwością wystąpienia wad wrodzonych.

W krajach wysoko rozwiniętych coraz bardziej powszechnym zjawiskiem jest opóźniony rozród. Obecnie istniejące trendy populacyjne mają ogromny wpływ na skalę niepłodności. Młodzi ludzie podążają za realizacją potrzeb związanych z zapewnieniem wysokiego statusu materialnego. Kariera stawiana jest niejednokrotnie przed prokreacją. Trzeba zdać sobie sprawę z tego, że decyzja związana z późniejszym założeniem rodziny i późniejszym posiadaniu dzieci, nawet po 35. Roku życia, po części jest zgodą na większe problemy z płodnością (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s. 127).

Wśród przyczyn braku potomstwa brane są także pod uwagę czynniki psychologiczne, które odgrywają ogromną rolę zarówno w etiologii, jak i patogenezie niepłodności, modyfikując głównie przebieg choroby. Codzienna praktyka wskazuje na szczególną potrzebę interwencji psychologicznej, zwłaszcza w łagodzeniu skutków niepłodności (Bidzan, 2006, s. 11-12). Badania wykazują, że przyczyny psychologiczne stwierdzone zostają u mniej więcej 25% wszystkich małżeństw. Okazuje się, że czasami w grę wchodzi wydawałoby się zupełnie banalne sprawy, takie jak sam przebieg stosunku płciowego czy niewłaściwe zinterpretowanie dni płodnych i niepłodnych. Istotną rolę mogą mieć zaburzenia erekcji, przedwczesny wytrysk oraz trudności z osiągnięciem orgazmu. Szeroko znany jest także wpływ sytuacji stresowych związanych m.in. z przemęczeniem pracą zawodową, stanami znaczących napięć psychicznych i fizycznych (Orzeszyna, 2005, s. 63). Zaburzenia płodności u kobiet mogą wiązać się z nieprawidłowym odżywianiem. Wymienić należy tu jadłowstręt psychiczny, czyli (*anorexia nervosa*). Zespół ten charakteryzuje się m. in. zaburzeniami psychicznymi, znaczną utratą masy ciała oraz zanikiem miesiączek. Kolejną chorobą związaną z nieprawidłowym odżywianiem się jest bulimia. Objawia się ona nadmiernym spożywaniem pokarmów często w połączeniu z prowokowaniem wymiotów (tamże, s. 70-71).

Choroby te wiążą się z utratą masy ciała. Aby kobiecy układ rozrodczy mógł się dobrze rozwijać masa ciała nie może być zbyt niska. Powszechną przyczyną utraty kilogramów jest odchudzanie, które jeśli nie jest racjonalne wpływać może np. na brak miesiączek.

Małżonkowie często nie zdają sobie sprawy, że swoimi działaniami mogą doprowadzić do niepłodności. Chcą używać własnej płciowości w nieograniczony sposób. Stosowanie antykoncepcji, wszelkie interwencje i wewnętrzne zabiegi, takie jak aborcja czy sterylizacja spowodować mogą poważne konsekwencje. W wyniku aborcji może dojść do uszkodzenia macicy, na skutek brutalnego złamania ciążyowej równowagi ustrojowej dochodzi do wstrząsu neurohormonalnego, nie mówiąc o zaburzeniach w psychice kobiety, które często są nieodwracalne (tamże, s. 71). Odmiennym problemem są bardzo częste w krajach Zachodu operacje sterylizacji poprzez czasowe lub trwałe zamknięcie światła jajowodu. W Polsce są one prawnie niedozwolone, stąd ich marginalne znaczenie. Chociaż są to zabiegi w wielu wypadkach teoretycznie odwracalne, to praktycznie jest to zadanie niezmiernie trudne i często skazane na niepowodzenie (Mishell, 1996, s. 117).

„Zarówno w budowie sfery płciowej jak i w jej funkcjach cielesnych i psychicznych wszystko nastawione jest na pojawienie się i dobro potomstwa” (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s.100).

Instynkt rodzicielski występuje u obu płci a dążenie do małżeństwa to nie tylko pragnienie zbudowania dożgonnej więzi z kochanym człowiekiem, ale również dążenie do posiadania dzieci i własnej rodziny. Dla normalnego człowieka własne

dziecko jest wielką wartością a odkrywanie własnych cech u dziecka, to najcenniejsza radość (tamże, s. 101). Niestety brak upragnionego dziecka jest dla wielu ludzi prawdziwym dramatem. „Problem niepłodności obejmuje szeroki zakres zaburzeń. Jest złożonym schorzeniem, etiologii którego należy dopatrywać się nie w jednej, ale w całej kombinacji współistniejących ze sobą nieprawidłowości. Pomimo olbrzymiego postępu w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, nie zawsze jesteśmy w stanie ustalić faktyczną przyczynę niepłodności i odnieść sukces leczniczy, jakim jest urodzenie zdrowego dziecka” (Gadzinowski, Pawelczyk, Wiśniewski, 2003, s. 13).

4. Leczenie

Człowiek otrzymał od Pana Boga nakaz rozumnego panowania nad ziemią. Z woli Boga panuje on nad całym światem widzialnym, gdyż jako jedyna istota, zdolny jest do gospodarowania dobrami natury stosownie do swoich potrzeb. Nadrzędność wobec świata, wypływa z rozumnej natury i wolnej woli człowieka. Bóg stwarzając człowieka dał ludziom możliwość współpracy w powoływaniu nowego życia. Człowiek zdolny jest do poznawania praw natury, powinien zatem wychodzić naprzeciw niektórym zjawiskom nieprawidłowości, np. chorobom. Jednym z takich problemów jest niepłodność.

„Leczenie bezpłodności stanowi dziś odrębny dział medycyny, przy czym o leczeniu można mówić tylko tam, gdzie chodzi o odzyskanie normalnej płodności. Ani sztuczne unasiwienie ani tzw. zewnętrzne zapłodnienie nie są leczeniem, lecz sztucznym uzyskaniem pożądanego efektu, przy czym małżeństwo nadal pozostaje bezpłodne” (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s. 126).

Leczenie niepłodności jest postępowaniem trudnym, wymagającym wiele cierpliwości zarówno ze strony terapeuty jak i pacjenta (Orzeszyna, 2005, s. 76). Podstawową zasadą, jaką należy się kierować jest traktowanie pary małżeńskiej jako nierozdzielnej całości. Należy bowiem pamiętać, że oprócz przypadków o jednoznacznej etiologii, gdzie łatwo wskazać, schorzenie którego z małżonków jest przyczyną braku potomstwa, znacznie częściej spotykamy się z sytuacjami, gdy niepłodność jest wynikiem sumowania się często niewielkich obustronnych zaburzeń. Nawet po uzyskaniu pozornie nie budzącej wątpliwości diagnozy nie wolno wskazywać „winnego”. Słowo to celowo zostało ujęte w cudzysłów. Stwierdzenie takie może być bowiem powodem czyjejś niezawinionej tragedii. Znane są przypadki, gdy pozornie niepłodna osoba miała dzieci w kolejnym związku. Istotny jest także aspekt psychiczny terapii. Brak oczekiwanego potomstwa jest bowiem przyczyną ogromnego stresu w małżeństwie, prowadzącego niekiedy do jego rozpadu. Poczucie współodpowiedzialności za przebieg leczenia jest elementem cementującym związek, ułatwiającym uzyskanie pozytywnych wyników

leczenia. Jak już wiadomo, niepłodność często jest wynikiem sumowania się wielu przyczyn. Same w sobie nieznacznie obniżając płodność, w połączeniu z innymi mogą ją skutecznie wykluczyć (tamże, s. 76).

Nie ma programu leczenia bezpłodności uniwersalnego i mogącego w 100% zapewnić powodzenie. W ostatnich latach rozwinęła się młoda dziedzina medycyny - naprotechnologia (NaProTechnology, NaPro, NPT, natural procreative technology). Obecnie funkcjonuje zaledwie w kilku państwach na świecie. Jest to nowatorski system monitorujący reprodukcję oraz niosący pomoc w rozwiązywaniu problemów o podłożu ginekologicznym. Ogarnia on planowanie rodziny z wykorzystaniem wystandaryzowanej oceny biomarkerów płodności i cyklu miesięczkowego, opracowanej w 1974 roku (Domżał-Drzewiecka, Gałęziowska, 2007, s. 87-90). Specjaliści w tej dziedzinie oferują leczenie bezpłodności, podczas gdy metoda *in vitro* koncentruje się jedynie na reprodukcji, a nie przywraca zdrowia. *In vitro* to wchodzenie tylnymi drzwiami bez zastanowienia się nad przyczynami problemu. W związku z tym „kliniki naturalne” chwalą się niemal osiemdziesięcioprocentową skutecznością, podczas gdy w przypadku zapłodnienia *in vitro* wynosi ona ok. 30% (Jakimuk, Czajkowski, 2007, s. 1179). Wielka szkoda, że środki przeznaczone na technikę zapłodnienia *in vitro* nie są wykorzystywane na szkolenie lekarzy w zakresie naturalnego rozpoznawania płodności. Wiedza ta, umiejętnie przekazywana małżeństwom starającym się o poczęcie dziecka, przyniosłaby niewymierne korzyści – oszczędność pieniędzy i czasu, poczucie kontroli nad swym ciałem, uniezależnienie od lekarza, pozabawienie dylematów moralnych, współpracę ze współmałżonkiem, szybką identyfikację różnego rodzaju nieprawidłowości.

Leczenie niepłodności jest co prawda procesem skomplikowanym i długotrwałym, ale wydaje się, że warto znieść te uciążliwości, gdyż często pozwala ono osiągnąć spodziewane efekty (Orzeszyna, 2005, s. 103). Techniki sztucznej prokrecji w rzeczywistości wcale nie służą życiu. Wręcz przeciwnie, przyczyniają się one do śmierci wielu istot ludzkich w ich pierwszych fazach istnienia. Naruszają też godność osoby ludzkiej i prawo dziecka do poczęcia w łonie matki. Prawo to znajduje swoje uzasadnienie zarówno w porządku natury, jak i w porządku miłości. Sztuczna reprodukcja narusza także godność małżeństwa – rodzice zostają zredukowani do roli dawców gamet. Pomija ona też wymiar duchowy aktu przekazywania życia.

Bibliografia:

Bidzan M. (2006), *Psychologiczne aspekty niepłodności*, Kraków.

Domitrz J., Kulikowski M. (1997), *Epidemiologia*, Warszawa.

Domżał-Drzewiecka R., Gałęziowska E. (2007), *Nowoczesne metody rozpoznawania płodności*, Lublin.

Encyklopedia Zdrowia (2011), Warszawa: PWN

- Florek E., Pisarski T. (1997), *Palenie tytoniu a płodność*, Warszawa.
- Gadzinowski J., Pawelczyk L., Wiśniewski J. (2003), *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*, Poznań.
- Graczyk M. (1999), *Niepłodność*, (w:) *Słownik małżeństwa i rodziny*, E. Ozorowski (red.) (s. 301), Warszawa-Łomianki.
- Jakimuk A., Czajkowski K. (2007), *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*, Warszawa.
- Mishell D.R. (1996), *Niepłodność*, (w:) *Endokrynologia ginekologiczna*, D.R. Mishell, P.F. Brenner (red.), Bielsko-Biała.
- Niewiadomska A. (2005), *Najczęstsze przyczyny niepłodności*, *Raport – Niepłodność*, nr spec. 1.
- Obuchowska I. (1996), *Drogi dorastania*, Warszawa.
- Orzeszyna J. (2005), *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków.
- Pawłowicz J. (2009) *Dlaczego niepłodność? Wiek, styl życia, antykoncepcja, aborcja*, *Homo Dei*, nr 3 s. 102-112.
- Pisarski T., Kądziołka P. (1997), *Poradnictwo genetyczne w niepłodności*, (w:) *Niepłodność*, T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), (s. 295-297), Warszawa.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1995), *Zbudować małżeńskie szczęście*. Michaelinum.
- Woronowicz T. (2009), *Informacje i testy pomocne w rozpoznawaniu problemów alkoholowych*, (w:) *Nowe przesłanie nadziei*, M. Dziewiecki (red.), Warszawa.

Justyna Jastrzębska
Instytut Psychologii
UKSW

Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzykulturowych i uwarunkowań kulturowych

1. Społeczne i kulturowe postrzeganie niepłodności

Problem niepłodności dotyczy praktycznie wszystkich kultur i społeczeństw, na całym świecie. Dotyka on ok. 10-15% par w wieku prokreacyjnym (Kraaij, Garnefski, Schroevers, 2009). W ostatnich latach zwiększa się liczba par zgłaszających się po pomoc w tym zakresie, co może mieć związek z przemianami społecznymi dotyczącymi takich aspektów jak: odraczenie decyzji o posiadaniu dzieci, zwiększeniu wiedzy dotyczącej dostępnych metod leczenia oraz podniesienia ich skuteczności. Również świadomość psychologicznych konsekwencji niepłodności może mieć znaczący wpływ na podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia.

W zrozumieniu pojęcia niepłodności trzeba uwzględnić nie tylko biologiczny kontekst, ale również społeczne jej rozumienie. Socjologowie są zgodni co do stwierdzenia, że zdrowie i choroba powinny być rozumiane w sposób uwzględniający społeczno-kulturowy kontekst (Greil, Slauson, Blevins, McQuillan, 2010). Kontekst ten w badaniach nad niepłodnością jest konieczny, gdyż jednostka jest nieustannie kształtowana przez wpływy społeczne, zwłaszcza w zakresie podejmowania pożądanych przez społeczeństwo ról. Sama niepłodność określana jest jako brak pożądanego stanu, nie zaś jako obecność objawów patologicznych (tamże). Uzyskanie dodatkowych danych dotyczących tego zagadnienia jest możliwe dzięki prowadzeniu badań skupionych na psychologicznej analizie tego problemu. Daje to możliwość poszerzenia wiedzy na temat niepłodności o wiedzę m.in. na temat samooceny danej osoby czy odczuwanego przez nią stresu. W tej perspektywie niepłodność nie jest utożsamiana ze stanem chorobowym skutkującym psychologicznymi konsekwencjami, lecz raczej z ogółem uwarunkowań w sytuacji trudnej (Greil, 1997). Niepłodność ma więc wymiar społecznie skonstruowanego procesu, podczas którego ludzie stają przed wyzwaniem określenia swojej zdolności do posiadania dzieci. Jeśli dana osoba nie ma takiej zdolności odbiera to jako sytuację problemową. Taka perspektywa może pomóc w lepszym zrozumieniu odbioru społecznego tego zjawiska (Greil, Slauson Blevins, McQuillan, 2010). Konstrukcja społecznego znaczenia zdrowia i choroby jest szczególnie widoczny w przypadku

niepłodności. Bez względu na to, jaką medyczną definicję tego zjawiska przyjmą lekarze, to doświadczenie niepłodności niesie za sobą wiele społecznych konotacji. Najważniejszą z nich jest fakt, że niepłodne pary nie mogą przyjąć pożądanej roli społecznej jaką jest rodzicielstwo, które wiąże się z jedną z najważniejszych przemian w życiu dorosłym, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn.

Odczuwany stres może się przejawiać poprzez odczuwanie negatywnych stanów emocjonalnych oraz problemów małżeńskich. U obojga partnerów może narastać niepokój i izolacja społeczna. Osoby niepłodne są często narażone na presję ze strony partnera lub innych członków rodziny, aby rozpocząć leczenie. Określenie siebie jako osoby niepłodnej obejmuje więc nie tylko obszar komunikacji między pacjentem a lekarzem, ale również relacje z innymi ludźmi (Kraaij, Garnefski, Schroevers, 2009).

Na poziomie społecznym, niepłodność w większości kultur wiąże się ze stygmatyzacją i tabu. Pary, które zmagają się z tym problemem są często uważane za łamiące normy społeczne. Stygmatyzacja społeczna osiąga większą intensywność w społeczeństwach, w których duże, wielodzietne rodziny są pożądane lub stanowią normę (Thorn, 2009).

Brak możliwości przyjęcia danej roli społecznej wiąże się ze stresem psychologicznym (Greil, Slauson Blevins, McQuillan, 2010). Problem ten jest szczególnie widoczny w krajach, w których brakuje środków publicznych na leczenie osób niepłodnych, przez co takie pary często zmagają się nie tylko z dyskryminacją i stygmatyzacją społeczną, ale również z dodatkowym obciążeniem finansowym w przypadku podjęcia leczenia. W niektórych kulturach niepłodność może prowadzić do separacji lub rozwodu, dzięki czemu dana osoba ma możliwość związania się z innym partnerem.

Życie bez dzieci niesie za sobą inne implikacje wobec kobiet i mężczyzn. Mężczyźni, w odniesieniu do ról społecznych są żywicielami rodziny, podczas gdy kobiety są silniej związane z samym pojęciem macierzyństwa. Z tego powodu niektóre osoby mogą czuć się napiętnowane, mieć poczucie straty, borykać się z niskim poczuciem własnej wartości (Nachtigall, Becker, Wozny, 1992). Niepłodne kobiety wykazują tendencję do uzewnętrzniania własnych stanów emocjonalnych w większym stopniu niż mężczyźni (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck, Mastroianni, 1985). Takie zachowania mogą być intensywniejsze w kulturach, w których macierzyństwo jest rozumiane jako główna rola kobiet. Również oczekiwane w stosunku do mężczyzn role społeczne mogą determinować ich powściągliwość w wyrażaniu własnych uczuć i emocji. Często jest to przeszkodą w leczeniu, zarówno medycznym jak i psychologicznym.

2. Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy płci

Badania nad psychologicznymi aspektami niepłodności wskazują, że kobiety i mężczyźni w różny sposób reagują na informację o własnej niepłodności i podejmują odmienne działania, żeby sobie z tym poradzić (Newton, 2006). Potwierdzają to badania Greila (1997), który podkreśla, że niepłodność jest zasadniczo odmiennym doświadczeniem dla kobiet i mężczyzn.

Najczęstszymi, zwykle współwystępującymi konsekwencjami niepłodności jest odczuwanie stresu, stanów depresyjnych i lęku (Anderson, Sharpe, Rattray, Irvine, 2003). Wiele badań potwierdza zwiększone ryzyko wystąpienia depresji u niepłodnych par w porównaniu do par płodnych (Lukse, Vacc, 1999). Takie osoby mogą doświadczać poczucia utraty własnej tożsamości oraz braku kompetencji potrzebnych do funkcjonowania w związku. Dodatkowo osoby niepłodne mogą postrzegać siebie jako „wadliwe” (Deka, Sarma, 2010).

Niektóre badania wskazują, że w kontekście zdrowia psychicznego - zarówno niepłodne kobiety jak i mężczyźni - nie wyróżniają się na tle populacji, jednak reakcje depresyjne i poczucie beznadziei są typowe dla tej grupy i występują w niej często. Ponadto obserwuje się u tych osób wyższy poziom lęku (Hammer Burns, Covington, 2006; Oddens, Tonkelaar, Nieuwenhuysse, 1999). Osoby borykające się z niepłodnością, oprócz doświadczania stanów depresyjnych i poczucia bezradności, zgłaszają również pogorszenie relacji w związku (Abbey, Andrews, Halman, 1991). Z badań wynika, że w odniesieniu do grupy kontrolnej niepłodne kobiety nie wykazują większej ilości objawów psychopatologicznych, jednak narażone są na odczuwanie wyższego poziomu niepokoju (Beutel, Kupfer, Kirchmeyer, Kehde, 1998; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, 2004) i stresu (Jordan, Ferguson, 2006), zaś występujące u nich stany depresyjne mogą przybierać podobną formę do stanów występujących u osób chorych na raka lub cierpiących na choroby serca (Deka, Sarma, 2010). Wiele niepłodnych kobiet deklaruje poczucie „uciekającego czasu” (Martin-Matthews, Matthews, 2001). Odczuwany stres może dotyczyć nie tylko życia osobistego, ale również kontekstu społecznego i seksualnego. Może być to związane z faktem, że kobiety postrzegają posiadanie dziecka jako bardziej istotne niż ich mężowie (Batterman, 1985).

Badania Williamsa (1997) dowiodły, że niepłodne kobiety odczuwają negatywne emocje w stosunku do własnej osoby, mają poczucie własnej niedoskonałości i bezwartościowości. Negatywny afekt wyraża się m.in. w poczuciu izolacji, odczuwaniu gniewu, smutku, stanów depresyjnych oraz niskiej satysfakcji z życia. Pojawia się również zazdrość wobec innych kobiet, co często prowadzi do izolowania się lub zrywania kontaktu z koleżankami, które stały się matkami (por. także: Thorn, 2009).

Badania podłużne wskazują, że niepłodność, bez względu na przyczyny które ją spowodowały, jest dla mężczyzn źródłem stresu (Peronace, Boivin, Schmidt, 2007). Abbey, Andrews oraz Halman (1991), na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że niepłodność mężczyzn ma związek z postrzeganiem przez nich życia rodzinnego jako bardziej stresującego. U kobiet stres wywołany z powodu bezpłodności nie przekłada się bezpośrednio na zaangażowanie w sprawy rodzinne i działalność domową. Ponadto niepłodni mężczyźni częściej niż kobiety przyczyniają się do powstawania konfliktów w związku. Autorzy zauważyli również, że niepłodni mężczyźni są bardziej pewni, że w przyszłości będą mieć biologiczne dziecko niż niepłodne kobiety.

W skalach depresji oraz lęku ujmowanego jako cecha mężczyźni uzyskali wyniki wyższe niż ich partnerki. Wyniki badań wskazują także, iż doświadczają oni większego stresu związanego z życiem rodzinnym i funkcjonowaniem w domu (Baluch, Nasser, Aghsa, 1998).

Radzenie sobie z doświadczeniem niepłodności u mężczyzn częściej związane jest z chęcią zdobywania przez nich informacji i podejmowania konkretnych działań. Kobiety natomiast częściej reagują w sposób emocjonalny i poszukują wsparcia u bliskich (Newton, 2006). Abbey, Andrews i Halman (1991) wskazują, że kobiety częściej niż mężczyźni wybierają strategie radzenia sobie skupione na problemie niepłodności oraz wykazują większą chęć ucieczki przed tym problemem. Lazarus (1998) podkreślał, że mimo dużych różnic, każda z tych strategii może prowadzić do poprawy sytuacji i polepszenia komfortu psychicznego zaangażowanej w nią osoby. Zarówno skupienie na problemie i chęć jego rozwiązania, jak i okresowa chęć ucieczki, odciążenia się od trudnej sytuacji, mogą być skutecznymi sposobami na poradzenie sobie.

Niezwykle istotną kwestią dotyczącą niepłodności jest przypisywanie sobie bądź komuś winy. Okazuje się, że w sytuacji, gdy tylko jedna z osób ma potwierdzone diagnostycznie problemy z płodnością, to mimo tego faktu, może ona przypisywać odpowiedzialność za swój stan partnerowi. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn (Abbey, Andrews, Halman, 1991). Jednocześnie badania wskazują na tendencję występującą u niepłodnych kobiet, które przypisują sobie większą odpowiedzialność za zaistniałą sytuację niż czynią to ich partnerzy. Okazuje się również, że mężczyźni częściej przenoszą odpowiedzialność na czynniki sytuacyjne. Kobiety dotknięte problemem niepłodności postrzegają siebie jako posiadające większą kontrolę nad sytuacją i mające większe możliwości rozwiązania tego problemu. W analogiczny sposób niepłodni mężczyźni postrzegają swoje partnerki jako mające większą kontrolę nad możliwością poprawy sytuacji. Tak więc w sytuacji, gdy małżeństwo boryka się z problemem niepłodności, to bez względu na to, który z małżonków ponosi „biologiczną” odpowiedzialność za ten stan, kobiety postrzegają siebie i jednocześnie są postrzegane jako sprawujące większą kontrolę

nad sytuacją i mające większe możliwości jej zmiany (Abbey, Andrews, Halman, 1991).

Większość badań wskazuje na istotność komunikacji między partnerami oraz chęci zrozumienia drugiej osoby. Poziom porozumienia między małżonkami wobec problemu niepłodności oraz ich sposoby radzenia sobie z tą sytuacją mają znaczący związek z zadowoleniem ze związku (Newton, 2006; Lechner, Bolman, van Dalen, 2007).

3. Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna

W początkowym okresie badań nad niepłodnością skupiano się głównie na aspektach biologicznych. Obecnie w odniesieniu do badań, które sugerują, że około połowa niepłodnych osób boryka się z tym problemem z powodów innych niż medyczne, zaczęto przywiązywać większą wagę do psychopatologii (Thorn, 2009).

Istnieje niewiele badań poświęconych psychoterapii osób dotkniętych niepłodnością, jednak większość z nich wskazuje na pozytywne efekty jej stosowania (Deka, Sarma, 2010).

Thorn (2009) podkreśla że wsparcie emocjonalne i próby zrozumienia problemów danej osoby mogą wyraźnie wspomóc proces leczenia. Również wynik leczenia niepłodności może być regulowany przez czynniki psychologiczne. Większość przeprowadzonych na ten temat badań dowodzi, że wysoki poziom stresu u kobiet może negatywnie wpływać na możliwość zajścia w ciążę (Sanders, Bruce, 1999; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis, Braat, 2001). Jednocześnie wiele badań wskazuje na istnienie wyraźnego związku pomiędzy objawami psychologicznymi a skutecznością leczenia niepłodności. Odpowiednie oddziaływania psychologiczne mogą więc wspomóc proces leczenia i wpłynąć na możliwość poradzenia sobie z tym problemem.

4. Problemy metodologiczne badań

W badaniach nad niepłodnością wyróżnia się dwa podejścia - metody jakościowe oraz badania wykorzystujące techniki ilościowe, bazujące głównie na historii klinicznej pacjentów.

Badania opierające się na metodach jakościowych częściej odnoszą się do społecznych warunków oddziałujących na pacjentów oraz osobistych ich doświadczeń i świadomości różnych aspektów doświadczanej sytuacji. Badania te opierają się często na stwierdzeniu, że subiektywny odbiór problemu niepłodności jest kształtowany przez kontekst społeczny (Greil, Slauson Blevins, McQuillan, 2010). Badania zorientowane klinicznie wykorzystują wystandaryzowane narzędzia do oceny psychologicznej. Oba podejścia badań rzadko się przenikają, co skutkuje

ciągłym podziałem w świecie naukowym. Większość badań jest ograniczona metodologicznie ze względu na niewielkie grupy osób badanych, co prowadzi do trudności w przełożeniu wyników na całą populację. Dodatkową trudność stanowi konieczność zbadania diad małżeńskich, w których zwykle małżonkowie mają różne poglądy na temat uczestnictwa w badaniach. Sam problem niepłodności może być odbierany przez nich jako niezwykle osobisty, co może zniechęcać do dzielenia się swoimi doświadczeniami. Uniemożliwia to badaczom uzyskanie obiektywnych wyników i spojrzenie na problem z odpowiedniej perspektywy. Niemniej zagadnienie to jest niezwykle ważne i konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, które będą uwzględniały nie tylko biologiczne aspekty niepłodności, ale również bardzo istotną sferę psychiczną.

Bibliografia:

- Abbey, A., Andrews, F., Halman, L. (1991). Gender's role in responses to infertility. *Psychology of women Quarterly*, nr 2 (15), 295-316.
- Anderson, K., Sharpe, M., Rattray, A., Irvine, D.(2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of psychosomatic research*, nr 4 (54), 353-355.
- Baluch, B., Nasser, M. and Aghssa, M. (1998) Psychological and social aspects of male infertility in a male dominated society, *Journal of Social and Evolutionary Systems*, nr 1 (21), 13– 20.
- Batterman, R. (1985). A comprehensive approach to treating infertility. *Health & Social Work*, nr 1 (10), 46-54.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S. (1998) Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI, *Andrologia*, nr 1 (31), 27–35.
- Deka, K., Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *BJMP*, 3(3), 336.
- Freeman, W., Boxer, S., Rickels, K., Tureck, R., Mastroianni, L. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and sterility*, nr 1 (43), 48-53.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine*, nr 11 (45), 1679-1704.
- Greil, A., Slauson Blevins, K., McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, nr 1 (32), 140-162.
- Jordan, C., Ferguson, R. (2006). Infertility-related concerns in two family practice sites. *Families, Systems, & Health*, nr 1 (24), 28.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M. (2009). Coping, goal adjustment, and positive and negative affect in definitive infertility. *Journal of Health Psychology*, nr 1, (14), 18-26.
- Lazarus, R. (1998). The costs and benefits of denial. *Fifty years of the research and theory*

- of *RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, nr 1, 227-251.
- Lechner, L., Bolman, C., Van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, nr 1 (22), 288-294.
- Lukse, M., Vacc, N. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics & Gynecology*, nr 2 (93), 245-251.
- Martin-Matthews, A., Matthews, R. (2001). Living in time: multiple timetables in couples' experiences of infertility and its treatment. *Minding the Time in Family Experience: Emerging Perspectives and Issues*. New York: JAI and Elsevier Science.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function, *Urology*, nr 1 (63), 126-30.
- Nachtigall, R. Becker, G., Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and sterility*, nr 1 (57), 113-121.
- Newton, C. (2006). Counseling the infertile couple. *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* New York: Parthenon Publishing, 143-155.
- Oddens, B., den Tonkelaar, I., Nieuwenhuysse, H. (1999) Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey, *Human Reproduction*, nr 1 (14), 255-61.
- Peronace, L., Boivin, J., Schmidt, L. (2007) Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, nr 2 (28), 105-14.
- Sanders, K., & Bruce, N. (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, nr 6 (14), 1656-1662.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G., Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, nr 7 (16), 1420-1423.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, nr 12, (17), 3242-3250.
- Thorn, P. (2009). Understanding infertility: psychological and social considerations from a counselling perspective. *Int J Fertil Steril*, nr 2 (3), 48-51.
- Williams, M. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in private practice*, nr 3 (16), 7-26.

mgr Mateusz Barłów

doktorant - Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

mgr Marlena Stradomska

doktorantka - Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie

Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory postaw względem bezpłodności własnej oraz partnera, a także wobec metody in vitro

Wprowadzenie

W XXI wieku zmiany cywilizacyjne można zaobserwować nie tylko w perspektywie globalnej, ale i w lokalnej, a także w najmniejszej jednostce społecznej jaką jest rodzina. Rodzina jest grupą społeczną, która jest ważna dla człowieka w ciągu całego życia, jest ona niezbędna dla prawidłowego rozwoju dziecka (Szewczuk, 1998, s. 734). Zmienia się coraz częściej spostrzeganie kwestii dotyczącej struktury, wieku wchodzenia w związki partnerskie czy kwestia posiadania dzieci, których liczba maleje nieprzerwanie od lat 90-tych XX wieku (Waligórska i in., 2015, s. 33-36). To tylko niektóre przykłady transformacji, które można zaobserwować w codziennym życiu. Jednakże pomimo wielu przeobrażeń społeczno-gospodarczych zachowanie gatunku w dalszym ciągu jest najbardziej podstawowym instynktem, wynikającym m.in. z czynników biologicznych i ewolucyjnych, a także podstawowych zadań rozwojowych jednostki (Gurba, 2011, s. 287-311, Kalat, 2007, s. 14-19). Możliwość posiadania potomstwa jest pożądana przez większość społeczeństwa (Cohen, 2011, s. 117-125). Z natury człowieka wynika, że jest on istotą rodzinną. Brak najbliższych i trwałych kontaktów rodzinnych może powodować osamotnienie, trudności w adaptacji, wyobcowanie, stereotypowe postrzeganie, poczucie nieumiejętności realizacji zadań rozwojowych, czy też brak poczucia sensu życia (Gurba, 2011, s. 287-311, Yalom 2008, s. 1-503). Niemniej jednak należy zaznaczyć, że ludzkość wytworzyła różne formy życia małżeńsko-rodzinnego, które w subiektywnej opinii gwarantują: poczucie bezpieczeństwa, przynależności czy akceptacji (Kuwala, 2007, s. 5-7).

Na przekroju wieków można zaobserwować różnorodne zmiany w tym zakresie. Ponadto współczesna medycyna, ginekologia i możliwości technologiczne XXI wieku pozwalają na różnorodne formy wspomagania ludzi pragnących potomstwa. W związku z powyższym specjaliści oferują szerokie spektrum leczenia niepłodności w sposób farmakologiczny, jak i zabiegowy. Statystyki pokazują, że jest

to temat coraz bardziej powszechny, a więc staje się powoli problemem społecznym (Jakimiuk, Issat, 2014, s. 258-270; Kurkiewicz, 2014, s. 103-157).

W związku z powyższym postanowiono przeprowadzić badanie dotyczące związku zmiennych psychologicznych (poczucia własnej wartości oraz inteligencji emocjonalnej) z postawą względem bezpłodności i skutków z tym się wiążących.

1. Problem bezpłodności

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepłodność jako niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego (3–4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy, bez stosowania jakichkolwiek środków zapobiegawczych (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2006, s. 228). Diagnozowanie i leczenie niepłodności jest złożonym procesem, który wymaga cierpliwości, uwagi i dużego zaangażowania zarówno pacjentów, jak i lekarza. Wielu specjalistów zostaje zaangażowanych w proces diagnozy jak i leczenia, w tym lekarzy ginekologów, urologów, endokrynologów, internistów i radiologów. Najnowsze przeobrażenia, odkrycia i postęp w dziedzinie farmakologii, embriologii i technologii znacznie zwiększyły prawdopodobieństwo posiadania potomstwa przez niepłodną parę (*American Society for Reproductive Medicine*, 2012; s.1-19, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2014; s. 1-20; Dada i in. 2011, s. 42-56; Eyer i in. 2015, s. 1-14; Meniru, 2004; s. 1-28; Nana i in. 2015, s. 35-38 Jungwirth i in., 2015, s. 1-33 Lunenfeld, 2013, s. 13-22).

Niepłodność stanowi jeden z poważniejszych problemów nowoczesności – wiele osób zabsorbowanych jest karierą, rozwojem osobistym, pracą zawodową – aktywności te często nie są kompatybilne z rozwojem życia rodzinnego, prowadząc w ostatnich latach do opóźnienia czasu narodzin pierwszego dziecka w rodzinie (Waligórska i in., 2015, s. 40). Wraz z upływem lat część ludzi zaczyna odczuwać pewne braki, niedosyt spowodowany zaniedbaniem podstawowych zadań rozwojowych, do których należy założenie rodziny wraz z potomstwem (Gurba, 2011, s. 287-311). Niniejsze rozczarowania mogą doprowadzić do wielu problematycznych, niebezpiecznych dla zdrowia aspektów. Konsekwencje związane z odczuwaniem negatywnych emocji, stresu, frustracji mogą być różnorodne. Wśród podstawowych kategorii konsekwencji wyróżniamy te natury zdrowotnej, emocjonalnej oraz zmian w zachowaniu (Ogińska-Bulik, 2006, s. 62). Z badań wynika, że istnieją czynniki moderujące poziom odczuwanych negatywnych emocji. Wśród tych zmiennych znajduje się samoocena oraz inteligencja emocjonalna, a więc zmienne uwzględniane w niniejszym badaniu. Zmienne te mają związek z poziomem odczuwania negatywnych emocji, czy stresu, co potwierdzają badania (Barlóg, Stradowska, 2015, s.159-171, Ogińska-Bulik, 2006, s. 88-108).

XXI wiek charakteryzuje się olbrzymim postępowaniem dotyczącym kwestii związanych z prokreacją. Naukowcy zgromadzili wiedzę dotyczącą fizjologii rozrodu człowieka, zrozumienia przyczyn niepłodności, rozwoju metod leczenia ale również kwestii psychologicznych związanych z niniejszą tematyką. (Kuczyński, 2005, s.7-10). Liczne dyskusje etyczne prowadzone na różnych płaszczyznach generują dwie fundamentalne różnice dotyczące prokreacji. Pierwszy to taki, który uznaje domenę ludzkiej wolności (liberalny), a drugi tradycjonalistyczny, który sprzeciwia się ingerencji człowieka w kreację nowego życia (konserwatywny) (Różyńska, 2013, s.237-344). Warto jednak zaznaczyć, że współcześnie jedno na pięćdziesięcioro dzieci na świecie rodzi się dzięki zastosowaniu metod pozaustrojowych. (Paszkowski, Wrona, 2006, s. 21).

Przewiduje się, że w krajach wysokorozwiniętych od 10 do 15% par w wieku prokreacyjnym cierpi na niepłodność. Opracowane przez Główny Urząd Statystyczny najnowsze prognozy demograficzne do roku 2050 są wyjątkowo niepokojące. Otóż, poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym jest notorycznie spadający przyrost naturalny, który jest główną przyczyną wyludniania się kraju. Zgodnie z przewidywaniami Głównego Urzędu Statystycznego do końca 2050 r. ludność Polski osiągnie 34 mln osób, co w porównaniu do lat poprzednich np. 2013 r. oznacza spadek liczby ludności o prawie 5 milionów osób. Główną przyczyną zmniejszenia się populacji jest starzejące się społeczeństwo, a także spadek liczby narodzin. Warto zaznaczyć, że w 2013 r. w Polsce urodziło się 370 tys. dzieci, ale prognozuje się, że liczba ta spadnie do 255 tys. Co w tym przypadku jest bardzo niepokojącą różnicą, ponieważ niska dzietność przekłada się na ujemny przyrost naturalny. Współczynnik dzietności utrzymuje się od blisko dwudziestu lat na niskim poziomie, który w 2013 r. wynosił 1,26. W statystyce tej Polska uplasowała się na przedostatnim miejscu w Europie pod względem dzietności (Waligórska i in., 2015, s. 46)

Istnieją także przypadki, w których para pomimo starań nie posiada potomstwa, a podstawowe badania diagnostyczne nie przynoszą odpowiedzi, na pytanie o przyczyny trudności. Jeżeli nie można znaleźć jednoznacznej przyczyny pochodzenia niepłodności to mówi się o niepłodności idiopatycznej (Kuczyński i in., s.149-154).

Dodatkowo można wyróżnić niepłodność pierwotną (*sterilitas primaria*), gdy kobieta nigdy nie była w ciąży, oraz niepłodność wtórną (*sterilitas secundaria*), kiedy kobieta była już w ciąży, jednakże nie jest zdolna ponownie zająć w ciążę. Niepłodność wtórna może mieć miejsce niezależnie od skutków (poród, poronienie, sztuczne bądź naturalne). Kolejnym kryterium bezpłodności jest stopień jej uleczalności (*infertilitas*), często jest ona nieuleczalna (Maśliński, Ryżewski, 2002, s. 489-852). Bezpłodność może być opisywana ze względu na płeć. Jeśli przyczyną niepłodności w związku są problemy związane z mężczyzną jest to niepłodność

męska, jeśli zaś z kobietą to niepłodność kobieca. Natomiast w przypadku problemów dotyczących obojga partnerów mówi się o niepłodności partnerskiej (Radwan, 2011, s. 11-14). Częstość występowania niepłodności zwiększa się znacząco wraz z wiekiem kobiety, nawet do 35%, gdy kobieta jest w wieku 40 lat. Komórki jajowe stają się coraz bardziej odporne na zapłodnienie i wzrasta częstość występowania anomalii chromosomalnych, co zwiększa prawdopodobieństwo wczesnej utraty ciąży.

Leczenie niepłodności jest dość wyjątkowe w medycynie, ponieważ lekarz leczy dwóch pacjentów jednocześnie. W ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci, nastąpił znaczący postęp w zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu niepłodności. *American Society of Reproductive Medicine* prowadziło kampanię informującą pacjentów o przyczynach, ale także sposobach zapobiegania niepłodności. Analizy badań dostarczają coraz to nowych informacji o możliwościach pomocy niepłodnym parom. Wiele kobiet personalnie odczuwa piętno związane ze stygmatyzacją społeczną dotyczącą niepłodności, mimo, że problem ten uznawany jest jako trudność pary (Bidzan, 2006, s. 69-74). Przestano interesować się niektórymi przeprowadzonymi w przeszłości badaniami, a zajęto się eksploracją kolejnych możliwości (Radwan, 2011, s. 10-14). Nastąpiła także znaczna poprawa diagnostyki obrazowej, która pozwoliła lekarzom lepiej diagnozować i rozumieć stan kliniczny pacjenta. Poprawa w zakresie technologii, produktów farmaceutycznych, wsparcia par próbujących powiększyć rodzinę zrewolucjonizowały leczenie niepłodności. Dodatkowo udoskonalenie sal operacyjnych pozwala chirurgom korzystać z mniej inwazyjnych technik i uzyskać coraz to lepsze wyniki. Terapia farmakologiczna poprawiła zdolność do leczenia zaburzeń jajczkowania i endometriozy, czyli choroby narządów płciowych kobiety. Tradycyjnie diagnostyka niepłodności polega na kompleksowej ocenie różnych układów, których właściwe współdziałanie pozwala osiągnąć sukces w złożonym procesie rozrodu. Obszar badań obejmuje ruchliwość nasienia, ocenę śluzu szyjkowego, błony śluzowej jamy macicy, jajowodów, jajników i jamy otrzewnej. Podstawowe badania niepłodności trwają zwykle od 2 do 3 miesięcy. Często zdiagnozowany zostaje więcej niż jeden problem mogący prowadzić do niepłodności (Cohen, 2011, s. 117-125).

2. Metoda badań własnych

Przebadano 100 osób w wieku 21-29 lat ($x=24,18$; $SD=3,27$), w tym 66 kobiet i 34 mężczyzn. Wśród badanych jest 36 osób pozostających w związku oraz 64 singli. W badaniu założono następujące hipotezy:

H1 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą wobec bezpłodności własnej;

- H2 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą wobec bezpłodności własnej;
- H3 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą wobec in vitro;
- H4 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą wobec bezpłodności własnej;
- H5 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą wobec bezpłodności partnera;
- H6 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą wobec in vitro.

W celu weryfikacji hipotez zastosowano następujące metody badawcze:

Skala Samooceny SES M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny z 2008 roku.

Skala SES jest narzędziem składającym się z 10 pozycji diagnostycznych. Badany dokonuje wyboru odpowiedzi na skali 1-4, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, natomiast 4 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Skala posiada polskie normy dla badanych w wieku od 14 do 75 lat. Wyniki testu pozwalają opisać osobę badaną pod względem poziomu ogólnej, jawnej samooceny. Metoda posiada bardzo dobre właściwości psychometryczne, dla przykładu rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wynosi 0,83 (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008, s.61-64).

Skala Inteligencji Emocjonalnej INTE, której autorami są N.S. Schutte, J.M. Malouff, L. E. Hall, D. J. Haggerty, J. T. Cooper, Ch. J. Gloden, L. Dornheim. Polska adaptacja A. Ciechanowicz, A. Jaworowskiej i A. Matczak składa się z 33 pozycji kwestionariuszowych, do których badany odnosi się wybierając odpowiedzi na skali od 1 do 5 (Jaworska, Matczak, 2008, s. 61-63).

Kwestionariusze własne oparte na dyferencjale semantycznym, gdzie badany odnosił się do pytań na skali 1-10. Stworzono 3 skale, im wyższy wynik osiągnięty w skali tym bardziej negatywna postawa względem badanej kwestii. Zastosowano następujące skale:

- 1) Skala postawy względem bezpłodności własnej

Składająca się z 17 pytań odnoszących się do stosunku badanego do swojej bezpłodności oraz do oczekiwanej reakcji partnera na bezpłodność badanego. Przykładowe pozycje skali:

Gdyby okazało się, że jestem bezpłodny:

1. Załamałbym/łabym się;
2. Czułbym/łabym się niespełniona jako mężczyzna/kobieta;
3. Nie chciałoby mi się żyć;
4. Partner by się ze mnie śmiał;
5. Partner zaakceptowałby to.

2) Skala postawy względem bezpłodności partnera

Składająca się z 8 pozycji, określających reakcję na informację o bezpłodności partnera osoby badanej. Przykładowe pozycje skali:

1. Zaakceptowałbym to bez problemu;
2. Z czasem i trudem bym to zaakceptował;
3. Szczerze bym poinformował, że jest to powód rozstania;
4. Rozstałbym się podając inne powody rozpadu związku;
5. Uważałbym go za gorszego od siebie.

3) Skala postawy względem in vitro

Pozycje skali odnoszą się do postawy badanych do kwestii in vitro. Zawarto w niej 9 stwierdzeń. Przykładowe pozycje:

1. In vitro to zło;
2. Uważam, że dzieci poczęte metodą in vitro są takie same jak poczęte naturalnie;
3. Uważam że zabieg in vitro ma wpływ na rozwój dzieci;
4. Dzieci z in vitro są częściej chore i słabsze od dzieci poczętych naturalnie;
5. Dzieci z in vitro to twór bogaczy.

3. Analiza wyników badań własnych

W celu weryfikacji hipotez zastosowano test korelacji r-Pearsona. Samoocena koreluje z postawą względem in vitro. Im wyższy poziom poczucia własnej wartości, tym bardziej pozytywna postawa do kwestii zastosowania in vitro ($r = -0,180$; $p = 0,073$). Korelacja ta ma jednak przeciętny charakter, a sama korelacja jest na poziomie tendencji statystycznej. Na podobnym poziomie tendencji statystycznej ujawnia się słaby związek pomiędzy poczuciem własnej wartości, a postawą względem własnej bezpłodności. Wraz ze wzrostem poczucia własnej wartości widoczny jest bardziej negatywny stosunek do możliwości własnej bezpłodności ($r = 0,036$; $p = 0,076$). Osoby o wyższym poczuciu własnej wartości są zatem gorzej nastawione do perspektywy bycia osobą bezpłodną.

Tabela nr 1. Samoocena a skale

	R	P
Skala nr 1	0,036	0,076
Skala nr 2	-0,141	0,162
Skala nr 3	-0,180	0,073

1. *Skala postawy względem bezpłodności własnej*

2. *Skala postawy względem bezpłodności partnera*
3. *Skala postawy względem in vitro*

Poziom inteligencji emocjonalnej koreluje z *postawą względem bezpłodności partnera* ($r=-0,194; p=0,05$). Wysoki poziom tej zmiennej wiąże się z większym zrozumieniem dla bezpłodności partnera.

Inteligencja emocjonalna nie wykazuje natomiast związku z *postawą względem bezpłodności własnej* ($r=-0,3; p=0,769$). Poziom inteligencji emocjonalnej nie koreluje także z *postawą względem In Vitro* ($r=-0,072; p=0,476$).

Tabela nr 2. Inteligencja emocjonalna a skale

	R	P
Skala nr 1	-0,30	0,769
Skala nr 2	-0,194	0,053
Skala nr 3	-0,072	0,476

1. *Skala postawy względem bezpłodności własnej*
2. *Skala postawy względem bezpłodności partnera*
3. *Skala postawy względem in vitro*

Tabela nr 3. Relacja między poszczególnymi postawami względem tematyki bezpłodności

	Skala nr 1		Skala nr 2		Skala nr 3	
Skala nr 1	-	-	0,320	0,001	0,359	0,001
Skala nr 2	0,320	0,001	-	-	0,520	0,001
Skala nr 3	0,359	0,001	0,520	0,001	-	-

1. *Skala postawy względem bezpłodności własnej*
2. *Skala postawy względem bezpłodności partnera*
3. *Skala postawy względem in vitro*

Dodatkowe analizy pokazują, iż *postawa względem bezpłodności własnej* koreluje z *poziomem postawy względem bezpłodności partnera* ($r=0,320; p=0,001$). Osoby bardziej akceptujące prawdopodobieństwo swojej bezpłodności są również bardziej wyrozumiali względem możliwości bezpłodności partnera. Badani o takiej postawie, mają również bardziej pozytywną postawę względem metody in vitro ($r=0,359; p=0,001$).

Osoby akceptujące bezpłodność własną mają również bardziej pozytywne nastawienie względem metody in vitro ($r=0,359; p<0,001$). Wyższy poziom zrozumienia bezpłodności partnera wiąże się także z większą otwartością na metodę in vitro ($r=0,486; p<0,001$).

4. Dyskusja wyników

Wielość zjawisk związanych z funkcjonowaniem rodziny w XXI wieku uniemożliwia sprecyzowanie jej dalszych losów. Ciągłe zmiany dokonujące się w społeczeństwie modyfikują podstawowe funkcje rodziny. Niektóre z nich ulegają częściowej redukcji lub zanikają, natomiast inne stają się ważniejsze i bardziej wartościowe (Bryniewicz, 2015, s. 229-261). Na współczesny stan i poziom funkcjonowania rodzin mają niekiedy wpływ poglądy, opinie, rzadziej teorie pochodzące z różnych źródeł, które prowadzą do wielu problemów, stereotypizacji, nie są one wolne od współcześnie pojawiających się zagrożeń (Rostowski, Rostowska, s. 229-245).

Wyniki niniejszego badania pokazują, że zarówno samoocena oraz inteligencja emocjonalna mają związek z nastawieniem do problematyki bezpłodności oraz postawy względem *in vitro*. Analiza tychże wyników świadczy o kilku ważnych zagadnieniach. Samoocena oraz inteligencja emocjonalna mogą być czynnikami mającymi znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania w rodzinie i związku, postawie względem swoich zalet, wad i ułomności, postawy względem możliwości bezpłodności. Z drugiej strony zmienne te mogą kształtować związek poprzez oczekiwania względem swojego partnera. Wyniki pokazują, iż wraz ze wzrostem inteligencji emocjonalnej spada negatywny stosunek do bezpłodności partnera. Zatem badani o wyższym poziomie inteligencji emocjonalnej cechują się także wyższym poziomem wyrozumiałości względem możliwości bezpłodności u swojego partnera. Analiza wyników jest zatem potwierdzeniem dotychczasowej wiedzy. Samoocena oraz inteligencja emocjonalna mogą stanowić bufor przed negatywnymi emocjami, pomagać w radzeniu sobie ze stresem, czy to w domu, czy w pracy (Barłóg, Stradomska, 2015, s. 159-171; Ogińska-Bulik, 2006, s. 88-108). Zmienne te korelują także z innymi ważnymi w funkcjonowaniu społecznym zmiennymi, jak kompetencje społeczne.

Ważnym zagadnieniem jest także nastawienie badanych względem *in vitro*. Okazuje się, że bezpłodność może wiązać się z postawą względem *in vitro*. Wydaje się zatem, że dla osób mogących się zmagać się z problemem braku potomstwa metoda ta staje się ważną alternatywą realizacji swoich zadań rozwojowych i satysfakcji w związku. Metoda ta może mieć też związek z kształtowaniem się funkcjonowania nie tylko związku, ale i psychicznym funkcjonowaniem jednostki. W badaniu osoby o wyższym poczuciu własnej wartości cechowały się bardziej pozytywnym nastawieniem do zastosowania metody *in vitro*.

W artykule pt. „*Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory gotowości do tworzenia rodziny zastępczej, rodziny adopcyjnej oraz postawy względem pomocy społecznej*” zamieszczonym w tym numerze Kwartalnika

przedstawiono nastawienie badanych względem innych form zaspokojenia potrzeby posiadania potomstwa, takich jak rodziny adopcyjne, czy zastępcze. Okazuje się, że badani braliby pod uwagę możliwość zastosowania metody *in vitro* nawet w przypadku, gdy są osobami wierzącymi, przy świadomości, że jest to poważne naruszenie norm moralnych.

Można zatem stwierdzić, że niepłodność jest poważnym problemem w wieloaspektowym rozumieniu. Wpływa ona na co najmniej kilka aspektów w funkcjonowaniu rodzinnym, jednostkowym, ale i w wymiarze społecznym. Posiadanie lub brak potomstwa jest jednym z czynników kształtujących satysfakcję związku. Do subiektywnych czynników, które warunkują trwałość rodziny czy małżeństwa można zaliczyć:

- szacunek i wzajemnie uznanie,
- dobre współżycie seksualne,
- wzajemna wierność,
- posiadanie dzieci,
- współudział w wykonywaniu obowiązków domowych i rodzinnych,
- zgodność poglądów religijnych,
- wspólne zainteresowania i zamiłowania o charakterze pozareligijnym,
- podobne pochodzenie społeczne,
- odpowiednie warunki mieszkaniowe,
- odpowiednie warunki materialne (Kawula, 2000, s. 133).

Istnieją także ustrukturyzowane czynniki, które mogą doprowadzić do rozpadu rodziny czy małżeństwa bądź podwyższają to ryzyko:

- brak szacunku w rodzinie,
- niezadawalające życie seksualne,
- brak miłości w małżeństwie, znudzenie wzajemnym pożyciem,
- niezgodność charakteru,
- niewierność, zdrada,
- niemożność lub niechęć posiadania dzieci,
- niezgodność co do liczby dzieci,
- trudności wynikające z trudnych warunków mieszkaniowych,
- trudności wynikające z niesprzyjającej sytuacji materialnej (tamże, s.136).

Podsumowując - dla wielu osób posiadanie potomstwa jest głównym celem planu życiowego, stanowiącego wyraz wzajemnej miłości, jedności, zrozumienia, budowania poczucia bezpieczeństwa czy przynależności. Osoby cierpiące z powodu bezpłodności mają prawo skorzystania z wielu możliwości i metod leczniczych,

które zwiększają szansę na poczęcie potomstwa (Trzakuś, Zdończyk, 2016, s. 164-177)¹.

W związku z wieloma problemami dotyczącymi przyrostu naturalnego, zdrowie prokreacyjne nabiera priorytetowego znaczenia dla rozwoju całego kraju, w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym (Skrzypulec, 2015, s. 11).

Bibliografia:

- American society for reproductive medicine* (2012). *Infertility: An Overview: A Guide for Patients*.
- Barłóg M., Stradomska M., (2015). *Stres zawodowy w grupie wolontariuszy klinik medycznych w Lublinie*, (w:) *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*, K. Barłóg (red.) (s.159-171), Rzeszów: UR.
- Bidzan, M. (2006). *Nieplodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Kraków: Impuls.
- Bryniewicz. W. (2005) *Przeobrażenia we współczesnej polskiej rodzinie*, (w:) *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*, M. Płopa (red.) (s. 229-261), Elbląg; Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Action Plan for the Detection, Prevention, and Management of Infertility*, Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; June 2014
- Cohen S., (2011). *Przegląd kliniczny: nieplodność*, (w:) *Radiologia interwencyjna w leczeniu chorób kobiet*, R. Andrews, M. Brodie, K. Chwalisz (red.) (s. 117-125), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dada, R. Thilagavathi, J. Venkatesh, S. Esteves, S.C., Agarwa, A. Genetic (2011), *Testing in Male Infertility. The Open Reproductive Science Journal*, 3, pp. 42-56.
- Dzwonkowska I., Lachowicz- Tabaczek K., Łaguna M. (2008), *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M.Rosenberga*. Warszawa: PTP.
- Eyer K., Katharina Root K, Verboket P.E, Dittrich P.S. (2015), *Detection of Infertility-related Neutralizing Antibodies with a Cell-free Microfluidic Method. Scientific Reports*, number 5, article number: 16551, pp. 1-12.
- Główny Urząd Statystyczny (2015). *Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna*. Warszawa: GUS.
- Gurba E. (2011). *Wczesna dorosłość*, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) (s. 287-311), Warszawa: PWN.

¹ *Przypis redakcji* – Prawo skorzystania z możliwości i metod leczniczych zakłada także, ale i przede wszystkim, konieczność uwzględniania norm moralnych istotnych w zakresie wspomagania prokreacji, a więc norm respektujących godność każdej istoty ludzkiej i jej prawo do istnienia.

- Jakimiuk A., Issat T. (2014). *Niepłodność w Polsce i Europie*, (w:) *Sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska, (red.) (s. 258-270). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Jaworska A., Matczak A. (2008). *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej INTE*. Warszawa: PTP.
- Jungwirth A. (Chair), Diemer T., Dohle G.R., Giwercman A., Kopa Z., Krausz C., Tournaye H. (2015). *Guidelines on Male Infertility*. European Association of Urology.
- Kalat J.W. (2007). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: PWN.
- Kawula S. (2000). *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, (w:) *Pedagogika rodziny*, S. Kawula, J. Bragieli, A.W. Janke (red.), (s. 153-170), Toruń: Wydawca Adam Marszałek.
- Kawula S. (2007). *Kształty rodziny współczesnej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kuczyński W. (2005), Techniki wspomaganie rozrodu – problemy prawne i ich konsekwencje. *Ginekologia Praktyczna*, nr 86 (5), s. 7-10.
- Kuczyński W., Kurzawa R., Oszukowski P., Pawelczyk L., Poręba R., Radowicki S., Szamatowicz M., Wołczyński S. (2012), Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności. *Ginekologia Polska*, nr 83, s. 149-154.
- Kurkiewicz J. (2014). *Urodzenia i płodność*, (w:) *Sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska (red.) (s. 103-157). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Lunenfeld, B. (2013), Management of Infertility: Past, Present and Future (from a personal perspective). *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, sonderheft 1, 13-22.
- Maśliński S., Ryzewski J., (2002). *Patofizjologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Meniru I.G. (2004). *Cambridge guide to infertility management and assisted reproduction*. Cambridge: University Press.
- Nada A.M., Hassan F.M, Al-Azhary N.H. (2015), Detection of Chlamydia Trachomatis in patients with unexplained infertility: A case control study, *Egyptian Journal of Medical Microbiology*, Volume 24, No. 2, 35-38.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*. Warszawa: Difin.
- Paszkowski T., Wrona W. (2006). *Miejsce technik wspomaganego rozrodu w medycynie*, (w:) B. Chyrowicz (red.), *Metody wspomaganego prokreacji: sukces czy porażka?* (s. 19-29). Lublin: KUL.
- Radwan J. (2011). *Epidemiologia niepłodności*, (w:) *Niepłodność i rozród wspomagany*, J. Radwan, S. Wołczyński (red.) (s. 11-14). Poznań: Termedia.

- Rostowski J., Rostowska T. (2005). *Matżeństwo – wczoraj, dzisiaj i jutro – w perspektywie psychologicznej*, (w:) *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*, M. Płopa (red.) (s. 229-261). Elbląg; Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Różyńska J. (2013). *Etyka i wspomagana prokreacja*, (w:) *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska (red.) (s. 327-345). Warszawa: Wolters Kluwer SA.
- Skrzypulec-Plinta V. (2015). *Prognozy demograficzne, polityka zdrowotna i ludnościowa w Polsce w aspekcie niepłodności*, Wspieramy płodność, Raport Koalicji na rzecz Kompleksowej Terapii Niepłodności. s. 11-15, Warszawa (Pobrano: http://wspieramyplodnosc.pl/Wspieramy_Plodnosc.pdf 10.02.2017 g.10.00)
- Szewczuk W. (red.) (1998). *Encyklopedia Psychologii*, Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Trzakuś P.K., Zdończyk S.A. (2016). *Psychospołeczne aspekty medyczne wspomaganej prokreacji*, (w:) *Bioetyka*, P. Szczepańczyk (red.) (s. 164-177). Siedlce: Wydawnictwo Unitas.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Definition of "infertility", (2006), *Fertility and Sterility*, nr 86, (4), s. 156-160.
- Yalom I.D. (2008). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Studia i Analizy Statystyczne.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Studia i Analizy Statystyczne.

mgr Paulina Trębicka
doktorantka
Instytut Psychologii WFCH
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Poronić życie - ale czy tylko dziecka? Rozważania teoretyczne

Wprowadzenie

Do poronienia samoistnego dochodzi najczęściej przed 22 tygodniem ciąży (Chazan, 2010, za: Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013). W Polsce w 2014 roku liczba martwych urodzeń wyniosła 3,6 na 1000 urodzeń ogółem, a częstotliwość dotyka 15-20% wszystkich ciąż (GUS, 2014, za: Kuropka, 2015). Przyczyn występowania tego zjawiska jest wiele. Często też nie ma jednej przyczyny, a kilka wspólnie występujących. Wyróżnia się zewnętrzne i wewnętrzne przyczyny poronienia samoistnego. Pierwsze związane są z warunkami życia kobiety, pracy, stosowaniem używek, itp. Przyczyny wewnętrzne dotyczą stanu zdrowia matki, w tym również nieprawidłowości dotyczące układu rodowego lub płodu. Do poronienia samoistnego najczęściej dochodzi w pierwszym trymestrze ciąży (Barto-Smoczyńska, 2006).

Celem niniejszej pracy jest ukazanie wpływu poronienia na różne aspekty życia kobiety oraz rozważania na temat szeroko pojętego wsparcia i adaptacji ze wskazaniem kierunku dalszych badań dotyczących związku religijności z tymi dwoma aspektami.

1. Psychologiczne następstwa utraty dziecka

Ciąża i oczekiwanie na dziecko jest ważnym wydarzeniem w życiu całej rodziny. Często, nawet nieplanowana, wywołuje u przyszłych rodziców wiele pozytywnych emocji, takich jak radość i ekscytacja (Abboud, Liamputtong, 2002). Kobiety w ciąży doświadczają zmian za równo na poziomie fizycznym, psychicznym, jak i dotyczącym relacji intymnej oraz społecznym, potrzebnych do przyjęcia roli matki (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Rodzice oczekujący na dziecko wybierają mu imię, przygotowują pokój, planują wspólne spędzanie czasu i podział obowiązków. Z czasem coraz szersze grono rodziny i znajomych dowiaduje się o mającym przyjść na świat dziecku, dzieląc radość i oczekiwanie z przyszłymi rodzicami, a szczególnie

z matką (Lachelin, 1998, za: Guzewicz, 2014). Dlatego też sytuacja utraty dziecka dotyka wielu sfer funkcjonowania. Wiąże się z ogromnym bólem fizycznym, psychicznym, trudnościami związanymi ze sferą seksualną, utratą poczucia sensu życia oraz własnej wartości (Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013; Mroczkowska, 2011).

Poronienie jest sytuacją nagłą i bardzo stresującą. Rodzice często odczuwają rozczarowanie, żal, zawiedzioną nadzieję. Zazdroszczą innym rodzinom posiadanych dzieci. Pojawiają się obawy i lęki związane z przyszłością, ponownym zajściem w ciążę, poronieniem (Kocylowski, 2012, za: Guzewicz, 2014).

Poronienie samoistne wpływa na sferę somatyczną, emocjonalną oraz psychiczną kobiety. Badania Guzewicz (2014) dotyczące występowania objawów depresji u kobiet po poronieniu pokazują, że strata dziecka w sferze somatycznej matki wywołuje zaburzenia snu, męczliwość, brak apetytu i trudności w pracy. Ponadto, pacjentki mają obniżony nastrój, nie odczuwają przyjemności, są niezadowolone z siebie i pesymistyczne. Przejawiają niższe zainteresowanie sferą seksualną, są drażliwe w kontaktach społecznych i wycofują się z nich. Towarzyszy im lęk o własny stan zdrowia. Dodatkowo cechuje je niższe poczucie własnej wartości i obecność myśli samobójczych.

Inne badania (Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013) pokazują, że doświadczenie samoistnego poronienia przyczynia się do odczuwania wysokiego poziomu lęku, wystąpienia objawów depresji oraz zaburzenia po sytuacji traumatycznej. Murlikiewicz i Sieroszewski (2013) zwracają uwagę na osobowość i styl radzenia sobie ze stresem, jako czynniki mające wpływ na wystąpienie i intensywność zaburzeń. Podkreślają, iż kobiety o osobowości lękowej i stylu radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach stanowią główną grupę ryzyka. W grupie tej znajdują się również kobiety, które poroniły po raz kolejny. Natomiast pacjentki o osobowości ekstrawertycznej z dużą otwartością na doświadczenie lepiej radzą sobie z poznawczym zrozumieniem tego trudnego doświadczenia, a co za tym idzie szybciej się adaptują.

Abboud i Liamputtong (2002) przeprowadzili badania jakościowe na sześciu parach chrześcijańskich małżeństw. W wypowiedziach kilku kobiet pojawiały się zdania świadczące o poczuciu winy, odpowiedzialności za utratę dziecka. Inne badania również potwierdziły iż kobiety obwiniają same siebie po poronieniu (np. Guzewicz, 2014; Liamputtong, 1999, za: Abboud, Liamputtong, 2002) Oto jedna z przykładowych wypowiedzi (Abboud, Liamputtong, 2002, s. 47): *„Było kilka osób, które mówiły mi « to twoja wina, nie odżywiałaś się dobrze». Tylko, że oni muszą mówić, wiesz. Obwiniają mnie, że kiedy byłam w ciąży powinnam jeść więcej dla dziecka. Obwiniają mnie, mówią, że to moja wina, bo tańczyłam, że kiedy byłam w ciąży to tańczyła i nie odżywiałam się właściwie. To moja wina, że to się stało. Czułam się naprawdę strasznie, że to moja wina i płakałam i płakałam z tego powodu, czy to naprawdę mogła być moja wina? Tak*

bardzo się martwiłam, że to moja wina, tak bardzo płakałam, że musiałam iść do szpitala, ponieważ myślałam, że zabiłam moje dziecko” [tłum. PT].

Na uwagę zasługuje jeszcze fakt, że niektórzy mężowie winę za poronienie przypisują swoim żonom, inni Bogu, a jeszcze inni lekarzom (Puddifoot, Johanson, 1997, za: Abboud, Liamputtong, 2002). Jest to więc niezwykle trudne doświadczenie dla obojga rodziców. Szczególnie jednak dla kobiet, które zamiast pocieszenia i wsparcia ze strony mężów, mogą doświadczać wyrzutów i obwiniania.

Wielu psychologów i psychoterapeutów wskazuje na doświadczenie całego procesu żałoby, jako istotnego elementu radzenia sobie i pogodzenia się z utratą dziecka (Barton-Smoczyńska, 2006). Proces ten obejmuje pięć faz. Pierwsza faza – faza szoku – w której osoby odczuwają bezradność, chaos i dystansują się. W drugiej fazie – fazie poczucia straty obecne są silne emocje i przeżycia takie jak złość, gniew, stres, obwinianie siebie. Trzecia faza to faza wycofania, ochrony siebie, w której dominuje zmęczenie, smutek oraz dążenie do poprawy samopoczucia. Czwarta faza powrotu do zdrowia, to czas tworzenia tożsamości na nowo, pogodzenia się z rzeczywistością i przebaczenia, poszukiwania sensu i znaczenia przeżytych doświadczeń oraz odzyskania kontroli. Ostatnia faza – faza odnowy – to etap powrotu do kontaktów społecznych, podejmowania nowych ról i nowej świadomości siebie (Sońta, Sońta, 2009, za: Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Prawidłowe przejście przez wszystkie fazy przeżycia żałoby pozwala na późniejsze prawidłowe kształtowanie relacji z dziećmi narodzonymi oraz poczucie spełnienia i zadowolenia z rodzicielstwa u małżonków (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010).

2. Przeszkody i trudności w adaptacji

Po poronieniu, kobiety znajdują się w bardzo trudnej sytuacji. Utrata nienarodzonego dziecka niesie za sobą konsekwencje obciążające psychicznie i emocjonalnie. Zrozumiała jest więc potrzeba pomocy i wsparcia kobiet po doświadczeniu poronienia. Niestety, w rzeczywistości nie mają one zapewnionej specjalistycznej opieki. W środowiskach medycznych nadal brak jest dostatecznej wiedzy dotyczącej psychologicznych konsekwencji utraty dziecka. Nie ma zapewnionej wystarczającej opieki psychologów zarówno po poronieniu, jak i w trakcie przekazywania informacji o nim. Świadczy o tym mała liczba zatrudnionych psychologów w szpitalach (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Brak delikatności i wrażliwości ze strony personelu medycznego podczas przekazywania informacji o poronieniu, stanowi kolejne bolesne doświadczenie dla kobiety. Dla niektórych lekarzy sytuacja poronienia jest na tyle „normalna”, że bagatelizują przeżycia niedoszłej matki. Dla kobiet jednak bardzo istotne jest to, w jaki sposób zostanie im ta wiadomość przekazana (Barton-Smoczyńska, 2006). Poważne

kontrowersje budzi fakt, że kobiety po poronieniu niekiedy umieszcza się w sali szpitalnej razem z matkami czekającymi na poród (Pociask, 2009).

Nie tylko szpitale są miejscem, gdzie kobiety nie otrzymują wystarczającego wsparcia. Bywają niezrozumiane i nieotoczone opieką również ze strony najbliższych, czy społeczeństwa. W środowiskach tych brakuje otwartości i stworzenia bezpiecznej przestrzeni do doświadczania przez kobiety bólu i okazywania negatywnych emocji (Pociask, 2009). Czasem zamiast zrozumienia słyszą, że to *"nic takiego"* i, że *"mogą zająć w kolejną ciążę"* (Barton-Smoczyńska, 2006, za: Pociask, 2009). Tak, jak zostało to już wspomniane wcześniej, niekiedy kobiety zostają obarczone winą za utratę dziecka przez swoich mężów, co jest dodatkowym ciężarem i przeszkodą w adaptacji (Puddifoot, Johanson, 1997, za: Abboud, Liamputtong, 2002).

Na prawidłowy proces przejścia żałoby, powrotu do równowagi psychicznej i adaptacji ma również wpływ możliwość pochówku nienarodzonego dziecka. Do 2002 wydanie ciała i aktu zgonu dzieci urodzonych przed 22 tygodniem ciąży, o wadze mniejszej niż 500 gramów, z racji prawnych było niemożliwe. Zwłoki traktowano, jako „odpady medyczne” i spopieleno (Bassel-Jazgar, b.d.). Problemem okazywała się również brak możliwości pochówku katolickiego (Guzewicz, 2014). Zdarzało się, że rodzicom odmawiano pochówku, ze względu na brak odpowiednich dokumentów, jak i nieznaności przepisów prawa kanonicznego przez niektórych księży. W rzeczywistości rodzice mieli prawo pochować dziecko w obrządku katolickim, zgodnie ze specjalnym formularzem *Mszy pogrzebowej dzieci nieochrzczonych*. Również „Kodeks Prawa Kanonicznego w kanonie 1183 § 2 (1984) zaznacza wyraźnie: *«Ordynariusz miejsca może zezwolić na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, a jednak zmarły przed chrztem»*” (Guzewicz, 2014, s.20). Niemożność pochowania dziecka była, więc kolejną traumatyczną sytuacją dla rodziców. Część małżeństw decydowała się na pochówek symboliczny, podczas którego wraz z rodziną zegnali nienarodzone dziecko, wyrażając smutek i ból. Pokazuje to jak ważnym elementem dla rodziców w przebiegu żałoby jest możliwość pochowania dziecka nienarodzonego (Guzewicz, 2014).

Obecnie wprowadzona zmiana przez ustawę z dnia 26.05.2011 o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687) umożliwiła pochowanie dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży (Bassel-Jazgar, b.d.). Jednakże w szpitalach różnie to prawo jest egzekwowane. Na stronie internetowej Stowarzyszenia Rodziców po Poronieniu (www.poronienie.pl) przeczytać można o różnych postawach służby zdrowia: od pełnego zrozumienia i współczucia informowania rodziców o możliwości pochówku, przez przekazywanie samej informacji w sposób formalny, aż po nie udzielanie żadnej informacji. Zdarza się też, że w niektórych szpitalach rodzice, prosząc o wydanie ciała dziecka i potrzebnych dokumentów, słyszą oskarżenia o złym rozumieniu prawa.

3. Czynniki ułatwiające proces adaptacji

Z dotychczasowych rozważań wynika, że spotykane w środowiskach medycznych, społecznych i rodzinnych, brak wrażliwości oraz otwartości na okazywane przez kobiety po poronieniu emocje mogą być odbierane przez nie jako raniące i dodatkowo obciążające. Jednocześnie wsparcie tych środowisk może być istotnym czynnikiem poprawy samopoczucia i lepszej adaptacji. Świadczyć o tym mogą wyniki badań Séjourné, Callahan i Chabrol (2010) dotyczących potrzeb i oczekiwań kobiet po poronieniu. Przebadali oni 305 francuskich i belgijskich kobiet, które doświadczyły poronienia, by dowiedzieć się, jakiego wsparcia potrzebują. Większość, bo aż 95% odpowiedziało, że pomoc po poronieniu jest bardzo potrzebna oraz 91%, że potrzebowały indywidualnej pomocy po poronieniu. Jako najbardziej potrzebne badane oceniły: szczerą, głęboką rozmowę z lekarzem, możliwość stałego kontaktu z personelem medycznym oraz lepszą opiekę medyczną i grupę wsparcia. W mniejszym stopniu, choć nadal przydatne okazało się dla kobiet otrzymywanie ulotek z informacjami o poronieniu, systematyczne wizyty kontrolne u psychiatry lub psychologa lub dane kontaktowe do tych specjalistów. Co ciekawe, badane, jako najmniej istotną pomoc wskazały systematyczne konsultacje psychologiczne. Jako jedne z najbardziej problematycznych doświadczeń kobiety wymieniały lęk o przyszłe ciążę, przeżycia psychiczne, powrót do normalnego życia i relacje z bliskimi. W mniejszym stopniu niepokojące były objawy fizyczne towarzyszące poronieniu (Séjourné, Callahan i Chabrol, 2010).

Choć w wynikach, dotyczących potrzeb kobiet po poronieniu, pomoc psychologa nie była wskazywana często, to 69% badanych jako najbardziej frustrujące zaznaczyło brak informacji o psychologicznych aspektach poronienia (Séjourné, Callahan i Chabrol, 2010). Widać więc, że aspekt pomocy psychologicznej jest również czynnikiem bardzo ważnym pomagającym w prawidłowym przeżyciu żałoby i adaptacji po doświadczeniu poronienia. Najważniejsze dla kobiet po poronieniu jest otrzymywanie wsparcia od swoich partnerów (Barton-Smoczyńska, 2006). Będzie jednak mowa o tym szerzej w dalszej części pracy. Wspomnieć można również w tym miejscu już przytaczane wcześniej badania (Murlikiewicz, Sieroszewski, 2013), w których wskazano, jakie cechy osobowości kobiet umożliwiają im lepszą adaptację. Kobiety ekstrawertyczne i z dużą otwartością na doświadczenia łatwiej przetwarzają poznawczo zaistniałą sytuację utraty dziecka i dzięki temu łatwiej wracają do „normalnego” życia.

Jeszcze jednym interesującym czynnikiem, mających wpływ na skutki doświadczanego poronienia, jest wykształcenie (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Zaobserwowano tendencję do lepszego radzenia sobie emocjonalnego u kobiet z niższym wykształceniem. Uważa się, że społeczeństwo daje tym kobietom większą

akceptację, co do okazywania uczuć i odbycia żałoby. Natomiast kobiety z wyższym wykształceniem częściej racjonalizują i zaprzeczają pojawiającym się uczuciom. Kolejnym czynnikiem pomagającym kobietom po poronieniu w powrocie do „zwykłego” życia jest ponowne zajście w ciążę. Oczywiście istotne jest tu wcześniejsze prawidłowe przeżycie wszystkich etapów procesu żałoby (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Kobiety, które kolejny raz zaszły w ciążę, choć obawiają się ponownego poronienia (Séjourné, Callahan i Chabrol, 2010; Kocyłowski, 2012, za: Guzewicz, 2014), cieszą się w nadziei na urodzenie upragnionego potomstwa. Świadczą o tym również wypowiedzi kobiet po wcześniejszym poronieniu (Abboud, Liamputtong, 2002, s. 46): *„Teraz nie jest OK, jest dobrze jak to mówią. Ponieważ teraz znów jestem w ciąży, może to uspokaja mnie trochę bardziej. W zeszłym miesiącu byłam bardzo zdenerwowana. Kiedy widziałam kogoś w ciąży, siadałam i płakałam, a teraz kiedy poruszam tą historię, duszę się wewnątrz (duszę się z emocji). Będę płakać jak ta historia się powtórzy. I pragnę, żeby to się nie powtórzyło znowu i mówię: «Oh, Boże, żeby mnie to nie spotkało więcej»”* (płacz) [tłum. P.T].

4. Poronienie a życie rodzinne i relacja intymna

Poronienie jest sytuacją dotykającą nie tylko kobiety, ale i ich partnerów oraz całą rodzinę. Często, jeśli małżonkowie mają już dzieci, odczuwają one smutek z powodu utraty rodzeństwa, jak również poczucie winy. Niejednokrotnie dziecko bojąc się, że straci uwagę i miłość rodziców nie chce narodzić rodzeństwa i kiedy dowiaduje się o poronieniu doznaje poczucie winy. Boi się przyznać do swoich myśli przed rodzicami i często zostaje samo z negatywnymi i trudnymi emocjami. Rodzice powinni w takiej sytuacji porozmawiać z dzieckiem i tłumaczyć mu, że to nie jego wina, zdjąć z niego poczucie odpowiedzialności (Barton-Smoczyńska, 2006).

Sytuacja poronienia stwarza swego rodzaju kryzys, który pozbawiony prawidłowej komunikacji może poprzez poczucie niezrozumienia i braku bliskości doprowadzić do rozpadu związku. Jest to czas próby, który rodzi lęk i pytania dotyczące umiejętności proszenia i udzielania wsparcia, intymności i wzajemnego zrozumienia (Barton-Smoczyńska, za: Bielan, Machaj, Stankowska, 2010).

Wsparcie udzielane przez partnera jest bardzo ważnym elementem pomagającym kobiecie w przeżyciu poronienia (Barton-Smoczyńska, 2006). Partnerzy towarzyszą kobietom od samego początku zajścia w ciążę. Dzielą z nimi wszystkie radości jak i rozterki. Obserwują zachowania i emocje kobiet. To oni zazwyczaj są pierwszymi osobami, do których kobiety kierują swoje przeżycia emocjonalne i potrzeby wsparcia (Guzewicz, 2014).

Bardzo ważne jest też to jak przeżywają i doświadczają straty dziecka partnerzy kobiet po poronieniu. Dla niedoszłych ojców dzieci jest to sytuacja bardzo bolesna i trudna. Widząc cierpienie swojej partnerki, pragną być dla niej stałym i mocnym

oparciem. Bardzo często mężczyźni ukrywają swoje uczucia i emocje, sprawiając wrażenie obojętnych. Rzadko, jako pierwsi poruszają temat straty dziecka i mało rozmawiają. Niektóre kobiety, pragnące bliskości i wsparcia, odbierają to jako wyraz obojętności ich partnerów. Problemy z podejmowaniem tego tematu mogą prowadzić do problemów z komunikacją w związku (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Natomiast brak komunikacji w sytuacji poronienia prowadzić może do konfliktów i kryzysu. Jest też oczywiście spora część mężczyzn, którzy rozmawiają z kobietami o trudnościach i emocjach związanych z poronieniem. Tacy partnerzy są często nazywani „najlepszymi na świecie” i dają bardzo satysfakcjonujące i pomocne wsparcie dla partnerek (Abboud, Liamputtong, 2002). Część kobiet, pomimo milczenia partnerów, docenia ich wsparcie. Ważne jest dla nich poczucie, że oni przy nich są, że wspierają je po prostu obecnością. Taki obraz zarysowuje się również w wypowiedziach par doświadczających poronienia (Abboud, Liamputtong, 2002). Świadczą o tym następujące wypowiedzi mężczyzn: *„Cóż, myślę, że mam inną osobowość. Spokojniejszą, bardziej cierpliwą. Ale myślę też, że jest presja na mnie, jako mężczyznę by nie okazywać (wstrzymanie) by za bardzo nie okazywać emocji. I to jest presja, którą czujesz. I odcięcie się od tego jest bardzo trudne”*; *„Oczywiście rozmawiałem o tym, ale nie za dużo, bo ona płakała i ja płakałem”*; *„Wydaje mi się, że okazujemy emocje trochę inaczej. To znaczy, ogólnie starałem się wspierać (żonę)... Myślę, że ona rozumiała, że dla mnie trudniej jest być otwartym na moje uczucia i dyskutować o nich. Ale myślę, że nigdy nie dyskutowaliśmy o tym dogłębnie, nie”* [tłum. P.T.] oraz wypowiedź jednej z kobiet: *„Cóż, na początku myślałam, że to zraniło go bardzo mocno, szczególnie wiedza, że był to mały chłopiec. No wiesz mali chłopcy dla swoich ojców, są kimś wyjątkowym. Tak, to zraniło nas oboje bardzo mocno po raz pierwszy. Ale potem, jak już mówiłam, był zawsze moim opoką, na którym mogłam się oprzeć. Więc, on zawsze był w porządku, cóż, czułam, że jest w porządku. Nie wiem. Nigdy nie rozmawialiśmy naprawdę o tych rzeczach. To coś o czym nie możesz mówić. Ale zawsze czułam, że on ma rację. To znaczy, on może być zdenerwowany, wiesz, ale myślę, że on bardziej denerwował się o mnie... Tak, wiesz, słaba rzecz, to co on musiał przechodzić, co ona musi się z tym mieć i na koniec traci, wiesz, myślę, że jego uczucia wobec mnie były gorsze niż te które miał wobec aktualnej straty dziecka. Było mu mnie żal, innymi słowy... On był w porządku wobec tego, wiesz, pocieszał mnie, że wszystko będzie dobrze, jeszcze jeden tydzień lub dwa i wydobrzeje, nie, on jest fantastyczny. On jest fantastyczny; nigdy nie powiedział złego słowa. On jest taki kochany”* [tłum. P.T.] (Abboud, Liamputtong, 2002; s. 47, 49, 52-53). Wypowiedzi te pokazują, że mężczyźni równie boleśnie przeżywają stratę dziecka. Częściej jednak bywa tak, że ich specyficzne potrzeby nie są brane pod uwagę. Społeczeństwo wywiera presję, by byli silni i wspierali partnerki, nie dając miejsca na doświadczanie własnych emocji. Powinno więc być również zapewnione wsparcie dla mężczyzn, przestrzeń gdzie mogliby się przyjrzeć swoim emocjom i przeżyć je (Abboud, Liamputtong, 2002).

Ważnym aspektem funkcjonowania partnerów, na który również wpływ ma doświadczenie poronienia, jest życie seksualne. Poronienie wpływa na postrzeganie przez kobiety swojej kobiecości, seksualności i atrakcyjności. Ma to później odbicie w sferze seksualnej partnerów (Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Częstym zachowaniem jest powstrzymywanie się od współżycia, wynikającym z różnych przyczyn min. spadkiem libido, niedoświadczaniem orgazmu, doświadczaniem bólu spowodowanego zabiegami, konfliktem między partnerami lub z powodu samoobwiniania. Niekiedy kobiety podejmują współżycie nie z powodów seksualnych, a psychicznych. Chcą czuć bliskość, troskę, poczucie bezpieczeństwa i tego poszukują we współżyciu (Barton-Smoczyńska, 2006, za: Bielan, Machaj, Stankowska, 2010). Życie seksualne jest bardzo ważną sferą, a problemy, które się w niej pojawiają, mogą świadczyć o konieczności pomocy partnerom i na tej płaszczyźnie.

5. Doświadczanie poronienia a religijność

Religijność może być ważnym czynnikiem wpływającym, na przeżycie doświadczenia poronienia. Spilka oraz Werme (1998, za: Wnuk, Marcinkowski, 2012) wskazują za równo na pozytywną jak i negatywną funkcję religijności z punktu widzenia psychologicznego. Może ona sprzyjać rozwojowi zaburzeń, ale może też stać się buforem, dzięki któremu możliwa jest resocjalizacja. Religijność może również pomóc w radzeniu sobie w sytuacjach stresujących czy kryzysowych i w ten sposób chronić przed rozwojem zaburzeń. Dzięki niej możliwa jest pełniejsza, jednostkowa realizacja. To dzięki dojrzałej religijności, jej pozytywne funkcje mogą przyczynić się do dobrego funkcjonowania człowieka. Religijność może wspomagać proces radzenia sobie z kryzysowymi, trudnymi sytuacjami dzięki wartościom i treściom, które niesie. Wartości te i treści pomagają nabrać dystansu, zaakceptować i przewartościować sytuację trudną (Wnuk, Marcinkowski, 2012).

Religijność pomaga również m.in. w odkrywaniu i doświadczaniu sensu życia, kształtowaniu systemu wartości, budowaniu nadziei oraz identyfikacji z grupą (Wnuk, Marcinkowski, 2012). Co ciekawe, identyfikacja z grupą z punktu widzenia religii, to afiliacyjny element nadziei. Bowiem poprzez więzi z innymi, którzy wspierają i pomagają osiągnąć cel, pomimo trudu i zwątpienia, budowana jest nadzieja. Jest ona również związana z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach w wymiarze religijnym. Bowiem wsparcie, jakie człowiek otrzymuje od pozostałych członków wspólnoty, może pomóc w przezwyciężeniu kryzysu. Ma to odbicie w odniesieniu jednostki do Boga (Kozielecki, 2006, za: Wnuk, Marcinkowski, 2012).

Domar i współpracownicy (2005) przeprowadzili badania 195 kobiet bezpłodnych, o różnych wyznaniach (katoliczki – 101, protestantki – 35, z innych kościołów chrześcijańskich – 10) w celu sprawdzenia, czy poziom życia religijno-duchowego wpływa na stres związany z niepłodnością. Okazało się, że kobiety,

które deklarowały wysoki poziom życia duchowego, wykazywały mniej objawów depresyjnych oraz niższy poziom ogólnego stresu związanego z problemami z poczęciem. Badacze podkreślają, że praca z pacjentami odczuwającymi duży stres jest trudniejsza. Ponadto wysoki poziom stresu u pacjentek nieplodnych koreluje z małą ilością poczęć. Badacze zwracają również uwagę na to, że religia w zależności od osoby i sytuacji w jakiej się znajduje może albo pomagać albo utrudniać wychodzenie z kryzysu.

Oczywiście, problemy poronienia oraz nieplodności różnią się od siebie, choć oba mogą stać się przyczyną zaburzeń depresyjnych, większego odczuwania lęku i kryzysu. Badania te jednak pokazują pozytywną funkcję religii, jako pomocy w radzeniu sobie z sytuacją trudną, dotyczącą prokreacji. Hipotetycznie można przypuszczać, że religijność może pozytywnie wpływać na radzenie sobie ze stresem również w przypadku kobiet po poronieniu. Potrzebne jednak byłyby badania dotyczące tej tematyki.

Religijność i wiara jest też ważnym elementem w radzeniu sobie z trudną sytuacją dla partnerów kobiet po poronieniu: *„Nigdy tego nie zapomnisz, to zawsze jest, ale teraz to jest jak wspomnienie bardziej niż cokolwiek innego. Ponieważ jestem pobłogosławiony dwójką dzieci, wiesz, dziękuję Bogu, bo to nie jest tak, że nie mam żadnych dzieci, dlatego, że mam tą dwójkę dlatego jestem wdzięczny i pełen dziękczynienia. Wiesz, nigdy tego nie zapomnisz co przeżyłeś i przez co przeszedłeś, ale teraz jest dobrze. Pogodziłem się z tym”* [tłum. P.T.] (Abboud, Liamputtong, 2002, s. 51).

6. Satysfakcja ze wsparcia a okazywanie emocji negatywnych

Bardzo ciekawe polskie badania, dotyczące związku między satysfakcją kobiet po poronieniu z otrzymywanego wsparcia a okazywaniem emocji negatywnych przeprowadziła Pociask (2009). Przebadła 72 kobiety po poronieniu. Wprowadziła podział na grupy ze względu na wiek i czas, który upłynął od poronienia oraz ze względu na religijność: kobiety wierzące/niewierzące (niewierzące i poszukujące zostały włączone w jedną grupę kobiet niewierzących). Okazało się, że kobiety niewierzące tym bardziej kontrolują swoje emocje negatywne i strach, im mniejszą satysfakcją ze wsparcia odczuwały. Autorka badań wyjaśnia, że być może kobiety te nie mając wiary w Boga, poszukują bardziej wsparcia u ludzi. Dlatego też, kiedy otrzymują tego wsparcia mniej, to tłumią negatywne emocje i lęk, aby nie stracić akceptacji innych (Pociask, 2009). Kobiety wierzące natomiast w miarę wzrostu satysfakcji ze wsparcia, tłumią wyrażanie złości. Autorka wyjaśnia, że kobiety wierzące, które otrzymują satysfakcjonujące wsparcie od innych osób mogą nie wyrażać złości, bo jest ona nieakceptowana przez osoby je wspierające. Mogą również błędnie myśleć, że z punktu widzenia religii złość nie powinna być wyrażana. Nie chcąc więc stracić wsparcia i poczucia bezpieczeństwa tłumią

wyrażanie złości. Natomiast kobiety, które nie otrzymują wystarczającego wsparcia nie muszą troszczyć się o nie i mogą swobodnie przed Bogiem wyrażać złość.

Przedstawione wyżej wyniki i ich interpretacja korespondują z takimi aspektami religijności, jak: funkcją identyfikacji z grupą, budowaniu nadziei i sposobu radzenia sobie z trudną sytuacją (Wnuk, Marcinkowski, 2012). Kobiety po poronieniu identyfikując się z grupą wierzących, przyjmują wartości obowiązujące w danej religii. Choć w Kościele Katolickim mówi się o wadze wyrażania emocji i że są one neutralne moralnie, to w grupie wierzących może panować nieakceptacja wyrażania niektórych z emocji negatywnych. Kobiety po poronieniu, doświadczając wsparcia mogą również słyszeć od osób je wspierających, że nie powinny wyrażać złości. Wsparcie otrzymywane od innych pomaga im w poradzeniu sobie z wieloma trudnościami i budowaniu nadziei oraz daje poczucie bezpieczeństwa. Dlatego też mogą tłumić złość, by tego wszystkiego nie stracić.

W badaniach Pociask (2009) dodatkowo okazało się, że dla kobiet, które miały 32-38 lat, jak i tych, które poroniły ponad pół roku przed badaniem, spadek satysfakcji ze wsparcia jest związany ze wzrostem kontroli strachu. Autorka badań przypuszcza, że kobiety z wiekiem uczą się, że wsparcie bliskich umożliwia otwartość w wyrażaniu strachu. Natomiast wyniki kobiet, które poroniły pół roku wcześniej Pociask tłumaczy - odwołując się do literatury (Barton-Smoczyńska, 2006) - fazą żałoby, w której związki z innymi ludźmi na nowo nabierają dużego znaczenia.

Podsumowanie

Prezentowana praca ukazuje, jak rozległe są skutki doświadczenia poronienia, nie tylko przez kobietę, ale i przez całą rodzinę. Obejmują one sferę biologiczną, psychiczną, rodzinną, relacyjną i seksualną. Wsparcie, jako jeden z ważniejszych elementów pomocnych w adaptacji, jest często zaniedbywany zarówno przez służbę zdrowia, jak i społeczeństwo. Pomijana jest też bardzo często kwestia udzielenia wsparcia i pomocy mężczyznom, których partnerki utraciły dziecko. Czując presję społeczeństwa, by być silnym oparciem dla kobiet, nie mają możliwości zmierzyć się ze swoimi uczuciami. W obliczu poronienia życie rodzinne przeżywa poważny kryzys. W relacji partnerskiej może on dotyczyć komunikacji, poczucia bezpieczeństwa oraz czy życia seksualnego. Dzieci czasem doświadczają poczucia winy z powodu śmierci rodzeństwa. Pomocne w adaptacji po poronieniu jest prawidłowe przeżycie żałoby, które często możliwe jest dzięki pochówkowi nienarodzonego dziecka. Na proces powrotu do „normalnego życia” wpływać może również to, czy para ma już inne dzieci, ponowne zajście w ciążę, niektóre cechy osobowości, oraz wykształcenie. Istotna jest również rola religijności. Może ona pozytywnie wpływać na radzenie sobie z trudną sytuacją, zmniejszać stres i objawy depresyjne. Dodatkowo, religijność moderuje związek między satysfakcją ze

wsparcia a tłumieniem negatywnych emocji. Jednak niewiele jest przeprowadzonych badań, ukazujących rolę, jaką religijność może pełnić przy doświadczeniu poronienia. Potrzeba jest dalszych badań w tym kierunku.

Bibliografia:

- Abboud L. N., Liamputtong P. (2002). Pregnancy loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Social Work in Health Care*, 36, 37-62.
- Barton-Smoczynska I. (2006). *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*. Łomianki: Edycja św. Pawła.
- Bassel-Jazgar K. (b.d.). *Pochówek dzieci, które zmarły przed urodzeniem*. Strona Internetowa: <http://rodzinydiecezjiplinskiej.pl/dzieci/stratadziecka/149-pogrzeb-dzieci-historia-prawa>
- Bielan Z., Machaj A., Stankowska I. (2010). Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuologia Polska*, 8, 41-46.
- Domar A.D., Penzias A., Dusek J.A., Magna A., Merarim D., Nielsen B., Paul D. (2005). The stress and distress of infertility: does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 3, 45-51.
- Guzewicz M., (2014). Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia. *Civitas et Lex*, 1, 15-27.
- Kuropka I. (2015). Umieralność i trwanie życia w Polsce i wybranych krajach europejskich. W: A. Potrykowska (red.), *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2014-2015* (s. 199-228). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Mroczkowska D. (2011). Jakość życia kobiet po poronieniu ciąży. *Życie i Płodność*, 4, 77-88.
- Murlikiewicz M., Sieroszewski P. (2013). Poziom depresji, lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 6, 93-98.
- Pociask A. (2009). *Sposób ujawniania emocji negatywnych przez kobiety po poronieniu w zależności od otrzymanego wsparcia*. Niepublikowana Praca Magisterska, SWPS w Warszawie.
- Séjourné N., Callahan S., Chabrol H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 403-411.
- Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu. (b.d.) *Poszanowanie prawa w szpitalach*. Strona internetowa: <https://www.poronienie.pl/prawo/prawo-szpitala/>
- Wnuk M., Marcinkowski J. T. (2012). Psychologiczne funkcje religii. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93, 239-243.

mgr Bożena Miernik
Katolicki Uniwersytet Lubelski
Jana Pawła II

Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym¹

Termin poronienie, zgodnie z nomenklaturą medyczną, odnosi się do sytuacji, gdy ciąża zostaje zakończona przed 22. tygodniem jej trwania (Szkodziak i inni, 2012). Zasadniczo wyróżnia się tzw. poronienia samoistne, których wystąpienie jest niezależne od interwencji matki lub lekarza oraz poronienia sztuczne, wywołane zamierzonym działaniem zewnętrznym, podjętym na przykład przez lekarza. Liczba samoistnych poronień klinicznych (to jest rozpoznanych) w Polsce, jak podaje B. Chazan (2013), odpowiada mniej więcej dziesięciu procentom liczby urodzeń i jest to około 35 tysięcy rocznie. Na świecie poronienie uznawane jest za najczęstszą przyczynę niepomyślnego zakończenia ciąży (tamże).

Utrata dziecka na skutek poronienia samoistnego jest niewątpliwie wydarzeniem trudnym dla jego rodziców, niekiedy także dla całej rodziny. Bolesne przeżycia zostają spotęgowane, gdy dziecko było przez rodziców szczególnie upragnione, a jego rodzeństwo zdążyło już nawiązać z nim swoistą więź. W takiej sytuacji poronienie staje się wydarzeniem rodzinnym dotykającym na swój sposób każdego z członków rodziny.

1. Przeżycia oraz sposoby radzenia sobie z poronieniem przez rodziców

Trudno wyobrazić sobie, co przeżywają rodzice, którzy otrzymują informację o poronieniu. Dla części z nich taka wiadomość może być tożsama z utratą długo oczekiwanego i upragnionego dziecka, dla innych stanowi medyczny przekaz o niepowodzeniu ciąży. Jak pokazują badania z udziałem osób po doświadczeniu poronienia (Barton-Smoczyńska, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2012; Kleszcz-Szczyrba, 2014), wydarzenie to przynosi najczęściej szereg bolesnych przeżyć, z którymi członkowie rodziny muszą się zmierzyć.

¹ Artykuł został przygotowany w oparciu o jeden z rozdziałów rozprawy doktorskiej mgr Bożeny Miernik powstającej w Instytucie Pedagogiki na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II pod kierunkiem dr hab. Doroty Kornas-Bieli, prof. KUL.

Psychologowie badający konsekwencje poronienia wskazują na trzy najczęściej występujące w tej sytuacji reakcje emocjonalne, to jest: żal po stracie, depresja oraz lęk (Bielawska-Batorowicz, 2012, s. 29-33; Szymona-Pawłowska, Steuden, 2009, s. 43-44). Żal po stracie jako reakcję na utratę dziecka można zaobserwować zarówno u kobiet jak i mężczyzn, choć u kobiet jego nasilenie jest większe, a przeżywanie bardziej intensywne. Intensywność żalu powiązana jest z czasem trwania ciąży – nasilenie żalu wzrasta u kobiet, które poroniły w późniejszym etapie ciąży. Także objawy depresyjne są częstą reakcją emocjonalną na doświadczenie utraty dziecka w okresie prenatalnym. Jak zauważyli badacze, prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u kobiet zwiększa się, gdy poronienie wystąpiło kilkakrotnie, gdy ciąża nastąpiła po dłuższym okresie oczekiwania oraz gdy silne było pragnienie posiadania dziecka. U części kobiet, które doświadczyły poronienia badacze zaobserwowali wystąpienie zespołu ostrego stresu oraz zaburzeń po stresie traumatycznym – szczególnie w przypadku poronień nawykowych (Bielawska-Batorowicz, 2012). U wielu kobiet, których macierzyństwo na skutek poronienia zostało niejako „przerwane” stwierdza się duże nasilenie takich uczuć jak: smutek, złość, poczucie niesprawiedliwości losu i krzywdy, głębokie poczucie nieszczęścia, bezradności, niepokój (Kornas-Biela, 1999, s. 181-182).

Strata dziecka na etapie prenatalnym jest wydarzeniem wpływającym na oboje małżonków. Doniesienia z badań wskazują na pojawienie się trudności i zakłóceń w relacji małżeńskiej po doświadczeniu poronienia (Serrano, Lima, 2006). Relacje małżonków w obliczu trudnego wydarzenia zostają poddane próbie. Wzajemne obwinianie, złość, czasem agresja prowadzą do osłabienia więzi małżeńskiej, a w skrajnych przypadkach do rozpadu więzi. Małżeństwa, które w dojrzały sposób przeżywają proces żałoby, jednocześnie podejmując pracę nad wzmocnieniem więzi małżeńskich, po takiej próbie stają się jednak jeszcze silniejsze (Sławiński, 2013, s. 133-134). W tym kontekście istotne znaczenie przypisuje się wzajemnej komunikacji małżeńskiej i małżeńskiemu wsparciu (Bielawska-Batorowicz, 2014). Jak pisze R. Kleszcz-Szczyrba (2014, s. 191), od początku warto, by małżonkowie rozmawiali o stracie, obdarzając przy tym siebie nawzajem czułością i serdecznością. Ważną rolę do odegrania ma tu mężczyzna - ojciec, który przeżywa żałobę w nieco inny sposób, proporcjonalnie do siły więzi nawiązanej z dzieckiem. Żałoba jest charakterystyczna dla relacji, w których nastąpiło wcześniej przywiązanie do kochanej osoby. Ze względów biologicznych i psychosomatycznych, najczęściej to kobieta jako pierwsza nawiązuje więź z dzieckiem rozwijającym się w jej łonie, by potem wprowadzić w nią męża. Z tego względu żałoba mężczyzny jest przeżywana inaczej, zazwyczaj mniej jest w niej intensywnego żalu czy poczucia winy. Zadaniem mężczyzny staje się wobec tego szczególne wsparcie psychiczne i udzielenie potrzebnej bliskości matce dziecka, tak, by dzięki temu oboje mogli przejść przez trudne doświadczenie zbliżeni do siebie i harmonijni w relacji (tamże, s. 183).

Źródłem wsparcia dla kobiety doświadczającej straty dziecka w pierwszych dniach po tym wydarzeniu może stać się – poza jej mężem lub partnerem - także szersze otoczenie społeczne. Istotną staje się wówczas rola personelu medycznego, który podczas hospitalizacji matki roniącej bezpośrednio oddziałuje na nią, czasem także na jej partnera (Chazan, 2010, 2013). To na lekarzach najczęściej spoczywa obowiązek poinformowania rodziców o śmierci ich dziecka. Zdaje się to być trudnym zadaniem, bowiem często nie posiadają oni przygotowania do właściwego pod względem psychologicznym przekazania takiej informacji (Szymańska, 2008). Fakt poronienia sam w sobie jest wydarzeniem trudnym: dla rodziców oznacza najczęściej nieodwracalną utratę kogoś bliskiego; dla lekarzy i personelu medycznego – jest sytuacją, w której nie byli w stanie ochronić życia dziecka. Dla obu stron staje się więc doświadczeniem wywołującym przykre odczucia, co dodatkowo utrudnia proces informowania o stracie i wsparcia rodziców.

Dla rodziców doświadczających utraty własnego dziecka, najtrudniejsze są zazwyczaj pierwsze dni spędzone w szpitalu. B. Chazan (2013) podkreśla, że wówczas to postawa lekarzy i pielęgniarek, jaką przyjmują wobec roniącej kobiety, jej dziecka, jej męża może stwarzać przestrzeń do godnego, pełnego akceptacji przeżywania tego wydarzenia, ale może stać się także czynnikiem upokarzającym rodziców dziecka, niosącym informację, że ich ból nie jest rozumiany, a ich dziecko właściwie nie zaistniało. Personel medyczny dysponuje możliwościami, które w tej trudnej sytuacji mogą pomóc przejść przez nią rodzicom dziecka w poczuciu zrozumienia i szacunku. Zdarza się, że kobieta potrzebuje i prosi o obecność męża w trakcie procedur medycznych, co daje jej poczucie bezpieczeństwa, łagodząc trudne przeżycia psychiczne. Personel medyczny może także na prośbę matki podać jej środki znieczulające, co stwarza możliwość łagodzenia cierpień fizycznych. Staraniem personelu powinno być w miarę możliwości – unikanie umieszczania pacjentki po poronieniu na jednej sali szpitalnej z kobietami po porodzie. Brak troski i wrażliwości w traktowaniu rodziców dziecka utraconego w pierwszych chwilach po poronieniu, które najczęściej spędzają oni w szpitalu, dodaje im kolejnego, zbędnego cierpienia (Chazan, 2013).

Naturalną reakcją rodziców jest pragnienie zobaczenia dziecka, nawet gdy zmarło, a jego ciało jest zniekształcone czy nie w pełni ukształtowane (Sławiński, 2013, s. 131-134). Wynika to z silnej więzi matki – czasem także ojca – z ich nienarodzonym dzieckiem. Bardzo ważne jest wówczas – w miarę możliwości – zapewnienie rodzicom takiego „spotkania” z ich zmarłym dzieckiem. Może ono okazać się kluczowe w procesie pożegnania z dzieckiem i przepracowania straty. Także przekazanie rodzicom – na ich prośbę – pamiątek po dziecku może pomóc im w poradzeniu sobie ze stratą. Badania M. Szymańskiej (2008) pokazują, że znaczna część lekarzy (87% spośród biorących udział w badaniu) uważa, że nie ma potrzeby, a nawet sensu przekazywania takich pamiątek rodzicom. Sądzą oni, że może to

pogłębić zły stan psychiczny pacjentek. Jedynie 7% spośród respondentów pozytywnie oceniło dostarczanie rodzicom pamiątek po dziecku, uzasadniając to własnym doświadczeniem straty i pragnieniem posiadania przedmiotów, które stanowiłyby pamiątkę po dziecku (Tamże). Jak stąd wynika, nadal istnieje silna potrzeba uwrażliwiania także środowiska medycznego na sytuację psychiczną i potrzeby rodziców doświadczających poronienia.

2. Żałoba po stracie dziecka w okresie prenatalnym

Naturalnym następstwem starty dziecka w okresie prenatalnym jest przeżywanie przez jego rodziców żałoby (Dziedzic, 2013, s. 153). Żałoba jest doświadczeniem powszechnym, doświadczeniem każdego, kto traci bliską osobę lub znaczącą wartość. Pojawia się najczęściej w sytuacji śmierci osoby bliskiej. Jej przeżycie wydaje się łatwiejsze, gdy odchodzi osoba, której życie było niejako „spełnione”, a śmierć była jak gdyby dopełnieniem cyklu chronologicznego. Praktyka życia potwierdzona w wiedzy psychologów pokazuje, że znacznie trudniej jest przyjąć i zaakceptować utratę osoby, przed którą było jeszcze całe życie, z bogactwem jego rozwoju, wydarzeń, doświadczeń. Śmierć dziecka jest swoistym odwróceniem naturalnego porządku, w ramach którego, to rodzice osieracają dzieci. Staje się więc czasami wydarzeniem niezwykle trudnym, traumatycznym, wywołującym skrajne emocje. Podobnie jak w przypadku śmierci osoby bliskiej – członka rodziny czy przyjaciela, także po stracie dziecka na skutek poronienia wejście w proces żałoby jest etapem naturalnym. Przyzwolenie na przeżywanie żałoby staje się „bramą” w poradzeniu sobie ze stratą i powrocie do normalnego funkcjonowania w codziennym życiu.

Zjawisko żałoby zostało szeroko opisane przez psychologów oraz terapeutów (Tucholska, 2009; Herbert 2005). W zależności od sytuacji przeżywanie żałoby może się od siebie różnić, bo zmienia się kontekst i okoliczności straty, a przede wszystkim osoba, która jej doświadcza, jednak pewne cechy tego zjawiska pozostają wspólne. Żałoba nie jest wydarzeniem jednorazowym, odbywającym się w pojedynczym momencie, odizolowanym od czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Jest procesem o charakterystycznej dla siebie fazowości.

C.M. Sanders (2001) wyróżnia pięć etapów procesu żałoby: szok, uświadomienie sobie straty, chronienie siebie (wycofanie się), powracanie do zdrowia i wreszcie odnowę. Wskazuje przy tym, że każdy z etapów jest ważny, a dojrzałe przeżycie go otwiera na „pójście naprzód”, przezwyciężenie rozpacz i powrót do twórczego doświadczania codzienności. Zdaniem Sanders w ten sposób powinni przeżywać proces żałoby także rodziców, którzy stracili dziecko na skutek poronienia.

Etap szoku pojawia się najczęściej wraz z momentem otrzymania informacji o poronieniu. U odbierających taką wiadomość rodziców może się pojawić niedowierzanie, bezradność, poczucie wewnętrznego chaosu i zagubienia, czasem także wzburzenie czy złość. Cechą charakterystyczną tej fazy jest pojawianie się przeciwstawnych stanów emocjonalnych – z jednej strony mogą oni doświadczać pobudzenia, a z drugiej odrętwienia emocjonalnego. W procesie żałoby kolejny etap następuje, gdy odrętwienie wywołane szokiem mija, a przychodzi uświadomienie sobie poniesionej straty. W tej fazie rodzice utraconego dziecka mogą doświadczać silnego niepokoju, stresu, gniewu. Świadomość śmierci bliskiej osoby, braku możliwości podtrzymania jej życia, staje się dużym obciążeniem psychicznym, które pociąga za sobą fizyczne wyczerpanie. Zdarza się, że rodzice obarczają siebie winą za utratę dziecka, nie mogąc pogodzić się z jego odejściem. W kolejnej fazie zmęczenie spowodowane przeżywaniem stresu powoduje swoiste wycofanie się. Rodzice zmęczeni silnymi emocjami, które wywołała w nich informacja o poronieniu, na tym etapie doświadczają głębokiego smutku. Utrata dziecka w ich odbiorze staje się realna, a zmęczenie wymusza konieczność odpoczynku. Po przezwycięzeniu pasywności, może następować powolne akceptowanie straty. Jeśli rodzice dają sobie czas na odpoczynek i nabranie sił, ponownie zaczynają odzyskiwać kontrolę, rezygnując z dawnych ról i niejako na nowo formułując swoją tożsamość, swoje zadania i życiowe cele. Następuje wówczas etap powracania do zdrowia. Zaczynają poszukiwać głębszego sensu dramatu, którego doświadczyli, następuje proces przebaczenia sobie i zapominania. Ostatni etap – etap odnowy – jest czasem, gdy wraca aktywny kontakt rodziców ze światem. Powracają do pełnienia swoich ról życiowych, które przeformułowali, ucząc się żyć ze świadomością utraty dziecka (Bubiak i inni, 2014).

R. Kleszcz-Szczyrba (2014, s. 156) analizując proces żałoby po poronieniu, wskazuje na trzy czynniki zewnętrzne, które warunkują uruchomienie i prawidłowy przebieg procesu żałoby. Są to: obiektywne zaistnienie faktu straty, rytuał pożegnania z dzieckiem utraconym oraz zaktywizowanie się sieci społecznego wsparcia wobec pogrążonych w żalu rodziców. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z poronieniem, właściwie każdy z tych etapów jest narażony na pewną dysfunkcję – zdarza się, że otoczenie, w którym przebywają rodzice nie udziela im jednoznacznej informacji zapewniając, że nawet, jeśli poronienie nastąpiło w bardzo wczesnym etapie ciąży, ich dziecko zaistniało, a więc muszą się zmierzyć ze śmiercią swojego potomka. Zdarza się także, że nie dochodzi do urzeczywistnionego realnie pożegnania z dzieckiem, czy to w formie pochówku, czy napisanego do dziecka listu lub otwartej rozmowy w kręgu rodzinnym. Wreszcie nierzadko rodzice cierpiący po poronieniu nie uzyskują wsparcia społecznego, jakiego w tej sytuacji potrzebują, a które mogłoby pomóc im w dojrzałym przeżyciu żałoby.

Przepracowanie żałoby przez rodziców pogrążonych w bólu po stracie może odbywać się samodzielnie lub przy wsparciu terapeuty. Badania prowadzone przez Fundację „Przetrzeć cierpienie” w ramach kampanii społecznej „Ja też jestem dzieckiem” wskazują, że 30% kobiet, które doświadczyły poronienia popada w depresję, która wymaga leczenia psychiatrycznego, a dla około 30% wystarczającą jest pomoc psychologiczna². Jak stąd wynika, specjalistyczne wsparcie – psychologiczne i psychiatryczne, ale także wsparcie duchowe, czy wsparcie uzyskane od osób przeżywających podobne doświadczenia – w wielu przypadkach okazuje się nieodzowne. Obecnie w Polsce brakuje opieki psychologicznej nad matką (czy także jej ojcem) po poronieniu, która byłaby w standardzie usług szpitali. Mimo tego część rodziców szuka specjalistycznej pomocy samodzielnie. Rolą psychologa wobec rodziców jest wówczas pomoc w rozpoczęciu procesu żałoby i towarzyszenie na różnych jej etapach przy pełnym wrażliwości i delikatności urealnianiu straty i stwarzaniu przestrzeni do wypowiedzenia wszystkich towarzyszących jej przeżyć (Kleszcz-Szczyrba, 2014, s. 207-214).

Według psychologów przeżywanie żałoby po stracie kogoś bliskiego może przybierać formy dojrzałe i niedojrzałe (Dudziak, 2013, s. 175). Niedojrzałe przeżywanie żałoby wynika czasami z usilnego skracania tego procesu, tłumienia w sobie lub współmałżonku trudnych emocji, braku przyzwolenia na przeżywaniu żalu, głębokiego smutku czy bezradności. U. Dudziak (2013) wymienia liczne reakcje patologiczne będące konsekwencją nieprawidłowo przeżywanej żałoby. Osoby takie mają skłonność do nadmiernej koncentracji na stracie, długotrwałego, przeciągającego się latami (czasem trwającego całe życie) roztrząsania śmierci dziecka, zwiększa się ich podatność zachorowania na depresję. Gdy brakuje dojrzałego przeżycia żałoby, mogą pojawić się także problemy zdrowotne o charakterze psychosomatycznym, a w skrajnych przypadkach napady lęku, myśli i próby samobójcze czy ucieczka w uzależnienia.

Proces żałoby i czas jej trwania u poszczególnych osób jest zróżnicowany, co jednak nie świadczy o jego niedojrzalej formie. Każda rodzina potrzebuje innego okresu czasowego, by przeżyć utratę własnego dziecka.

Pomocą w przepracowaniu straty prenatalnej są rytuały związane z pożegnaniem dziecka przez jego najbliższych (Barton-Smoczyńska, 2006, s. 161-166). Rolą posługiwania się rytuałami czy symbolami jest wyrażenie tego, co bardzo trudno opisać słowami. Niezwykle cenne w perspektywie psychologicznej może się okazać nadanie dziecku imienia. Takim rytuałem jest także pogrzeb dziecka zmarłego na skutek poronienia, podczas którego następuje pożegnanie z nim rodziców, rodzeństwa, dalszej rodziny. Sprawowanie rytuałów daje rodzicom możliwość wzmocnienia w przeświadczeniu, że ich dziecko – mimo, że nie zdążyło się narodzić

² Źródło: <http://www.dlaczego.org.pl/grupy-wsparcia-spotkania/727-szpitala-wobec-rodzicow-po-stracie-dziecka>

lub urodziło się jako martwe – jednak zaistniało, a jego krótka obecność była niezaprzeczalna i ważna.

3. Przeżycia oraz sposoby radzenia sobie ze stratą przez rodzeństwo

Poza rodzicami, którzy mierzą się z trudnym doświadczeniem straty dziecka, w niektórych rodzinach w to przeżywanie włączone są także żyjące dzieci – rodzeństwo dziecka utraconego (Barton-Smoczyńska, 2006, s. 144-160; Kleszcz-Szczyrba, 2014). W zależności od ich wieku, wiedzy oraz wyobrażeń o życiu prenatalnym, a przede wszystkim od stylu wychowania, jaki w codziennym życiu domowym prezentują ich rodzice, będą na swój sposób przeżywały utratę rodzeństwa. Reakcje dzieci w dużej mierze zależą od tego, czy i na jakim etapie zostały poinformowane o poczęciu się ich rodzeństwa oraz na ile były włączane w nawiązywanie więzi z nim poprzez rozmawianie, śpiewanie piosenek w kierunku brzucha mamy, głaskanie, przytulanie. Jeśli dzieci wiedziały o poczęciu i rozwoju ich prenatalnego rodzeństwa, bardzo ważne jest wówczas odpowiednie do ich możliwości poznawczych i emocjonalnych poinformowanie o śmierci oczekiwanego brata lub siostry. Powinno temu towarzyszyć zgodne z prawdą, choć przełożone na język dziecka, wskazanie przyczyny poronienia, co pomoże poradzić sobie z poczuciem winy czy obarczaniem winą za stratę pewnych osób lub wydarzeń. Jak pokazują badania, dzieci reagują nie tylko na informację o utracie rodzeństwa, ale także na zmiany w zachowaniu rodziców (Kleszcz-Szczyrba, 2014). Rozmowa, poświęcony czas i próba odpowiedzenia na pytania i wątpliwości dziecka daje szansę, by przez ten kryzys także dzieci przeszły wzmocnione.

W Wielkiej Brytanii zostało przeprowadzone badanie mające na celu rozpoznanie czy i w jaki sposób rodzice udzielają wsparcia swoim dzieciom – rodzeństwu dziecka utraconego (Wilson, 2001). Jak pokazały wyniki badań, rodzice udzielali dzieciom wsparcia przede wszystkim w trzech obszarach: przez zauważenie i uznanie żalu dziecka, włączenie go w rodzinne rytuały związane z pożegnaniem dziecka zmarłego oraz podtrzymywanie rodzinnej pamięci o dziecku.

4. Możliwe konsekwencje poronienia dla wychowania dzieci kolejnych – „zespół zastępczego dziecka” i „zespół chronionego dziecka”

We współczesnej literaturze psychologiczno-pedagogicznej podejmującej temat utraty dziecka i jego konsekwencji dla życia rodziny można spotkać się z określeniami „zespół zastępczego dziecka” oraz „zespół chronionego dziecka” (Bielawska-Batorowicz, 2012, s. 36-39; 2014, s. 428). Pojęcia te odwołują się do problematyki wychowania dzieci poczętych przez rodziców po doświadczeniu

poronienia. W rodzinie, w której miała miejsce strata prenatalna, może wystąpić pewien zespół zachowań, emocji oraz oczekiwań kierowanych przez rodziców do kolejnego dziecka, które poczęło się i urodziło jako zdrowe.

Zdaniem E. Bielawskiej-Batorowicz (2014), ważnym fundamentem dla podjęcia decyzji o urodzeniu kolejnego dziecka jest prawidłowe przeżycie okresu żałoby i przepracowanie straty. Zdarza się, że rodzice, którzy nie zakończyli lub nie przeżyli prawidłowo procesu żałoby, mają trudność w przyjęciu kolejnego dziecka i traktowaniu go jako nowej, odrębnej osoby. Niekiedy w powołaniu do życia kolejnego dziecka upatrują szansę na poradzenie sobie z bólem po stracie, wysyłając tym samym sygnał do dziecka, że ma ono niejako „zastąpić” zmarłe rodzeństwo. Taka sytuacja jest określana terminem „zespół zastępczego dziecka”. Rodzice prezentują pewien zespół zachowań i oczekiwań kierowanych do dziecka, z których wynika, że jego zadaniem jest zastąpienie rodzicom utraconego wcześniej potomstwa. Już w trakcie ciąży rodzice mogą przeżywać konfliktowe uczucia i ograniczać nawiązywanie więzi emocjonalnej z dzieckiem traktując ją jako wyraz lekceważenia pamięci o dziecku utraconym.

Termin „zespół chronionego dziecka” (Bielawska-Batorowicz, 2014) dotyczy natomiast sytuacji, gdy rodzice, którzy w przeszłości doświadczyli straty prokreacyjnej³ przyjmują wobec dziecka postawę nadopiekuńczą, chcąc ochronić go przed wszelkimi zagrożeniami i zaspokoić jego – jak uważają – specjalne potrzeby. Doświadczenie niedawnej straty wzbudza w nich lęk o rozwój kolejnego dziecka, stąd zdarza się, że traktują dziecko jako osobę wymagającą specjalnej troski. Ograniczają jego inicjatywę i aktywność, chcą ocalić go przed potencjalnymi problemami czy trudnościami. Jednocześnie w obawie przed bólem, nie nawiązują silnej i głębokiej więzi emocjonalnej z dzieckiem. Takie postawy rodziców w znaczący sposób wpływają na proces wychowania dziecka. Mogą zaburzać jego rozwój, powodując trudności psychiczne, społeczne czy duchowe.

Podsumowanie

Utrata dziecka na skutek poronienia jest dla rodziców doświadczeniem trudnym, niosącym szereg bolesnych przeżyć, zmian w relacjach z otoczeniem oraz konieczności przeformułowania planów czy zadań. Jego następstwem jest proces żałoby, w którego przejściu rodzice dość często potrzebują wsparcia psychologicznego. Takim wsparciem w niektórych sytuacjach powinny być objęte także dzieci, które podczas ciąży matki były włączone w nawiązywanie więzi ze swoim poczętym rodzeństwem i które po poronieniu przeżywają silnie przeżywają stratę. Dobrze przeżyta przez rodziców żałoba daje szansę „pójścia naprzód”,

³ Pod pojęciem straty prokreacyjnej rozumiane jest doświadczenie poronienia lub okołoporodowej śmierci dziecka (zgodnie z propozycją E. Bielawskiej-Batorowicz, 2014).

powrotu do normalnego funkcjonowania w codziennych sytuacjach i podjęcia dojrzałej decyzji o dalszej prokreacji.

BIBLIOGRAFIA:

- BARTON-SMOCZYŃSKA I., (2006), *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki: NAF.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., (2012), *Strata ciąży i jej następstwa dla kobiety, stosunku do macierzyństwa, relacji z partnerem i kolejnym dzieckiem*, (w:) *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska (red.), (s. 23-42), Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., (2014), *Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny*, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), (s. 411-436), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- BUBIAK A., BARTNICKI J., KNIHINICKA-MERCIK Z., (2014), *Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4, 1, s. 69-78.
- CHAZAN B., (2010), *Lekarz wobec poronienia*, (w:) *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, C. Klahs (red.), Poznań: Wydawnictwo W Drodze.
- CHAZAN B., (2013), *Nieudane rodzicielstwo – współczucie dla rodziców, szacunek dla ciała dziecka*, (w:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), (s. 207-214), Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- DUDZIAK U., (2013), *Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem*, (W:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), (s. 175-198), Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- DZIEDZIC J., (2013), *Wsparcie psychologiczno-pastoralne w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka*, (w:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), s. 153-174, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- HERBERT M., (2005), *Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom*, Gdańsk: GWP.
- Kornas-Biela D., (1999), *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 179-200), Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- KLESZCZ-SZCZYRBA R., (2014), *„Witraże w ciemności”, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. Książka niosąca światło*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- SANDERS C. M., (2001), *Jak przeżyć stratę dziecka? Powrót nadziei*, Gdańsk: GWP.

- SERRANO F., LIMA M. L., (2006), Recurrent miscarriage; psychological and relational consequences for couples, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, pp. 585-594.
- SŁAWIŃSKI H., (2013), *Homilia podczas pogrzebu dzieci zmarłych bez chrztu*, (w:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), s. 127-152, Kraków: Uniwersytet Papieski JPII w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- SZKODZIAK P. PASZKOWSKI T., PASZKOWSKI M., RADOMAŃSKI T., (2012), *Poronienie*, (w:) *Medycyna matczyno- płodowa. Położnictwo t. 2*, G. Bręborowicz, T. Paszkowski (red.), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 1-9.
- SZYMAŃSKA M., (2008), *Postawa lekarza wobec niepowodzeń położniczych*, Białystok: Trans Humana.
- SZYMONA-PAWŁOWSKA K., STEUDEN S., (2009), *Doświadczenie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, (w:) *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, S. Steuden, K. Janowski (red.), s. 41-57, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- TUCHOLSKA S., (2009), *Psychologiczna analiza procesu żałoby*, (w:) *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, S. Steuden, S. Tucholska (red.), Lublin: Wydawnictwo KUL.
- WILSON R. E., (2001), Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal Heath, *Early Human Development*, 61 (2), pp. 55-65.

Ks. mgr lic. Jarosław Czapliński
Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny
Wydział Nauk Społecznych
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Adopcja jako droga do rodzicielstwa – od diagnozy do przysposobienia

Bardzo trudno podać jedno proste określenie, które by zawierało wszystkie najważniejsze cechy rodziny. Większość definicji i teorii dotyczących rodziny, wymienia jednak dwie podstawowe funkcje wyróżniające ją od innych grup ludzi. Pierwszą funkcją jest prokreacja, dzięki której możliwe jest utrzymanie ciągłości społeczeństw. Druga dotyczy przekazywania dziedzictwa kulturowego w początkowym okresie życia nowych członków rodziny (Adamski, 2006). Obie te funkcje stają się coraz bardziej zagrożone w kontekście problemu bezdzietności. Sam termin „niepłodność”, którym często zbiorczo określa się problemy z płodnością, nie jest jednoznaczny. Z jednej strony zawiera on tak zwaną niepłodność całkowitą, czyli bezpłodność – stan trwały i z punktu widzenia dzisiejszej medycyny nieodwracalny. Z drugiej strony, określa się tym terminem tak zwaną niepłodność względną, czyli wynikającą z przyczyn występujących czasowo, a więc możliwych do wyleczenia lub skorygowania (Kalus, 1999).

1. Globalny problem płodności

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) problemom z płodnością nadała rangę społecznej choroby cywilizacyjnej, chociaż jeszcze na przełomie osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych lat XX wieku, nie zwracano większej uwagi na tą kwestię. Na podstawie różnych badań i obliczeń statystycznych przewiduje się, że w najbliższym czasie będzie przybywać każdego roku około 2 milionów niepłodnych par na świecie. W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych dotyczących niepłodności, a wszelkie analizy opierane są na danych szacunkowych wspierając się informacjami udostępnianymi przez kliniki i ośrodki zajmujące się leczeniem niepłodności. Na ich podstawie szacuje się, że w naszym kraju może być nawet 30% małżeństw bezdzietnych (Zientarska, 2008). W tej liczbie znajduje się około 5% par, które odkładają posiadanie dzieci na dalszą, bliżej nieokreśloną przyszłość lub całkowicie rezygnujące z potomstwa na rzecz kariery zawodowej, czy też szeroko rozumianej służby społecznej (Bidzan, 2010; Mendel, 2009). Pozostałe to małżeństwa

z tzw. bezdzietnością niezamierzoną. Jest ich obecnie, w zależności od różnych źródeł i szacunków, od 15% nawet do około 25%. Podczas gdy jeszcze w ostatnich dwóch dekadach minionego wieku mówiło się, że może ich być co najwyżej 10% (Cybulska, Tomala, Niemczyk, Głęb, 2009; Kalus 1999). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że według WHO o niepłodności możemy mówić, gdy występuje brak ciąży mimo dwunastomiesięcznego okresu regularnego współżycia bez stosowania antykoncepcji (Guzikowski, 2009).

Za przyczynę zwiększenia problemów z płodnością uważa się między innymi wzrost liczby przypadków zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, zmiana kultury tak zwanego życia seksualnego, wyższy stopień świadomości społeczeństw dotyczących możliwości leczenia niepłodności i wspomagania płodności. Coraz częściej można się także spotkać z odkładaniem poczęcia dziecka na czas późniejszy do chwili ustabilizowania sytuacji zawodowej czy też materialnej. Nie bez znaczenia są także takie czynniki jak: stres, lęk, niepokój oraz depresja przeżywane przez członków współczesnego społeczeństwa. Nie pozostaje to bez wpływu na sferę endokrynologicznego funkcjonowania organizmu człowieka tak silnie powiązaną z płodnością (Kalus, 1999). Na to wszystko nakłada się także niekorzystne oddziaływanie czynników środowiskowych oraz niewłaściwa dieta (Guzikowski, 2009).

2. Reakcja na niekorzystną diagnozę

Bardzo często pierwszą reakcją na problemy z poczęciem dziecka jest zdziwienie, niedowierzenie i zaprzeczanie, gdyż chyba nikt nie spodziewa się planując swoje życie rodzinne, że będzie mieć tego typu problemy. Po okresie usilnego ale bezskutecznego starania się o dziecko, przychodzi czas na szczegółową diagnostykę. Osoba z orzeczeniem niepłodności przeżywa fazę złości i poczucia winy - odczuwa gniew na lekarza, na partnera, czy też na siebie. Bardzo często zdarza się, że osoba taka unika kontaktów z otoczeniem a zwłaszcza rodzinami, w których są dzieci. Jest to bardzo trudny etap w życiu, gdyż dookoła jest bardzo wiele rodzin z licznymi dziećmi, zwłaszcza wśród rówieśników i bliższego kręgu znajomych. W takim środowisku głównym tematem podczas spotkań towarzyskich stają się radości i problemy rodzicielskie. W trzecim etapie następuje akceptacja niepłodności i wszystkich jej skutków, co nie jest jednoznaczne z całkowitym pogodzeniem się z brakiem potomstwa. Jest to czas, w którym partnerzy wybierają dalszą drogę postępowania: leczenie medycznie lub niepodejmowanie terapii przy jednoczesnym oczekiwaniu, że problem sam się rozwiąże. Jest jeszcze trzecia możliwość, która wybierana jest najczęściej po nieudanych licznych terapiach – rodzicielstwo zastępcze lub przekierowanie celów życiowych związanych z całkowitą rezygnacją z rodzicielstwa (Jaromołowska, 2007; Powojewska, 2014).

Badania dotyczące statusu społecznego wskazują, że kobiety bezdzietne są wyżej sytuowane niż te, które posiadają potomstwo. Szczególnie jest to widoczne gdy bierze się pod uwagę poziom wykształcenia oraz pracę zawodową. Taki stan rzeczy ma kilka swoich źródeł. Z jednej strony są wspomniane wcześniej kobiety, które poświęciły swoje najlepsze do prokreacji lata na edukację i karierę zawodową. Z drugiej, są te, dla których było to ucieczką od samotności i poczucia niespełnienia życiowego (Kalus, 1999).

3. Skutki braku potomstwa

Problemy z płodnością wywołują liczne niekorzystne skutki dla małżonków w wielu obszarach np.: biologicznym, psychospołecznym, czy też ekonomicznym (Zientarska, 2008). Wpływają one między innymi na samoakceptację, budowę koncepcji własnej osoby, poczucie sensu a także zadowolenia z życia czy chociażby realizację różnych ról życiowych. Wszystkie te skutki można ulokować przynajmniej na trzech płaszczyznach: poziomie indywidualnym, płaszczyźnie systemu rodzinnego oraz na poziomie społecznym (Powojewska, 2014).

Rozpatrując aspekt indywidualny osób dotkniętych problemami z płodnością, należy zwrócić uwagę na znacznie częściej przeżywane okresy obniżonego nastroju a nawet epizody depresyjne. Jak pokazują badania niepłodnych kobiet, u ponad jednej czwartej mogą wystąpić epizody depresyjne podczas gdy w grupie kontrolnej odnotowano niespełna 3% takich przypadków (Aghanwa, Dare, Ogunniyi, 1999). Dodatkowo u takich osób pojawia się często frustracja egzystencjalna. Jest ona związana z brakiem możliwości zapewnienia ciągłości rodziny. Brak potomstwa sprzyja częstszemu występowaniu poczucia zagrożenia sensu własnego istnienia a także bezcelowości dążeń do poprawy bezpieczeństwa materialnego, bo nie będzie komu przekazać zdobytego majątku u kresu własnego życia (Guzikowski, 2009). Zjawisko to związane jest także z procesem żałoby przeżywanym przez niepłodne osoby. Niemożność urodzenia dziecka jest często traktowana jak strata bliskiej osoby. Czas takiej żałoby trawa dość długo. Dopiero pozytywne przeżycie tego okresu owocuje akceptacją własnej niepłodności (Mendel, 2009).

Problem braku dzieci na płaszczyźnie indywidualnej związany jest także z brakiem możliwości pełnienia roli rodzica, a więc odpowiednio matki lub ojca. Posiadanie dzieci w powszechnym oczekiwaniu jest dopełnieniem kobiecości i męskości. Ma również konstytuować rodzinę. Mężczyźnie uniemożliwia w pełni ukazanie dojrzałej męskości poprzez wzięcie odpowiedzialności za pełną rodzinę – za los żony i dzieci. Kobiecie natomiast brak dziecka utrudnia ukazania swojej dojrzałości, kobiecości, opiekuńczości i zaradności. Dodatkowo pojawiają się negatywne i niechciane uczucia takie jak: złość, zazdrość, poczucie winy, uczucie frustracji i niespełnienia, zniechęcenie, bezsilność a nawet dystymia czy zaburzenia

lękowe (Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni, Koponen, 2010; Powojewska, 2014). Samodzielne i autonomiczne podjęcie się wypełniania różnych zadań rozwojowych ma dawać człowiekowi poczucie sukcesu, zadowolenia i spełnienia się. Jeżeli małżonkowie nie mogą mieć potomstwa, to uniemożliwia to zaspokojenie pewnych potrzeb między innymi: opiekania się, wypełnienia zadań i ról małżeńskich czy też w pewnym zakresie potrzeby samorozwoju (Czyżkowska, Rawińska, Józwik, 2013; Ziółkowska, 2005). Powstająca świadomość tego, że dzieci naśladowują swoich rodziców motywuje do samodoskonalenia, doksztalcania, a niekiedy motywuje do gruntownego przemyślenia przyjmowanych prawd i wartości. Jest to także okazja do krytycznego spojrzenia na praktyki wychowawcze stosowane przez własnych rodziców. Podczas pełnienia roli rodzica następuje rozwój emocjonalny i motywacyjny opiekunów (Braun-Gałkowska, 2008; Jaromołowska, 2007).

Na poziomie systemu rodzinnego brak potomstwa powoduje bardzo duże zaburzenia w przebiegu kolejnych faz cyklu rodzinnego. Otóż większość modeli mówiących o rozwoju rodziny bazuje na pojawieniu się potomstwa w systemie rodzinnym, a następnie na kolejnych etapach rozwoju dziecka. Za reprezentatywne przykłady mogą tu posłużyć modele rozwoju rodziny proponowane przez M. Braun-Gaukowską (2008) wyróżniającą pięć podstawowych okresów (małżeństwo bez dzieci, narodziny i czas opieki nad małym dzieckiem, małżonkowie z dziećmi w wieku szkolnym, małżonkowie z dorastającymi dziećmi oraz etap pustego gniazda), czy też M. Ziemska (2001), która wyróżnia z kolei sześć faz (fazę małżeństwa pierwotnego, fazę okresu przedszkolnego, fazę z dzieckiem w wieku szkolnym, fazę rodzicielską z dzieckiem dorastającym, fazę wtórna małżeńską i fazę małżeństwa emeryckiego). W obu przypadkach pojawienie się potomka i czas opieki nad małym dzieckiem rozpoczyna drugą fazę cyklu życia rodzinnego. Pierwszy etap małżeństwa najczęściej trwa około dwóch lat. Jest to okres, w którym małżonkowie tak naprawdę uczą się wspólnego życia, gdyż pochodząc z różnych rodzin muszą stworzyć własny nowy rytm życia. Jest to także etap pogłębiania umiejętności porozumiewania się małżonków (Braun-Gaukowska, 2008). Brak dziecka w rodzinie uniemożliwia przejście przez wszystkie fazy rozwoju rodziny. Następuje zatrzymanie na pierwszych etapach, a później przeskok do końcowych, gdy to małżonkowie zostają sami w gospodarstwie domowym, z tym wyjątkiem, że w przypadku bezdzietności nie mogą liczyć na takie wsparcie społeczne, jak te rodziny, w których dzieci się pojawiły i ostatecznie rozpoczęły życie we własnych rodzinach.

Bezdzietność na poziomie społecznym przez długie lata był traktowana jako stan „nienormalności” a nawet jakiegoś „upośledzenia” małżonków. Od lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku pewne środowiska starają się zmienić ten pogląd i promować wolność wyboru prokreacyjnego, a dokładniej wolność od dziecka. Propagatorzy tego stanowiska starają się pokazać, że nieposiadanie dziecka

nie powinno być we współczesnym świecie czynnikiem stygmatyzującym. Zaś radość z posiadania potomstwa miałaby być równoznaczna z radością płynącą z samorealizacji i osiągnięcia sukcesów zawodowych (Piechnik-Borusowska, 2009). Mimo prób promocji takiego podejścia, do dziś brak dzieci w systemie rodzinnym jest negatywnie oceniany zarówno przez większość społeczeństwa jak i samych małżonków. Wzorzec społeczny promuje pogląd, że małżonkowie powinni mieć i powinni chcieć mieć dzieci (Kalus, 1999). Spowodowane jest to poglądem, że rodzina powinna przyczyniać się do tworzenia tzw. kapitału społecznego poprzez zapewnienie wymiany międzypokoleniowej stanowiącej podstawę zabezpieczenia socjalnego starszych pokoleń (Zientarska, 2008). Brak potomstwa utrudnia pełnienie ról społecznych: roli rodzica – ojca lub matki, a w późniejszym czasie także dziadka czy też babci. Pociąga to za sobą brak możliwości zdobycia odpowiednich kompetencji powiązanych z tymi rolami, a charakterystycznych dla człowieka dorosłego. Pełnienie wspomnianych ról i posiadanie przypisywanych im kompetencji są wyznacznikami dojrzałości psychospołecznej. Są to czynniki, które dodatkowo zwiększają presję na płaszczyźnie społecznej (Piotrowski, 2013).

4. Adopcja – konstruktywne rozwiązanie problemu z płodnością

Jednym z rozwiązań problemu braku dzieci w systemie rodzinnym jest adopcja. Jest ona jedną z dwóch (obok rodziny zastępczej) najczęściej spotykanych w praktyce form opieki i wychowania rodzinnego. Jak podają źródła Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej systematycznie wzrasta liczba wniosków o przysposobienie składanych w polskich sądach. W 2000 roku liczba ta wynosiła niespełna 2930, podczas gdy już piętnaście lat później było ich już ponad 3500.

Adopcja, inaczej zwana przysposobieniem, oznacza uznanie danego dziecka za swoje. Prawną definicję adopcji podaje Art. 121. § 1. *Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego*, który brzmi: „Przez przysposobienie powstaje między przysposabiającym a przysposobionym taki stosunek, jak między rodzicami a dziećmi”¹. Przysposobienie jest więc przyjęciem obcego dziecka do domu z jednoczesnym uczynieniem go własnym potomkiem. Trzeba pamiętać, że jest to akt nie tylko prawny, ale także zawiera element budowania relacji, utworzenia głębokiej więzi rodzinnej pomiędzy opiekunami zastępczymi, a przyjmowanym dzieckiem. W wyniku takiego postępowania dochodzi do stworzenia nowej bądź rozszerzenia istniejącej już rodziny (Ładyżyński, 2009 b).

Decyzja o rozpoczęciu procesu adopcyjnego, czy też wybranie innych niż rodzicielstwo celów życiowych należą do tak zwanych decyzji życiowo doniosłych mających swoje fundamenty w procesach poznawczych, emocjonalnych, społecznych a także moralnych. Przystępując do podjęcia takich decyzji, osoba

¹ Pełny tekst Ustawy można znaleźć w: *Dziennik Ustaw* 2015 poz. 2082.

dokonuje wyboru szeregu możliwości i alternatyw, których zwińczeniem powinien być rezultat spełniający oczekiwania danej osoby w stopniu co najmniej zadowalającym. Decyzję o adopcji dziecka najczęściej podejmują małżonkowie od 30 do 40 roku życia, których staż małżeński zawiera się w przedziale od 8 do 15 lat. Trzeba pamiętać, że podjęcie decyzji o adopcji i wszczęcie działań w tym kierunku, to dość długi proces, który w przypadku każdej pary, a nawet każdej osoby przebiega nieco inaczej (Jarmołowska, 2007; Ładyżyński, 2009 a).

Adopcja jest coraz bardziej „atrakcyjna” wraz z kolejnymi niepowodzeniami alternatywnych terapii. Jednak większość kobiet nigdy nie traci całkowicie nadziei na posiadanie własnego biologicznego dziecka. Szanse upatrują w postępie medycyny, czy też nadzwyczajnej ingerencji Boga, jeśli jest to osoba wierząca. Dowodem na takie podejście do sytuacji są przypadki par, które zakończyły różnego rodzaju terapie bez upragnionego skutku i rozpoczęły proces przygotowywania do podjęcia roli rodziców adopcyjnych. Zdarza się i to nie tak rzadko, że osoby te, po pewnym czasie przerywają szkolenia, czy też okres oczekiwania na dziecko. Przekazują wtedy informację, że jednak będą mieli własne biologiczne dziecko, ponieważ w niewyjaśniony dla medycyny sposób, ich zmaganie z problemem bezpłodności znajdzie upragniony finał (Kozielecki, 2006; Ładyżyńska i Ładyżyński, 2000).

Małżonkowie chcący adoptować dziecko przeżywają wiele problemów, których nie spotykają rodzice biologiczni. Pierwszy i najważniejszy, to pogodzenie się z niemożnością posiadania dzieci biologicznych. Inne związane są z Przeczodzeniem całej procedury adopcyjnej. Osoby pragnące adoptować dziecko przystępują do procesu kwalifikacyjnego w wybranym przez siebie ośrodku adopcyjno-opiekuńczym. Początek stanowi rozmowa wstępna, na której małżonkowie są informowani o całym przebiegu procedury adopcyjnej i o wymaganych dokumentach. Gdy wymagana dokumentacja jest skompletowana, przeprowadzane są spotkania z psychologiem i pedagogiem oraz odpowiednie szkolenia dla przyszłych rodziców adopcyjnych. Dopiero po pomyślnym zakończeniu całego procesu rodzina może otrzymać propozycję przyjęcia dziecka (Giertuga-Milek, 2006). Dodatkowo pojawienie się dziecka nie zależy od samych rodziców, czy nawet pracowników ośrodka adopcyjnego, w którym kandydaci przechodzą kolejne etapy przygotowania do tej formy rodzicielstwa. Nikt nie jest w stanie zagwarantować, że w krótkim okresie od zakończenia szkolenia i uzyskania pozytywnej kwalifikacji znajdzie się dziecko, które będą gotowi przyjąć. Jednak doświadczenia innych małżeństw, które dzięki adopcji mogły podjąć pełnienie roli rodziców, pozwalają oczekiwać pomyślnego ukończenia zmagania małżonków w celu stworzenia pełnej rodziny.

Kolejne problemy dotyczą tożsamości rodzicielskiej, tworzenia więzi z adoptowanym dzieckiem, lęków o samo dziecko, a także obaw dotyczących braku

pełnego rozeznania co do środowiska pochodzenia dziecka. U wielu rodziców pojawia się także kryzys związany z wypełnianiem roli rodzica i niepewnością czy nie będąc rodzicem biologicznym mogą być rodzicami w płaszczyźnie psychicznej. Pojawia się niepokój o dziecko – lęk przed utratą, przed niewytworzeniem odpowiednio bliskich więzi, przed obciążeniami genetycznymi i społecznymi (Jaromołowska, 2007).

Zakończenie

Zasygnalizowane w niniejszym artykule zagadnienia mają pokazać wyjątkowy charakter rodzicielstwa adopcyjnego i jego bardzo złożoną wieloaspektową specyfikę. Dopełnienie wszystkich formalnych aspektów związanych z adopcją wymaga od kandydatów na rodziców adopcyjnych poświęcenia czasu i wielkiego wysiłku. Częste wizyty w różnych urzędach i instytucjach państwowych, wieloetapowe badania, szkolenia i procedury kwalifikacyjne nie pozostają bez wpływu na sferę emocjonalną przyszłych rodziców. Pojawiają się liczne obawy, trudności i zapytania, które w ciągu trwania procesu przygotowawczego, przynajmniej w części, powinny zostać wyjaśnione. Część z nich uzyska swoje wyjaśnienie dopiero po pewnym czasie od pomyślnej adopcji. Doświadczana w ten sposób uciążliwość procesu adopcyjnego jest jednak usprawiedliwiona głównym celem przysposobienia, a mianowicie dobrem dziecka.

Bibliografia:

- Adamski F. (2006). *Rodzina*, (w:) Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, t. V, E. Różycka (red.), (s. 306-311), Warszawa: Żak Wydawnictwo Akademickie.
- Aghanwa H., Dare F., Ogunniyi S. (1999), Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria, *Journal of Psychosomatic Research*, nr 2, pp. 117-123.
- Bidzan M. (2010), *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Braun-Gałkowska M. (2008). *Psychologia domowa*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Cybulska N., Tomala M., Niemczyk W., Głab G. (2009). *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 51-57), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Czyżkowska A., Rawińska M., Józwiak M. (2013). Komunikacja, relacje partnerskie oraz funkcjonowanie seksualne par leczących się z powodu niepłodności, *Studia Psychologica*, nr 2 (13), s. 7-14.
- Giertyga-Milek, K. (2006). Adopcja i rodzina zastępcza jako forma rodzinnej opieki dla dzieci opuszczonych i porzuconych. *Studia Lubuskie*, nr 2, s. 83-95.

- Guzikowski W. (2009). *Wybrane zagadnienia i aspekty niepłodności kobiecej*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 27-33), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jarmołowska A. (2007). *Adopcja dziecka. Psychologiczna analiza decyzji u kobiet i mężczyzn*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kalus A. (1999). *Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 201-211), Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Klemetti R., Raitanen J., Sihvo S., Saarni S., Koponen P. (2010), Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 5 (89), pp. 677–682.
- Kozielecki, J. (2006). *Psychologia nadziei*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Ładyżyńska G. i Ładyżyński A. (2000). *Adopcja jest darem*. Wrocław: TUM Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Ładyżyński A. (2009 a). *Doświadczenie adopcji w narracji rodziców*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 101-110), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Ładyżyński A. (2009 b), *Społeczne i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Mendel A. (2009). *Psychologiczne aspekty diagnozy i leczenia niepłodności*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska, (s. 73-80), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piechnik-Borusowska J. (2009). *Bezdzielnosc z wyboru w oglądzie socjologicznym*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 111-119), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piotrowski, A. (2013). *Tożsamość osobista w okresie wkraczania w dorosłość*. Wielichowo: TIPI.
- Powojewska A. (2014), *Długa droga do rodzicielstwa*, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 4 (18), s. 162-170.
- Ustawa Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, (w:) *Dziennik Ustaw 2015 poz. 2082*.
<http://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultopisy/4917/1/1/Adopcje---przysposobienie-w-latach-2000-i-p.-2016.xlsx>, pozyskano: 12.11.2016.
- Ziemska M. (2001). *Zmiany w relacjach małżeńskich w cyklu życia rodziny*, (w:) *Rodzina współczesna*, M. Ziemska (red.), (s. 44-57), Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Zientarska B. (2008). *Społeczno-środowiskowe konteksty niepłodności*, (w:) *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*, J. Bulska (red.), (s. 133-156), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Ziółkowska B. (2005) *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?* (w:) *Psychologiczne portrety człowieka*, A. Brzezińska (red.), (s. 423-468), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

mgr Mateusz Barłów

doktorant

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

mgr Marlena Stradomska

doktorantka

Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie

Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory gotowości do tworzenia rodziny zastępczej, rodziny adopcyjnej oraz postawy względem pomocy społecznej

1. Wprowadzenie w problematykę badań

1.1. Rodzina zastępcza i rodzina adopcyjna – definicje

Współczesna rzeczywistość kształtuje wiele możliwości rozpadu rodziny, a przez to życia dzieci w niepełnym środowisku domowym. Obserwowane są zjawiska eurosieroctwa, czy też sieroctwa społecznego. Zwiększa się również liczba rozwodów oraz życia w nieformalnych związkach, co ma związek z opieką nad dziećmi (GUS, 2013; s. 45-46 Bass, Shields, Behrman, 2004, s. 5-29). Czynnikiem sprzyjającym dezintegracji rodziny są uzależnienia oraz brak wydolności wychowawczej (Ruszkowska, 2013, s. 5-22). Zdarza się zatem, że rodzice niewłaściwie zabezpieczają potrzeby dzieci. Dzieci natomiast, jak każdy obywatel mają gwarantowane i chronione prawa w tym prawo do życia, ochrony swojej prywatności, rozwoju zainteresowań i umiejętności (Pomarańska-Bielecka, 2007, s. 5-7; Mickiewicz, 2013, s. 6-11). W przypadku niemożności sprawowania opieki przez rodziców biologicznych, opiekę mogą pełnić m. in. rodzice zastępczy lub rodzice adopcyjni.

Rodzinę zastępczą lub rodzinny dom dziecka tworzą małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim, u której umieszczono dziecko w celu sprawowania nad nim pieczy zastępczej (art. 41 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r.). Funkcję rodziny zastępczej mogą sprawować zarówno osoby obce, jak i spokrewnione z dzieckiem. Rodzinę zastępczą spokrewnioną tworzą osoby będące wstępnyimi dziecka lub rodzeństwem, natomiast osoby nie będące wstępnyimi lub rodzeństwem mogą stanowić rodzinę zastępczą niezawodową lub zawodową (Kasperska, Siemieńczuk, 2012, s. 9-25,

Przybyłka, 2014, s. 74-84 Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, 2011).

Adopcja nie jest formą pieczy zastępczej, może być jej następstwem, gdy rodzice naturalni nie dążą do odzyskania dziecka, które zostało im odebrane. Utrata władzy rodzicielskiej otwiera możliwość dla znalezienia dziecku nowej rodziny. Przystosowanie wydaje się optymalnym rozwiązaniem w przypadku trwałej przeszkody w powrocie dziecka do rodziny pochodzenia (Czarkowski, 2013, s. 3-30). Dzieci adoptowane z perspektywy prawnej traktowane są jak biologiczne dzieci przystosabiających (Andrzejewski, 2012, s.105-125). Rodzina zastępcza natomiast ze swej definicji jest tymczasowa, gdzie dąży się do reintegracji rodziny biologicznej (tamże, s. 105-125).

1.2. Stereotyp dziecka z „domu dziecka”

Stereotyp jest to istniejący w danej kulturze zbiór powszechnie uznawanych przekonań dotyczących cech jakiejś grupy lub klasy ludzi. Jest to względnie stała i nadmiernie uproszczona generalizacja skupiająca się zazwyczaj na negatywnych cechach ludzi (Reber & Reber, 2008, s. 742; Colman, 2009, s. 05). B. Wojciszke definiuje stereotyp jako uproszczony obraz pewnej grupy społecznej, wyróżnionej na podstawie łatwo dostrzegalnej cechy, takiej jak płeć, rasa, czy też narodowość (za: Białopiotrowicz, Kojkoł, 2010, s.185).

Obraz dzieci wychowujących się w pieczy zastępczej budują obserwowane zachowania i statystyki związane z przeżyciami tych dzieci. Przyczyną trudności są zazwyczaj nieprzepracowane negatywne doświadczenia z przeszłości. Wychowankowie mogą charakteryzować się specyficznym zachowaniem, czego przyczyną często jest myślenie magiczne i nielogiczne. Dane pokazują, iż nawet połowa usamodzielniających się wychowanków może mieć problemy z prawidłowym funkcjonowaniem społecznym w dorosłym życiu (Bruskas, 2008, s. 70-77; Grayson, 2012, s. 2-5; McKellar, 2007, s. 39-42; Lewko, 2011, s. 67-90). Dużym problemem jest zachodzenie w ciążę przez młodociane matki. Wśród nich często znajdują się dziewczyny opuszczające pieczę zastępczą. Okazuje się, że młode kobiety przed 19-rokiem życia przebywające w pieczy zastępczej nawet dwukrotnie częściej zachodzą w ciążę niż ich rówieśniczki (Boonstra, 2011, s. 8-19). Osoby wychowujące się w pieczy zastępczej wcześniej odbywają pierwszy stosunek seksualny, co można interpretować jako próbę stworzenia związku intymnego i zaspokojenia potrzeby bliskości. Wyniki obserwacji łączą się z wynikami badań prowadzonymi do wniosku, że młodzież posiadająca opiekuńczych i otaczających miłością rodziców podejmuje aktywność seksualną w późniejszym wieku, częściej sięga także po środki antykoncepcyjne (tamże, s. 8-19).

Kolejnym faktem pokazującym trudy wychowywania się osób w pieczy zastępczej są statystyki, pokazujące, że 10% kobiet odbywających wyrok w zakładach karnych stanowią wychowanki pieczy zastępczej (George, Holst, Jung, LaLonde, Varghese, 2011, s. 19).

Opisywane sytuacje nie pozostają bez echa. Powyższe informacje mają wpływ na społeczne postrzeganie domów dziecka, rodzin zastępczych i dzieci w nich się wychowujących, o czym świadczą informacje pojawiające się w mediach polskich i zagranicznych. W Internecie można bez trudu odnaleźć informacje dotyczące negatywnych etykiet dzieci z domu dziecka, gdzie Polacy posługują się stwierdzeniami typu "dzieci z domu dziecka są zagrożeniem dla otoczenia". Wychowankowie domów dziecka sami przyznają, iż czują na sobie etykietę społeczną typu "w domu dziecka jest tylko patologia" (Denzel, MacDonald, 2014, s. 1; Rogers, 2016, s. 1)¹.

Pomimo, że powyższe artykuły piętnują taką postawę, nadal jest to duży problem społeczny. Pojawia się więc pytanie o czynniki indywidualne mające związek z utrzymywaniem się negatywnego stereotypu społecznego dzieci z rodzin zastępczych i adoptowanych.

1.3. Inteligencja emocjonalna

Inteligencja emocjonalna zdaniem Golemana jest to zdolność do rozpoznawania, kierowania i wykorzystywania emocji, zarówno własnych, jak i cudzych (za: Caban, Rewerski, 2005, s. 9). Za twórców pojęcia uznaje się Saloveya i Mayera (za: Jaworska, Matczak, 2008, s. 34). Autorzy uważają, iż inteligencja emocjonalna przejawia się na kilku płaszczyznach (za: Śmieja, Orzechowski, 2008, s. 19-45). Pod pojęciem inteligencji emocjonalnej należy rozumieć zdolność do spostrzegania i oceny emocji, umiejętność ekspresji emocji, wykorzystywania emocji do wspomaganie działania i myślenia oraz regulacji emocji zarówno własnych, jak i cudzych (Sadowska, Brachowicz, 2008, s. 67).

Umiejętność rozumienia emocji własnych oraz innych ludzi wchodzi w skład kompetencji społecznych, a więc zdolności do radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Poziom inteligencji emocjonalnej ma związek z funkcjonowaniem jednostki (Knopp, 2006, s. 221-236).

W badaniu założono zatem, że wysoki poziom inteligencji emocjonalnej powinien się wiązać z umiejętnością zrozumienia pozycji dzieci wychowujących się w pieczy zastępczej i postawą badanych względem tychże małoletnich.

¹ (<http://www.gs24.pl/wiadomosci/stargard/art/5360280,problem-czy-stereotyp-stargardzianie-boja-sie-dzieci-z-domu-dziecka,id,t.html>; <http://natemat.pl/108777,glupie-bekarty-z-bidula-czyli-o-tym-jak-dorosli-wychowankowie-domow-dziecka-nie-maja-nad-wisla-latwo>)

1.4. Samoocena

Autor jednej z najpopularniejszych metod badania samooceny na świecie M. Rosenberg, definiuje tą zmienną jako negatywną lub pozytywną postawę wobec siebie. Samoocena opiera się na percepcji i ocenie siebie, jest więc z natury oceną subiektywną (za: Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008, s. 7-8).

Samoocena ma rozmaite funkcje, a przez to w różny sposób wpływa na zachowanie społeczne jednostki. Zdaniem L. Niebrzydowskiego (1976, s. 23-27) trzy najważniejsze funkcje samooceny to: funkcja poznawcza, wartościująco-oceniająca i integrująco-scalająca. Funkcja poznawcza pełni rolę informującą, wyjaśnia człowiekowi jego pozycję w świecie oraz kształtuje relacje społeczne. Funkcja wartościująco-oceniająca opiera się na dostrzeganiu swojej wartości i odnoszeniu się do siebie z szacunkiem. Ostatnia funkcja, a więc integrująco-scalająca dotyczy naszej samoświadomości, jako części łączącej i integrującej osobowość (Grabowiec, 2011, s. 58; Niebrzydowski, 1976, s. 23-27).

Samoocena razem z samoakceptacją i poczuciem własnej wartości pełni funkcję regulacyjną osobowości, ponieważ integruje działania na płaszczyźnie emocjonalno-popychawczej i poznawczej (za: Jurczyk, 1985, s. 509). Regulacyjna funkcja samooceny odnosi się przede wszystkim do wewnętrznego systemu wartości, prowadząc selekcję informacji w sposób zgodny z tym, co jednostka o sobie myśli, odrzucając fakty niezgodne z obrazem siebie. W ten sposób samoocena determinuje sposób działania jednostki w wielu sytuacjach społecznych, stanowiąc o specyfice kontaktów społecznych. Samoocena reguluje zatem nie tylko informacje na własny temat, ale ma również wpływ na życie społeczne jednostki. Dzieje się tak, ponieważ sposób, w jaki odbieramy i interpretujemy informacje, decyduje w pewnym stopniu o naszym zachowaniu i naszych postawach, które są obserwowane przez innych, co wiąże się z oceną naszej osoby przez otoczenie (Aronson, Wilson, Akert, 2006, s. 131-206). Wydaje się zatem, że samoocena może mieć wpływ na postrzeganie rzeczywistości i interpretację pewnych zdarzeń przez pryzmat własnej osoby. W badaniu założono zatem, że poziom samooceny może wiązać się z postrzeganiem rodzin zastępczych, dzieci w nich się wychowujących oraz całej sensowności pomocy społecznej.

2. Badania własne

2.1. Badane osoby, postawione hipotezy i zastosowane metody

Przebadano 100 osób w wieku 21-29 lat ($x=24,18$; $SD=3,27$), w tym 66 kobiet i 34 mężczyzn. Wśród badanych jest 36 osób pozostających w związku oraz 64 singli.

Założono następujące hipotezy badawcze:

- H1 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą względem gotowości do tworzenia rodziny zastępczej lub adopcyjnej;
- H2 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą względem dzieci z rodzin zastępczych i adopcyjnych;
- H3 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą względem pomocy społecznej;
- H4 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą względem gotowości do tworzenia rodziny zastępczej lub adopcyjnej;
- H5 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą względem dzieci z rodzin zastępczych i adopcyjnych;
- H6 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą względem pomocy społecznej.

W badaniu zostały zastosowane następujące metody:

Skala samooceny SES M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny z 2008 roku. Skala SES jest narzędziem składającym się z 10 pozycji diagnostycznych. Badany dokonuje wyboru odpowiedzi na skali 1-4, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, natomiast 4 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Skala posiada polskie normy dla badanych w wieku od 14 do 75 lat. Wyniki testu pozwalają opisać osobę badaną pod względem poziomu ogólnej, jawnej samooceny. Metoda posiada bardzo dobre właściwości psychometryczne, dla przykładu rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wynosi 0,83 (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008, s. 61-64)

Skala Inteligencji Emocjonalnej INTE, której autorami są N.S. Schutte, J.M. Malouff, L.E. Hall, D.J. Haggerty, J.T. Cooper, Ch.J. Gloden, L. Dornheim. Polska adaptacja A. Ciechanowicz, A. Jaworowska i A. Matczak składa się z 33 pozycji kwestionariuszowych, do których badany odnosi się wybierając odpowiedzi na skali od 1 do 5 (Jaworska, Matczak, 2008, s. 61-63).

Kwestionariusze własne oparte na dyferencjale semantycznym, gdzie badany odnosił się do pytań na skali 1-10. Stworzono 6 skal, im wyższy wynik osiągnięty w skali tym bardziej negatywna postawa względem badanej kwestii. Zastosowano następujące skale:

Skala gotowości do przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej/adopcyjnej

Określająca stopień gotowości do opieki nad obcym dzieckiem, czy to w postaci rodziny zastępczej, czy też adopcji dziecka. Ankieta składa się z 10 pytań, m.in:

Dzieci adoptowane/ z rodzin zastępczych:

1. Nigdy nie pokochałbym tak jak swojego biologicznego dziecka;

2. Nie widzę różnicy z biologicznym dzieckiem;
3. Najważniejsze w rodzicielstwie są uczucia, a nie aspekt biologiczny;
4. Bałbym się reakcji sąsiadów/rodziny;
5. Bałbym się wziąć dziecko z domu dziecka.

Skala postawy względem dziecka z rodziny zastępczej/ adoptowanego

Odnosi się do opinii badanego na temat postawy względem dzieci wychowujących się w rodzinach zastępczych lub adopcyjnych. Składająca się z 14 pozycji, w tym:

1. Można wychować tak jak własne dziecko;
2. Budzą współczucie i litość;
3. Są normalnymi dziećmi;
4. Są gorsze od zwykłych dzieci;
5. Są zazwyczaj mniej inteligentne.

Skala postawy względem pomocy społecznej

Skala odnosząca się do postawy badanych względem pomocy społecznej. 9 pytań w tym:

1. Państwo polskie przeznacza za dużo pieniędzy na pomoc społeczną;
2. Dzieci zabrane rodzicom z ich winy, powinni utrzymywać inni członkowie rodziny, a nie obywatele;
3. Jestem przeciwny wydawaniu środków publicznych na pomoc społeczną;
4. Osobom uzależnionym nie należy się wsparcie;
5. Dzieci z domów dziecka powinny być wspierane przez obywateli i Państwo, by mogli mieć normalne życie.

2.2. Analiza wyników badań własnych

W celu weryfikacji hipotez zastosowano test korelacji r-Pearsona.

Tabela nr 1. Samoocena a poszczególne skale

Skale	R	P
Skala nr 1	-0,330	0,001
Skala nr 2	-0,203	0,043
Skala nr 3	-0,189	0,06

1. Skala gotowości do przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej/adoptowanego,
2. Skala postawy względem dziecka z rodziny zastępczej/ adoptowanego

3. Skala postawy względem pomocy społecznej

Samooocena koreluje z *postawą gotowości do pełnienia roli rodziny zastępczej/adopcyjnej* ($r=-0,33$; $p=0,001$). Im wyższy poziom poczucia własnej wartości tym bardziej pozytywna postawa względem opieki nad obcym dzieckiem, czy to w postaci rodziny zastępczej, czy rodziny adopcyjnej.

Samooocena wiąże się również z *postawą względem dziecka z rodziny zastępczej/adopcyjnej* ($-0,203$; $p=0,043$). Wraz ze wzrostem poczucia własnej wartości rośnie pozytywna postawa względem dzieci wychowujących się w rodzinie zastępczej lub adopcyjnej.

Wysoki poziom samooceny związany jest również z bardziej pozytywną postawą wobec pomocy społecznej i pomagania innym ($r= -0,189$; $p=0,06$). Związek ten ma charakter tendencji statystycznej.

Inteligencja emocjonalna jest powiązana z nastawieniem do opieki nad obcym dzieckiem w postaci rodziny zastępczej lub adopcyjnej. Wraz ze wzrostem poziomu inteligencji emocjonalnej rośnie gotowość do tego rodzaju opieki ($r=-0,197$; $p=0,049$).

Inteligencja emocjonalna wiąże się także z postawą względem dzieci wychowujących się w pieczy zastępczej lub rodzinie adopcyjnej. Wyższy poziom tej zmiennej wiąże się z większym zrozumieniem wobec dzieci wychowujących się poza rodziną biologiczną ($r= -0,216$; $p=0,031$).

Inteligencja emocjonalna wykazuje także związek z poziomem nastawienia do pomagania i pomocy społecznej. Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej koreluje z pozytywnym nastawieniem do pomocy społecznej ($r=-0,233$; $p=0,02$).

Tabela nr 2. Inteligencja emocjonalna a poszczególne skale

Skale	R	P
Skala nr 1	-0,197	0,049
Skala nr 2	-0,216	0,031
Skala nr 3	-0,233	0,020

1. Skala gotowości do przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej/adoptowanego
2. Skala postawy względem dziecka z rodziny zastępczej/ adoptowanego
3. Skala postawy względem pomocy społecznej

Pozytywne nastawienie względem założenia rodziny zastępczej lub adopcyjnej koreluje z lepszym obrazem dzieci wychowujących się w takiej rodzinie ($r=0,641$; $p<0,001$). Postawa gotowości do wychowywania obcego dziecka ma również pozytywny związek z ogólnym nastawieniem do pomocy społecznej ($r=0,559$; $p<0,001$). Pozytywne postrzeganie dzieci z rodzin zastępczych i adopcyjnych ma także związek z pozytywnym postrzeganie pomocy społecznej ($r=0,503$; $p<0,001$).

Tabela nr 3. Związek między poszczególnymi postawami ujętymi w badaniu

Skale	1		2		3	
Skala nr 1	-	-	0,641	0,001	0,559	0,001
Skala nr 2	0,641	0,001	-	-	0,503	0,001
Skala nr 3	0,559	0,001	0,503	0,001	-	-

1. Skala gotowości do przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej/adoptowanego
2. Skala postawy względem dziecka z rodziny zastępczej/ adoptowanego
3. Skala postawy względem pomocy społecznej

W analizie wyników porównano także postawę względem rodzin zastępczych, pomocy społecznej i gotowości do tworzenia rodziny zastępczej/adopcyjnej z postawą względem bezpłodności własnej, bezpłodności partnera.

Tabela nr 4. Związek między poszczególnymi postawami ujętymi w badaniu

Skale	Skala nr 1		Skala nr 2		Skala nr 3		Skala nr 4		Skala nr 5		Skala nr 6	
Skala nr 1	-	-	0,032	0,001	0,37	0,001	0,414	0,001	0,359	0,001	0,304	0,003
Skala nr 2	0,032	0,001	-	-	0,573	0,001	0,556	0,001	0,52	0,001	0,593	0,001
Skala nr 3	0,37	0,001	0,573	0,001	-	-	0,641	0,001	0,486	0,001	0,559	0,001
Skala nr 4	0,414	0,001	0,556	0,001	0,641	0,001	-	-	0,532	0,001	0,503	0,001
Skala nr 5	0,359	0,001	0,52	0,001	0,486,	0,001	0,532	0,001	-	-	0,472	0,001
Skala nr 6	0,304	0,003	0,593	0,001	0,559	0,001	0,503	0,001	0,472	0,001	-	-

1. Skala postawy względem bezpłodności własnej
2. Skala postawy względem bezpłodności partnera
3. Skala gotowości do przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej/adoptowanego
4. Skala postawy względem dziecka z rodziny zastępczej/ adoptowanego
5. Skala postawy względem in vitro
6. Skala postawy względem pomocy społecznej

Postawa względem bezpłodności własnej wiąże się z postawą względem wychowywania obcego dziecka ($r=0,37;p<0,001$). Osoby w większym stopniu akceptujące perspektywę swojej bezpłodności są bardziej pozytywnie nastawione do opieki nad obcym dzieckiem. Większy dystans do własnej bezpłodności ma również

pozytywny związek z postawą względem dzieci wychowujących się w pieczy zastępczej ($r=0,414$; $p<0,001$). Osoby w większym stopniu akceptujące bezpłodność własną mają również bardziej pozytywne nastawienie względem metody In Vitro ($r=0,359$; $p<0,001$).

Akceptacja bezpłodności partnera wiąże się z bardziej pozytywnym nastawieniem do opieki nad obcym dzieckiem ($r=0,573$; $p<0,001$) oraz bardziej pozytywnym obrazem dzieci wychowujących się poza domem rodzinnym ($r=0,641$; $p<0,001$). Wyższy poziom akceptacji bezpłodności partnera wiąże się także z większą otwartością na metodę in vitro ($r=0,486$; $p<0,001$). Pozytywne nastawienie do założenia rodziny z obcym dzieckiem ma również związek z pozytywnym nastawieniem względem metody in vitro ($r=0,486$; $p<0,001$). Pozytywna postawa względem dzieci wychowujących się poza domem koreluje z poziomem akceptacji metody in vitro. Osoby mające pozytywny obraz dzieci mają również bardziej pozytywną postawę względem metody in vitro ($r=0,532$; $p<0,001$).

Analiza wyników prowadzi także do ciekawych zależności między poziomem akceptacji swoich trudności oraz partnera a postawą względem pomocy społecznej. Pozytywne postrzeganie pomagania innym jest związane z wyższym poziomem akceptacji perspektywy bezpłodności własnej ($r=0,304$; $p=0,003$), partnera ($r=0,593$; $p<0,001$), większej akceptacji in vitro ($r=0,472$; $p<0,001$), tworzenia rodziny z obcym dzieckiem ($r=0,559$; $p<0,001$), czy też postrzegania dzieci wychowujących się w środowisku zastępczym ($r=0,503$; $p<0,001$).

a. Dyskusja wyników badań własnych

Analiza wyników badań własnych prowadzi do wniosku, że predyspozycje jednostki mają duże znaczenie w postrzeganiu problematyki pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej. Okazuje się, że postrzeganie własnej osoby ma związek z postrzeganiem innych osób i pomocą względem nich, co silnie koreluje z teoriami dotyczącymi roli poczucia własnej wartości w kształtowaniu funkcjonowania społecznego (por. także: Aronson, Wilson, Akert, 2006, s. 95-131). Osoby postrzegające siebie w lepszy sposób patrzą również w sposób bardziej pozytywny na pomoc osobom potrzebującym. Jest to obserwacja zgodna z teorią autopercepcji D. Bema (1972, s. 1-62), z której wynika, że obraz siebie jest budowany w oparciu o przypuszczenia, co inni ludzie o nas myślą. Wydaje się zatem, że istnieje związek pomiędzy bardziej pozytywnym myśleniem o innych i większą chęcią im pomocy. Jest to ważne zagadnienie w perspektywie procesu kwalifikacji kandydatów na rodziny zastępcze i rodziny adopcyjne. Właściwy obraz siebie, ale i partnera, umiejętność radzenia sobie z problemami, w tym związanymi ze sferą prywatną i podstawowymi zadaniami rozwojowymi, a więc umiejętność poradzenia sobie z problemem braku możliwości posiadania biologicznych dzieci, tworzenie związku

na dobre i na złe prowadzi do bardziej pozytywnego nastawienia wobec dzieci wychowujących się w pieczy zastępczej oraz ogólnej postawy wobec pomagania osobom potrzebującym. Jest to również cenna wskazówka praktyczna, by w pracy z dzieckiem umieszczonym w pieczy zastępczej nie zapominać o wzmacnianiu roli rodzica zastępczego, jego samooceny, ale i innych zmiennych mających znaczenie we właściwym radzeniu sobie ze stresem. Wśród głównych czynników indywidualnych w radzeniu sobie ze stresem oprócz samooceny i inteligencji emocjonalnej można wyróżnić poczucie kontroli, koherencji, czynniki osobowościowe i temperamentalne (Barłóg, Stradomska, 2015a, s. 148-155; Barłóg, Stradomska, 2015b, s. 160-170; Ogińska-Bulik, 2006, s. 88-108). Badania pokazują natomiast, iż pełnienie funkcji rodziny zastępczej łączy się z wieloma bodźcami stresogennymi, związanymi z pozycją rodziny zastępczej, dziecka, czy też kontaktów z rodziną biologiczną (Weigl, 2011, s. 21-28).

Analiza wyników prowadzi także do wniosku, że poziom inteligencji emocjonalnej wykazuje związek z poziomem gotowości do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/adopcyjnej, postrzegania dzieci wychowujących się w środowisku zastępczym oraz pomagania osobom potrzebującym/ postrzegania sensu pomocy społecznej. Wyniki wydają się spójne z definicją inteligencji emocjonalnej oraz podstawowymi teoriami. Umiejętność wczucia się w emocje i uczucia innych, zrozumienia ich sytuacji, sprzyja pozytywnemu postrzeganiu problemów innych osób.

Warto podkreślić związek poziomu inteligencji emocjonalnej z poziomem gotowości do pełnienia funkcji rodziny zastępczej czy też adopcyjnej. Większy poziom empatii i zrozumienia problemów innych ludzi sprzyja gotowości do niesienia im pomocy, nie tylko w sposób symboliczny, ale i w sposób bezpośredni poprzez przyjęcie dziecka pod swój dach. Wynik stanowi zatem ważny wymiar praktyczny, ukazujący kolejną sferę ważną z perspektywy procesu kwalifikacji rodzin, jak i ciągłej pracy nad poziomem komunikacji z dzieckiem, zrozumienia jego trudności. Poziom inteligencji emocjonalnej może mieć także związek ze zrozumieniem problemów rodziny biologicznej dziecka i nastawieniem do spójnych działań w celu reintegracji rodziny, co stanowi podstawowe zadanie pieczy zastępczej (Andrzejewski, 2012, 105-125; Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, 2011). Poziom inteligencji emocjonalnej oraz samooceny powinien mieć także znaczenie w innych formach pomocy, chociażby w kwalifikowaniu kandydatów na rodziny wspierające. Są to także zmienne ważne w perspektywie pracy specjalistów: pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych. Wyniki badań świadczą, iż poziom opisywanych tu zmiennych ma duże znaczenie w ograniczeniu odczuwania stresu zawodowego, który w zawodach społecznych jest bardzo wysoki (Ogińska-Bulik, 2006, s. 201-222). Ciekawym jest, iż problem stresu zawodowego nie dotyczy tylko osób o długim stażu pracy, a jest już zauważalny u

młodych pracowników stawiających pierwsze kroki w zawodzie, a nawet u wolontariuszy, o czym świadczą wyniki autorskiego badania z 2015 roku (Barłóg, Stradomska, 2015b, s.159-171).

Stereotypowe postrzeganie problemów pomocy społecznej, pieczy zastępczej i trudności osób korzystających z pomocy nadal stanowi duże wyzwanie, jednakże interesującym i optymistycznym jest, że pomimo negatywnych i stereotypowych przekazów medialnych w badaniu widoczna jest pozytywna postawa większości badanych do pomagania osobom w trudnej sytuacji życiowej, zarówno dorosłym, jak i dzieciom. Anonimowo badane osoby w większości poparły pomoc społeczną finansowaną z budżetu państwa, czy też otoczenie państwową pomocą osób uzależnionych w celu poprawy ich funkcjonowania. Jest to wynik niezależny od płci i wieku. Wyniki badań świadczą zatem, że pomimo panujących stereotypów i trudności dostrzegana jest wartość i sens pomocy społecznej, co może stanowić czynnik motywujący dla wszystkich zawodów sfery społecznej.

Bibliografia:

- Andrzejewski M. (2012). Ewolucja pieczy zastępczej przez pryzmat nowych regulacji prawnych. *Teologia i Moralność*, t. 11, s. 105-125.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (2006). *Psychologia społeczna*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Barłóg M., Stradomska M. (2015a). *Stres zawodowy u pracowników a funkcjonowanie i rozwój przedsiębiorstwa*, (w:) Kształtowanie rozwoju współczesnego przedsiębiorstwa, W. Załoga, J. Woźniak, W. Wereda (red.), (s. 148-155), Warszawa: Wojskowa Akademia Techniczna.
- Barłóg M., Stradomska M. (2015b). Stres zawodowy w grupie wolontariuszy klinik medycznych w Lublinie, (w:) Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych, K. Barłóg (red.), (s.159-171), Rzeszów: UR.
- Bass S., Shields M.K., Behrman R.E. Children, (2004). Families, and Foster Care: Analysis and Recommendations. *Children, Families and Foster Care*, vol. 14, number 1, pp. 5-29.
- Bem D. (1972). *Self-perception theory*, (w:) Advances in experimental social psychology, vol. 6. L. Berkowitz (red.), (pp. 1-62). New York: Academic Press.
- Białopiotrowicz E., Kojkoł J. (2010), Stereotypy i uprzedzenia w środowisku studentów akademii marynarki wojennej. Zeszyty naukowe akademii marynarki wojennej, nr 4, s.183-212.
- Boonstra H.D. (2011). Teen Pregnancy Among Young Women In Foster Care: A Primer. *Guttmacher Policy Review*, vol. 14, nr 2, pp. 8-19.
- Bruskas D. (2008). Children in Foster Care: A Vulnerable Population at Risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 21, nr 2, pp. 70-77.

- Caban M.J., Rewerski T. (2005). Inteligencja emocjonalna i kompetencje społeczne u osób pracujących i bezrobotnych. *Polityka Społeczna*, s. 8-10.
- Colman A.M. (2009). *Słownik psychologii*, Warszawa: PWN.
- Czarkowski J.J. (red.) (2013). *Społeczny Obraz Rodzinnej Pieczy Zastępczej - raport z badań*. Warszawa: Uczelnia Warszawska Marii Skłodowskiej - Curie.
- Denzel D., MacDonald M.L. (2014). *Stigma and Foster Care: An Empirical Investigation*. Amherst: University of Massachusetts.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: PTP.
- George S., Holst R., Jung H., LaLonde R., Varghese R. (2011). *Incarcerated Women, Their Children, and the Nexus with Foster Care*. Pobrano ze strony: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234110.pdf>
- Grabowiec A. (2011). *Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie*. Lublin: UMCS.
- Grayson, J. (2012). Mental Health needs of foster children and children at risk of removal. *Children, Youth, and Families Office, Winter*, pp. 2-5.
- Jaworska A., Matczak A. (2008). *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej INTE*. Warszawa: PTP.
- Jurczyk P. (1985). Sytuacyjne obniżenie samooceny a gotowość do zachowań prospołecznych. *Psychologia Wychowawcza*, nr 5, s. 508-520.
- Kasperska A., Siemieńczuk K. (2012). Wszystko co chcesz wiedzieć o rodzicielstwie zastępczym. Toruń: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej. <http://docplayer.pl/5152444-Wydanie-ii-województwo-kujawsko-pomorskie.html> (Pobrano: 10.02.2017 g. 12.00)
- Knopp A. (2006). Rola inteligencji emocjonalnej w życiu człowieka. *Studia Psychologica*, tom 6, s. 221-236.
- Lewko G. (2011). *Obraz kliniczny dziecka trafiającego do różnych form opieki zastępczej*, (w:) *Rodzinne domy dziecka - opieka, wychowanie, terapia*, L. Drozdowski, B. Weigl (red.), (s. 67-90), Warszawa: Fundacja Orlen- Dar serca.
- McKellar N. (2007). Foster Care for Children: Information for teachers. *NASP Communiqué*, vol. 36, nr 4, pp. 29-32.
- Mickiewicz P. (2013). *Formy opieki nad dzieckiem*, (w:) *Poradnik rodzicielstwa zastępczego*, A. Kwaśniewska (red.), (s. 6-11), Warszawa: Stowarzyszenie interwencji Prawnej.
- Niebrzydowski L. (1976). *O poznawaniu i ocenie samego siebie*. Warszawa: Nasza księgarnia.
- Ogińska-Bulik N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*. Warszawa: Difin.
- Pomarańska-Bielecka M. (2007). *Jakie są prawa dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej i czy te prawa są takie same, jak każdego innego dziecka?* (w:) *Rodzinne*

- formy opieki zastępczej - poradnik prawny*, S. Stasiak (red.), (s. 5-7), Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Główny Urząd Statystyczny (2013). *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2012 roku*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Przybyłka A. (2014). Rodzinne formy opieki nad dzieckiem w Polsce. Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych, *Studia Ekonomiczne*, nr 179/14, s.78-84.
- Reber A.S., Reber E. (2008). *Słownik psychologii*. Warszawa: Scholar.
- Rogers J. (2016). 'Different' and 'Devalued': Managing the Stigma of Foster-Care with the Benefit of Peer Support. *The British Journal of Social Work*.
- Ruszkowska M. (2013). *Diagnoza rodzin zastępczych w obliczu dylematów współczesności*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Sadowska M., Brachowicz M. (2008). Struktura inteligencji emocjonalnej, *Studia z Psychologii w KUL*, s. 65-79.
- Śmieja M., Orzechowski J. (2008). *Inteligencja emocjonalna: Fakty, mity, kontrowersje*, (w:) *Inteligencja emocjonalna: Fakty, mity, kontrowersje*, M. Śmieja, J. Orzechowski (red.), (s. 19-45), Warszawa: PWN.
- Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011).
<http://www.gs24.pl/wiadomosci/stargard/art/5360280,problem-czy-stereotyp-stargardzianie-boja-sie-dzieci-z-domu-dziecka,id,t.html>
- <http://natemat.pl/108777,glupie-bekarty-z-bidula-czyli-o-tym-jak-dorosli-wychowankowie-domow-dziecka-nie-maja-nad-wisla-latwo>
- Weigl, B. (2011). *Osoby prowadzące rodzinny dom dziecka. Obciążenia i zasoby w pełnym cyklu życia*, (w:) *Rodzinne domy dziecka - opieka, wychowanie, terapia*, L. Drozdowski, B. Weigl (red.), (s. 21-28), Warszawa: Fundacja Orlen - Dar Serca.

dr Błażej Kmieciak¹

Zakład Prawa Medycznego

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Czy zalegalizowanie swobodnego dostępu osób małoletnich do preparatów antykoncepcyjnych to istotny problem prawno-społeczny?

Wprowadzenie

Na początku stycznia 2015r. przedstawiona została informacja o zmianie zasad korzystania przez pacjentki z preparatu antykoncepcyjnego o nazwie ellaOne. O wspomnianej w tym miejscu decyzji poinformował Enrico Brivio, będący rzecznikiem Komisji Europejskiej ds. Zdrowia. W oficjalnym komunikacie zwrócono uwagę, iż anulowana zostaje konieczność uzyskania przez pacjentkę recepty na wspomniany farmaceutyk. Dodano również, że „Kraje członkowskie nadal mogą ograniczyć dostępność leku poprzez wymaganie recepty” (Depesza, 2015, online).

Polska Agencja Prasowa relacjonując omawianą w tym miejscu decyzję podkreślała, iż wynika ona z z pozytywnej oceny działań środka EllaOne. Podobna ocena przeprowadzona została przez ekspertów Europejskiej Agencji ds. Leków (EMA). Jak dodano w komunikacie prasowym „Według ekspertów Agencji chociaż pigułki mogą być skuteczne, jeśli zostaną przyjęte w ciągu 5 dni po stosunku płciowym, to ich skuteczność jest najwyższa, gdy zostaną zastosowane w ciągu 24 godzin, (...) Zniesienie wymogu otrzymania recepty na ten lek powinno ułatwić kobietom dostęp do niego i przez to zwiększyć jego skuteczność” (Depesza, 2015, online).

Należy w tym miejscu uzupełnić, że EllaOne jest środkiem antykoncepcyjnym stosowanym po stosunku płciowym, w chwili, gdy - jak zaznaczają jego producenci – dana osoba chce zapobiec pojawieniu się ciąży. Środek ten można stosować

¹ Doktor nauk społecznych w zakresie socjologii prawa, bioetyk oraz pedagog specjalny. Absolwent studiów w zakresie resocjalizacji, prawa medycznego i bioetyki oraz kursów specjalizacyjnych w zakresie profilaktyki uzależnień oraz ochrony praw człowieka. Adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Koordynator Centrum Bioetyki Instytutu Ordo Iuris, oraz b. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatry.

W prezentowanej pracy autor wykorzysta – za wcześniej uzyskaną zgodą- wzbogacone oraz przeredagowane materiały dotyczące preparatów EllaOne, przygotowane na zlecenie Instytutu Ordo Iuris. Projekt sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/10/E/HS5/00157

również w momencie, w którym to „zawiodła” inna metoda antykoncepcyjna. Jego działanie polega przede wszystkim na zatrzymaniu uwalniania kobiecym organizmie komórki jajowej, bądź też powstrzymaniu zagnieżdżenia się zapłodnionej komórki jajowej (zarodka) w macicy² (Charakterystyka, 2014, s. 1).

Ówczesny, polski wiceminister zdrowia, Sławomir Neuman poinformował natychmiast krajowe media, iż na terenie Polski omawiane preparaty, określane częstokroć mianem „pigułki po”, nadal będą dostępne wyłącznie na receptę. Jak zaznaczał wspomniany urzędnik: „Polska była przeciwna tej decyzji, głosowaliśmy przeciwko na posiedzeniu Europejskiej Agencji ds. Leków. Jeżeli będzie zapis o decyzji władz krajowych, to utrzymamy przepis o dostępności na receptę”. (Kmieciak, 2015, s. 17) Przedstawiciele zdrowotnych organów Unii Europejskiej wydali tym samym stanowisko, pozwalające władzom państwowym Na wprowadzenie własnej legalno- medycznej polityki dotyczącej dostępu obywateli do środków antykoncepcyjnych Polskie Ministerstwo Zdrowia upubliczniło, jak wskazano bardzo szybko jasny komunikat, w którym podkreślono, że podobne preparaty będą w naszym kraju dostępne bez przeszkód, ale jedynie w chwili posiadania przez pacjentkę recepty. Zwracano w tym miejscu uwagę przede wszystkim na zapisy polskiego prawa farmaceutycznego, regulującego zasady dostępu pacjentów do preparatów, których niewłaściwe stosowanie mogłoby w sposób istotny (w tym przypadku negatywny) wpłynąć na stan zdrowia osoby zgłaszającej się po poradę lekarską (Kmieciak, 2015, s. 17). Dalsza analiza omawianych w tym miejscu zdarzeń wskazuje na zaistnienie niespodziewanej sytuacji. W dniu 14 stycznia 2015r. Ministerstwo Zdrowia całkowicie zmieniło swoje zdanie w kwestii swobodnego dostępu Polek do preparatu EllaOne. Sławomir Neuman zaznaczał wówczas, że: „Temat przestał istnieć, tabletki wchodzi na rynek, jako leki bez recepty” (Jałowska, 2015, s. 3).

Prezentując w tym miejscu wstępne rozważania dotyczące zaproponowanej tematyki warto przypomnieć, że część komentatorów uznała pierwszy komunikat resortu zdrowia (w przedmiocie EllaOne) za w pełni zrozumiałą decyzję. Nie ulega bowiem wątpliwości, że środki antykoncepcyjne (bez względu na etyczną ocenę ich stosowania) mają silne działanie na ludzki organizm. Tym samym ich wydawanie winno znajdować się pod kontrolą specjalistów, w szczególności badających czy dana pacjentka nie znajduje się w zdrowotnej sytuacji uniemożliwiającej bezpieczne

² Wczesnoporonne działanie środka EllaOne stanowi istotny element debaty wskazujący wprost na niepokojące konsekwencje swobodnych możliwości zakupu podobnego preparatu. Jak bowiem wskazują jego producenci działanie antyimplantacyjne może pojawić się w momencie, w którym to środek ten będzie zastosowany w chwili, w której doszło już do poczęcia. Temat ten posiada kluczowe znaczenie z racji na ochronę praw dziecka od chwili poczęcia. W prezentowanym poniżej opracowaniu zagadnienie to celowo zostanie pominięte z racji na chęć głębszego spojenia przede wszystkim na negatywne konsekwencje społeczne oraz prawne stosowania preparatu EllaOne przez nastolatki.

zażywanie owych preparatów. Na początku 2015 roku zaczęły jednak pojawiać się coraz głośniejsze wypowiedzi krytykujące urzędników. W internetowych apelach wskazywano na przykłady kobiet, które doświadczyły silnej traumy w związku z wystąpieniem nagłej obawy dotyczącej potencjalnej, nieplanowanej ciąży. Stan ten potęgowany był brakiem możliwości podjęcia natychmiastowych działań uniemożliwiających pojawienie się podobnego stanu (Kowalski, Kmiecik, 2016, s. 123).

W tym miejscu warto także dodać, że tego typu podejście (w pełni akceptujące swobodny dostęp do preparatów antykoncepcyjnych) zbieżne było (oraz nadal jest) z innymi działaniami krajowych, polskich urzędników państwowych. Warto bowiem przypomnieć, że z apelami dotyczącymi antykoncepcji i dostępu do niej również młodzieży, występowała pod koniec 2014 roku prof. Małgorzata Fuszara. Ówczesna Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania, podkreślała, że aktualnie konieczne jest zmodyfikowanie praktyki udzielania świadczeń zdrowotnych osobom małoletnim. Jej zdaniem dziecko od 15 roku ż. powinno mieć możliwość swobodnego skorzystania z usług medycznych oferowanych przez ginekologa oraz urologa. Wskazywano w tym kontekście, iż zmiany społeczne, a także czynniki takie, jak: coraz wcześniejsze rozpoczęcie współżycia przez nastolatków, konieczność wsparcia medycznego ofiar domowej przemocy seksualnej oraz brak penalizacji współżycia seksualnego z osobą, która ukończyła 15 roku z. powodują, iż dzieci od wspomnianego momentu winny mieć możliwość swobodnego kontaktu z lekarzem bez obecności rodziców. (Fuszara, 2014, s. 1-2)³. Podobne opinie prezentowali w swoich wystąpieniach Rzecznicy Praw: Obywatelskich, Dziecka oraz Pacjenta (Komunikat, 2016, online).

Ministerstwo Zdrowia w swoich odpowiedziach skierowanych do ww. Pełnomocnik wskazywało, iż nie ma konieczności modyfikacji przepisów dotyczących zasad korzystania przez osoby małoletnie z usług oferowanych przez lekarzy. Wskazywano, iż rodzice posiadają pełne prawo do informacji oraz uczestnictwa w procesie terapeutycznym własnych dzieci. Dodawano ponadto, że w sytuacji wystąpienia u dziecka określonego zagrożenia ze strony opiekunów prawnych, lekarz: posiada prawo do podjęcia działań ratujących życie lub zdrowie małoletniego pacjenta. Ma ponadto obowiązek podjęcia działań interwencyjnych w tzw. sytuacjach zdrowotno- życiowych, a ponadto może odstąpić w określonych sytuacja od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. (Radziewicz-Winnicki, 2015, s. 1).

Omawiany w tym miejscu temat dostępu małoletnich do usług medycznych bez zgody rodziców lub opiekunów prawnych powrócił niespodziewanie w połowie

³ Pogląd ten w połowie 2016r. podzielił Rzecznik Praw Obywatelskich, dr Adam Bodnar. W swoim wystąpieniu skierowanym do ministra zdrowia podzielił stanowisko, uprzednio wyrażone przez Małgorzatę Fuszarę.

kwietnia 2016 roku. Zgodnie z informacjami przekazanymi wówczas mediom przez Ministerstwo Zdrowia, w dniu 16 kwietnia 2015 roku weszło w życie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* (dalej rozporządzenie) (Rozporządzenie, 2015)⁴. Prezentowany dokument, jako pierwszy w polskim porządku prawnym wprowadził możliwość samodzielnego skorzystania przez osobę małoletnią ze świadczeń o charakterze medycznym. Tym samym działania te modyfikują w sposób istotny standardy prawno-medyczne. W pierwszym bowiem rządzie należy zwrócić uwagę, iż środki o charakterze antykoncepcyjnym dopuszczone są w omawianym w tym miejscu rozporządzeniu do obrotu bez wskazania lekarskiego (bez recepty). Po drugie wprowadzona zostaje istotna zmiana dotycząca możliwości uzyskania świadczenia farmaceutycznego przez osobę małoletnią bez obecności jej rodzica/ opiekuna prawnego (por. Jałowska, 2015, s. 3).

Na początku stycznia 2017 roku polski rząd podjął decyzję o wycofaniu się z deklaracji dotyczących możliwości swobodnego dostępu do preparatów EllaOne. Jednocześnie możliwość wydania podobnego środka uzyskały wyłącznie osoby pełnoletnie. Tym samym wszelkie możliwości podejmowania przez dziecko samodzielnych decyzji zdrowotnych zostało anulowane (Projekt Ustawy, 2016).

Jak się jednak okazuje polski Rzecznik Praw Obywatelskich natychmiast wyraził zaniepokojenie decyzją polskiego rządu, wskazując, iż nowelizacja omawianych przekosów w sposób istotny ograniczy dostęp młodzieży do świadczeń zdrowotnych (Bodnar, 2017, s. 6). Widać zatem, iż choć aktualnie na terenie Polski dziecko nie posiada możliwości podejmowania samodzielnych decyzji u lekarza (zwłaszcza ginekologa i urologa) to jednocześnie temat ten nieustannie powraca w postulatach części środowisk zmierzających do liberalizacji polskich przepisów (por. Stanowisko, 2017, s. 1-2).

1. Cel oraz metoda

Analizując powyższe propozycje w sposób wyraźny uwidaczniają się istotne luki. W tym miejscu zasadnym jest, by formując pytania badawcze (Babbie, 2004, s. 351) zastanowić się: W jaki sposób ww. ministerialne rozporządzenie konstruuje nowe uprawnienia osób małoletnich? Czy uprawnienia te odpowiadają wyrażonym w poszczególnych ustawach wzorcom odnoszącym się m. in. do zasad określających wyrażenie zgody o charakterze kumulatywnym? Warto także rozważyć: Jaki jest cel

⁴ Prezentowane w tym miejscu rozważania podejmowane są w okresie, w którym to resort zdrowia zapowiedział zmianę treści omawianego w tym miejscu aktu wykonawczego. Bez względu na dalszy charakter proponowanych przez ministerstwo zdrowia regulacji, zasadnym – zwłaszcza z perspektywy socjoprawnej- jest podjęcie refleksji stanu, w którym przepisy rozporządzenia wprowadziły możliwość podejmowania przez małoletnich działań o charakterze medycznym.

wprowadzenia omawianego w tym miejscu aktu wykonawczego? Czy rozporządzenie kształtuje nowe standardy ochrony praw małoletnich pacjentów - czy też przeciwnie - wprowadza legalne rozwiązania, które w konsekwencji uniemożliwiają pełną ochronę praw dziecka korzystającego z usług medycznych? Warto także zastanowić się jak należy odnieść się do treści omawianego dokumentu w kontekście zapisanych w polskiej Konstytucji oraz Kodeksie Rodzinno-Opiekuńczym praw rodziców, bezpośrednio powiązanych z wypełnianiem instytucji władzy rodzicielskiej? Próba udzielenia odpowiedzi na wskazane pytania podjęta zostanie po przez skorzystanie przede wszystkim z metody analizy dokumentów formalnych - w tym uwłacza przywołanego powyżej ministerialnego rozporządzenia - oraz analizy literatury przedmiotu. Wsparciem służyć będzie również analiza przekazów masowych odnoszących się do poruszanego w pracy wątku (Kojder, 2016, s. 344- 348).

2. Perspektywa prawno- medyczna

Zapoznając się z zaproponowanymi w rozporządzeniu zmianami dostrzec należy, iż resort zdrowia w grupie osób uprawnionych do korzystania z środków antykoncepcyjnych dostępnych w trybie OCT, umieścił kobiety w wieku 15-18 lat. W uzasadnieniu do projektu zwrócona została uwaga, iż początek okresu dojrzewania u dziewcząt rozpoczyna się ok. 12 roku ż. kończy zaś po ok. 2 latach. Tym samym wskazano, że u dziewcząt które ukończyły 15roku ż. układ rozrodczy jest dojrzały. Następnie podkreślono, że „Stosowanie leków antykoncepcyjnych wskazane jest dla osób w wieku rozrodczym, a tym samym zasadne jest ograniczenie wiekowe dostępności do tych leków dla dzieci i młodzieży przed zakończeniem dojrzewania płciowego, które winno być uzasadnione wyłącznie względami medycznymi, pod nadzorem lekarza” (Uzasadnienie, 2015, s. 3).

Prezentowane w rozporządzeniu środki zawierające *octan uliprystalu* zaliczane są do grupy tzw. preparatów „po”. Nie są to tym samym preparaty, których stosowanie posiada konkretny cel terapeutyczny. Ani *Charakterystyka Produktu Leczniczego*, ani Ulotka dla pacjentów, odnosząc się do środka EllaONE, zawierającego ww. substancję czynną nie wskazuje na cel leczniczy podania podobnego preparatu. Zażycie omawianego środka sugerowane jest „...w przypadkach nagłych do stosowania w ciągu 120 godzin (5 dni) od stosunku płciowego bez zabezpieczenia lub w przypadku, gdy zastosowana metoda antykoncepcji zawiodła” (Charakterystyka, 2014, s. 2; por. także: Kobyliński, 2015, s. 17- 19).

Przywołane zatem sformułowanie „wskazane jest”, odnosi się jedynie do sytuacji, w której uzna się, iż osoba powyżej 15 roku życia podjęła działania seksualne. W tym miejscu jednak ministerstwo całkowicie pominęło sytuację

młodzieży, która przedwcześnie dojrzeła płciowo. Ponadto wiek 15 lat posiada charakter nad wyraz sztuczny, Resort zdrowia nie przedstawił bowiem powszechnie uznanych wyników badań, które sugerowałyby, że to właśnie wspomniany wiek uprawnia do stwierdzenia, iż dziewczęta w tym okresie mają w pełni ukształtowany układ rozrodczy (por. Haberko, 2016, s. 25). Analiza omawianego dokumentu sugeruje ponadto, iż podobna perspektywa wiekowa odnosiła się raczej do art. 200 Kodeksu Karnego penalizującego podejmowanie działań płciowych z osobą poniżej 15 roku (Kodeks, 1997). Podobna formuła całkowicie i niesłusznie pomija natomiast kontekst cywilny omawianej sytuacji.

Odnosząc się bowiem do sytuacji dzieci, które ukończyły 15 roku życia należy wskazać, iż są to osoby, posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Jak stanowi Art. 20. Kodeksu Cywilnego (dalej KC) „Osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych może bez zgody przedstawiciela ustawowego zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego” (Kodeks, 1964).

Uprawnienie, jakie wprowadził w kwietniu 2015 roku ministerialny projektodawca nie odnosi się z całą pewnością do tzw. sytuacji życia codziennego. Omawiany akt wykonawczy wprowadza bowiem możliwość wydania bez recepty preparatu stosowanego w chwili, gdy dana osoba podejrzewa, iż może dojść do pojawienia się nieplanowanej ciąży. Koniecznym jest by wskazać, że środki antykoncepcyjne zawierające *octan uliprystalu* dostępne są w aptekach w kwocie od 90 PLN. Wydanie powyższego preparatu stanowi klasyczny przykład realizacji działania w postaci kopna – sprzedaży. Wprowadzenie jednak przez omawiany dokument możliwości wydania omawianego – z całą pewnością drogiego preparatu – stoi w wyraźnej opozycji w stosunku do standardów polskiego prawa cywilnego (Haberko, 2016 s. 32). Jak wskazuje art. 17 KC. „Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, do ważności czynności prawnej, przez którą osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem, potrzebna jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego.” (Kodeks, 1964) Nie ulega w tym miejscu wątpliwości, że zdaniem Ministerstwa Zdrowia zakup podobnego środka przez osobę małoletnią stanowi realizację jej praw. Działanie to nie może jednak odbyć się bez udziału opiekuna prawnego. Omawiane rozwiązanie nie wprowadzało tym samym żadnych gwarancji prawnych wskazujących na zabezpieczenie dóbr osób małoletnich (Kmieciak, 2015).

Do powyższych aspektów należy dodać również kluczowe w tym miejscu wątpliwości natury prawnorodzinnej. Jak stanowi bowiem art. 96 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego „Rodzice wychowują dziecko pozostające pod ich władzą rodzicielską i kierują nim. Obowiązani są troszczyć się o fizyczny i duchowy rozwój dziecka i przygotować je należycie do pracy dla dobra społeczeństwa

odpowiednio do jego uzdolnień” (Kodeks Rodzinny, 1964, Jarosz, Nowak, 2012, s. 10).

Wprowadzenie możliwości uzyskania przez osobę małoletnią omawianego typu preparatu powoduje, iż praktyczna realizacja przez rodziców swoich obowiązków może być drastycznie utrudniona. W pierwszym rządzie bowiem w wyniku działań resortu zdrowia, skonstruowana została prawna możliwość by dziecko podejmowało kluczowe dla własnego zdrowia decyzje bez obecności rodziców. Dostęp do środków antykoncepcyjnych w trybie OTC dla osób od 15 roku ż. stanowić może tym samym bezprawną ingerencję w konstytucyjnie zagwarantowane prawo rodziców do wychowania dzieci w zgodzie z własnymi przekonaniami (por. Walinowicz, Banasiuk, Kmieciak, 2016, s. 3).

Treść rozporządzenia w praktyce ogranicza bowiem władzę rodzicielską, co uznać należy za naruszenie art. 48 ust. 2 Konstytucji RP (Konstytucja, 1997). Rodzic nie posiada w podobnym prawnym ujęciu formalnej oraz faktycznej możliwości sprawdzenia, jakie działania podjęło jego dziecko w zakresie nie tylko kupna drogiego produktu farmaceutycznego, ale również podjęcia działań seksualnych, w określonych sytuacjach mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia osoby małoletniej (Babiuch, 2014, s. 180- 181).

3. Prawa dziecka, jako pacjenta

Podjmując się analizy znaczenia uregulowania w polskim prawie możliwości swobodnego dostępu małoletnich do preparatu antykoncepcyjnego EllaOne, należy również odnieść się do sytuacji dziecka, jako pacjenta.

W przywołanym powyżej dokumencie pt *Charakterystyka Produktu leczniczego elleONE* wskazano, że osoby małoletnie zaliczane są do grupy szczególnych pacjentów. W tym kontekście dodano, że: „Badania kliniczne produktu EllaOne objęły ograniczoną liczbę kobiet w wieku poniżej 18 lat” (Charakterystyka, 2014, s. 2). Producent omawianego preparatu nie wskazuje tym samym, jakie mogą być konsekwencje zdrowotne zażywania przez młodzież podobnych substancji. W tym samym w omawianym dokumencie, producent zaznacza, że nie jest w stanie stwierdzić, jak preparat ten będzie wpływać na osoby doświadczające zaburzeń gastrycznych lub nefrologicznych. W wypadku ciężkich zaburzeń czynności wątroby, w ogóle odradza się stosowanie wskazanego środka (tamże, s. 2). Tym samym do powszechnego, swobodnego obiegu wprowadzony został w 2015 roku preparat, który nie wiadomo, jak oddziaływane na grupę pacjentów, którzy mogą mieć do niego swobodny dostęp, a więc dostęp bez wcześniejszej wizyty u lekarza, *de facto* mogącej stanowić istotny element zabezpieczający przed zażyciem niewskazanej z racji zdrowotnych substancji. Podobne spostrzeżenia powodują ponadto, iż konieczne jest ponowne wskazanie na zapisy polskiej Konstytucji.

Zgodnie z art. 68 ust. 3 „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom” (Konstytucja, 1997). Także ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka, w art. 3 ust 2 stanowi, iż prawo do ochrony zdrowia posiada szczególny charakter w odniesieniu do ochrony praw osób małoletnich (Ustawa, 2000).

Wprowadzone w 2015 roku, przez Ministerstwo Zdrowia formalne rozstrzygnięcia stały tym samym w całkowitej opozycji do przywołanych przepisów.

W omawianych kontekstach warto także wskazać, że polskie prawo, w tym przepisy prawno medyczne, powierzają rodzicom (opiekunom prawnym) szczególny obowiązek dbania o dobra zdrowotne dzieci. Obowiązek ten powoduje, iż w utrwalonych w polskim systemie standardach prawo do informacji oraz do wyrażenia zgody na leczenie osoby małoletniej posiada przede wszystkim jego rodzic lub prawny opiekun (Bończyk-Rozwadowska, 2011, 69, Babiuch 2014, 7).

Warto także dodać, że przepisy polskiego prawa medycznego⁵ stanowią, iż osoba do 16 roku ż. nie posiada prawa do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia. Nie może również wyrazić zgody lub sprzeciwu na podejmowane wobec niej działania o charakterze diagnostyczno- terapeutycznym (Ustawa, 1996, Ustawa 2008). Wyjątek od tej zasady odnosi się jedynie do takich działań, jak: przeprowadzenie aborcji oraz udział małoletniego w zabiegu transplantacyjnym, bądź eksperymencie medycznym. W pierwszym z wskazanych wyjątków lekarz ma obowiązek uzyskać zgodę na zabieg terminacji ciąży ze strony małoletniej, która ukończyła 13 rok życia. Z kolei w dwóch powyżej wskazanych przykładach lekarz posiada obowiązek przedstawienia informacji oraz uzyskania zgody osoby małoletniej, jeśli osoba ta po ukończeniu 13 roku życia w opinii lekarza posiada rozeznanie odnośnie do sytuacji, w jakiej się znajduje (Kmieciak, 2016, s. 70).

Wprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania zapisane w omawianym rozporządzeniu są sprzeczne z aktualnymi standardami i prowadzić mogą do sytuacji, w której to rodzic nie będzie miał możliwości uzyskania informacji zdrowotnej dotyczącej jego dziecka. Poza tym bez jego wiedzy i zgody dziecko podejmować będzie działania z zakresu świadczeń farmaceutycznych, co w sposób bezpośredni naruszać może prawa rodziców. Rozstrzygnięcia te sprzeczne są również z zasadami, jakimi kierował się polski ustawodawca w odniesieniu do formuły wyrażania zgody kumulatywnej. Standardowo bowiem dziecko, jako pacjent nabywa pierwsze legalne kompetencje informacyjne oraz decyzyjne w wieku 16 lat. W podobnym ujęciu posiada ono prawo do zajęcia innego, niż rodzice, lub opiekunowie prawni stanowiska. W scenariuszu tym (także w sytuacji wskazanych powyżej wyjątków), w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych dziecku obecni są: małoletni pacjent, jego rodzic, lub rodzice oraz lekarz. W ujęciu przyjętym w ww.

⁵ Mowa w tym miejscu przede wszystkim o ustawach o: zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

rozporządzeniu umożliwiającym małoletnim swobodny dostęp do preparatów EllaOne, wyłączeni zostają rodzice małoletniego pacjenta w sposób nieznan dla polskich rozstrzygnięć ustawowych w sposób arbitralny (Kmieciak, 2016, s. 175).

W tym miejscu zasadnym jest by zwrócić uwagę, również, że obowiązujący do połowy kwietnia 2015 roku kształt rozporządzenia dotyczącego wydawania środków medycznych z apteki odwoływał się również do problemu dostępu małoletnich do preparatów medycznych. W ówczesnie przyjętych rozstrzygnięciach wskazywano, że małoletni pacjent posiadał samodzielnie możliwość zakupu medycznego na receptę. Wcześniej jednak musiał udać się do lekarza razem z rodzicem (Rozporządzenie, 2002).

Sytuacja ta ukazywała unikalny charakteru praw dziecka, jako pacjenta. Z jednej strony, z racji na niedojrzałość psychofizyczną, młody pacjent nie posiada prawa do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących diagnozy lub też terapii. Z czasem nabiera on jednak możliwości współdecydowania o swojej sytuacji zdrowotnej. Z drugiej jednak perspektywy koniecznym jest dodanie, że w ujęciu tym pracownicy szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia, zobowiązani są do szczególnej troski o zdrowie małoletnich. Koniecznym wydaje się wskazanie poniżej na kolejny aspekt omawianej relacji.

Nie ulega wątpliwości, iż zdarzają się sytuacje kliniczne, w których to niezbędne jest podjęcie szczególnych działań mających na celu ochronę praw, w tym prawa do intymności przysługującego małoletniemu pacjentowi. Warto w tym miejscu podać przykład sytuacji, w której to do ginekologa udaje się z nastoletnią córką ojciec. W podobnym ujęciu dojść może *de facto* do sytuacji konfliktowej. Z jednej strony lekarz w sposób stanowczy może zaznaczyć, iż nie przeprowadzi ginekologicznego badania w obecności mężczyzny. Z drugiej natomiast perspektywy wspomniany ojciec posiada pełne prawo, jako prawny opiekun do obecności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jego małoletniemu dziecku. W podobnym ujęciu koniecznym wydaje się stworzenie sytuacji, w którym na wizytę przybywa ze wspomnianą pacjentką przede wszystkim jej matka, lub też inna, upoważniona przez rodzica pełnoletnia kobieta. Zapewne jednak w przeważającej liczbie sytuacji podobne konflikty nie mają miejsca. W trakcie wizyty u lekarza z dzieckiem, rodzic z racji na swoją pozycję wychowawczą oraz przewidzianą w polskim prawie rolę posiada szczególny obowiązek troski o dobro swojego podopiecznego. Brak realizacji podobnego zobowiązania prowadzi do pojawienia się m. in. kontroli z strony organów państwowych (por. Bucoń, 2011, s. 169).

4. Społeczne konsekwencje omawianych propozycji

Jak stanowi art. 72 Konstytucji RP „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją” (Konstytucja, 1997).

Także przywoływana już Ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka wskazuje, że „Rzecznik podejmuje działania zmierzające do ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem, demoralizacją, zaniedbaniem oraz innym złym traktowaniem” (Ustawa, 2000).

Wprowadzone w połowie 2015 roku przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania całkowicie pominęły podobny kontekst. W uzasadnieniu do projektu wskazano na biologiczne możliwości podjęcia przez dzieci działań seksualnych. Jednocześnie całkowicie zbagatelizowano fakt, iż podobne działania podejmowane przez osoby małoletnie stanowią w istocie promowanie inicjatyw, w których dziecko znajdować się będzie w sytuacji narażającej jego zdrowie na straty, w tym straty emocjonalne oraz moralne. Pojawienie się preparatów tzw. antykoncepcji awaryjnej dostępnej dla osób małoletnich powodować może ponadto utrwalenie się poglądu zezwalającego na podejmowanie ryzykownych działań seksualnych. Wzmagać się może tym samym pogląd dotyczący rzekomego bezpieczeństwa talk wczesnego działania seksualnego. Warto w tym miejscu ponownie wskazać, iż art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nakazuje władzy publicznej podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia dzieci. Umożliwienie swobodnego zakupu przez dziecko środków antykoncepcyjnych stanowi pogwałcenie powyższej zasady (Haberko, 2016, s. 33-35).

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia zakupienie środka EllaONE przez osobę małoletnią stanowi realizację jej uprawnień. Obowiązujące w Polsce przez blisko dwa lata rozwiązania nie wprowadziły jednakże żadnych gwarancji prawnych wskazujących na zabezpieczenie dóbr osób małoletnich. Farmaceuta wydający omawiany preparat nie miał formalnej możliwości sprawdzenia, w jakim wieku jest dziecko. Osoba w wieku 15 lat i powyżej nie posiada prawnego obowiązku przedstawienia osobie wydającej produkt w aptecce określonego dokumentu potwierdzającego jej wiek oraz tożsamość (Kmieciak, 2015, online). Prawdopodobne zatem jest przypuszczenie, iż w okresie od 2015, do 2017 roku pojawiały się sytuacje, w których to osoby młodsze chciały zakupić podobny środek, co wprost związane może być z sytuacją obcowania płciowego przez dziecko poniżej 15 roku życia.

Nowelizacja *Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* wprowadziła do krajowego porządku prawnego nieznaną polskim przepisom sytuację. Osoba małoletnia uzyskuje bowiem

prawo do dokonania zakupu substancji mogącej mieć wpływ na jej stan zdrowia. Warto w tym miejscu dodać, że decyzja ta została podjęta przez polskie władze pomimo braku rzetelnych wyników badań potwierdzających bezpieczeństwo stosowania omawianych środków u osób małoletnich. Jak wskazano w Charakterystyce Produktu Leczniczego EllaONE: *„Badania kliniczne produktu ellaOne objęły ograniczoną liczbę kobiet w wieku poniżej 18 lat.”* Tym samym Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na działania całkowicie naruszające nie tylko ww. cytowany art. 68 ust 3 polskiej Konstytucji (szczególna ochrona zdrowia dziecka), ale również art 24 Konwencji o prawach dziecka zaznaczający, iż *„Państwa-Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej”* (Konwencja, 1989).

Wprowadzenie prawnej możliwości zakupu środka mogącego przynieść szkody zdrowotne, bez zgody opiekuna prawnego, uznać należy ponadto za działanie naruszające Art. 71 ust. 1 Polskiej Konstytucji, w którym wskazano, że *„Państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej uwzględnia dobro rodziny”* (Konstytucja, 1997).

Małoletni wyposażony został w podobnej sytuacji w kompetencje, które nie są mu należne z racji na brak osiągnięcia dojrzałości psychofizycznej. Kompetencje te posiada bowiem jego rodzic/ opiekun prawny. Zarówno przepisy polskiego prawa cywilnego, rodzinnego oraz medycznego stopniowo (do osiągnięcia pełnoletności) wyposażają osobę małoletnią w kompetencje do podejmowania istotnych decyzji, mogących nieść z sobą konsekwencje, w tym konsekwencje zdrowotne (Babiuch, 2014, s. 7).

5. Uwagi końcowe

Przechodząc do konkluzji proponowanych w tym miejscu rozważań warto zwrócić uwagę na kilka kwestii. W pierwszym rzędzie należy podkreślić, że wyposażenie osób powyżej 15 roku życia w prawo swobodnego zakupu środka farmaceutycznego z grupy tzw. środków antykoncepcji awaryjnej uznać trzeba za działanie naruszające fundamentalne prawa dziecka oraz rodziny. W tym kontekście podjęta na początku stycznia 2017 roku przez polski rząd decyzja, zgodnie z którą wszelkie środki antykoncepcyjne mogą być dostępne w Polsce wyłącznie na receptę, to działanie zmierzające do przywrócenia ładu społecznego w polskim porządku prawnym. Wizja prezentowana m. In. Przez Bartosza Arłukowicza, podejmującego decyzję jako minister zdrowia o zalegalizowaniu swobodnego dostępu młodzieży do środków EllaOne powodowało pojawienie się paradoksalnej, a zarazem tragicznej sytuacji, w której rodzic, będąc gwarantem poszanowania praw dziecka, nie miał możliwości realizować swojego konstytucyjnego prawa, a zarazem zobowiązania (Dokument, 2016, s. 2).

W tym miejscu warto jednakże dostrzec, iż w polskich środkach społecznego przekazu pojawiły się wypowiedzi w sposób bezpośredni broniące swobodnego dostępu do omawianych farmaceutyków. Dorota Romanowska podejmując omawiany temat zaznaczyła we wstępie do tekstu „EllaOne znów na receptę?”, że „(pigulka) Jest bezpieczna i skuteczna. Od ponad roku ellaOne, czyli jedną z metod antykoncepcji awaryjnej, można kupić bez recepty” (Romanowska, 2016, online). Autorka dodała, że preparat ten - określany w artykule lekiem - dostępny jest także dla młodzieży, która ukończyła 15 roku życia. W tekście redaktor Romanowskiej kilkakrotnie podkreślono, że EllaOne to bezpieczny preparat. Zaznaczano, że jest skuteczny w 100%. Co interesujące, dziennikarka w swoich rozważaniach przywołała wypowiedzi ginekologów. Ich zdaniem udostępnienie preparatu od 15 roku życia to zbyt późne działanie. Jak stwierdził cytowany w tekście dr Południwski „To ograniczenie nie jest dobrym rozwiązaniem, bo prawdziwe dramaty przeżywają młode dziewczyny, które zajądą w ciążę. Te starsze jakoś sobie poradzą” (Romanowska, 2016, online).

Czytając podobne artykuły dostrzec można, iż nie tylko standardy medyczne oraz wychowawcze ulegają w dyskursie publicznym istotnej relatywizacji. Utrwalone oraz powszechnie przyjęte zasady prawno-karnej ochrony bezpieczeństwa godności dziecka (por. art. 200, Kodeks, 1997) podważane są w imię całkowicie błędnie rozumianej idei praw dziecka.

W tym zatem miejscu warto zwrócić uwagę na kilka istotnych faktów wskazujących na wadliwy charakter wnioskowania prezentowanego przez osoby upominające się o swobodny dostęp do tzw. antykoncepcji awaryjnej, promowanej również dla osób małoletnich.

Po pierwsze ani EllaOne, ani żaden środek antykoncepcyjny nie może być nazywany lekiem. Środki te poza sytuacją stosowania ich w ramach zastępczej terapii hormonalnej nie są wykorzystywane w procedurze terapeutycznej. Należy bowiem podkreślić, że ani ciąża, ani pragnienie jej uniknięcia nie są stanami chorobowymi. Jak zaznaczono, zdarzają się sytuacje, w których preparaty hormonalne – działające również antykoncepcyjnie - wykorzystywane są w terapii. Celem ich zastosowania jest wówczas poprawa stanu zdrowia kobiety, a nie uniknięcie przez nią ciąży (Barcentewicz, Prokop, 2012, s. 10).

Po drugie warto odnieść się do bezpieczeństwa stosowania preparatu. Kilkakrotnie przywołana charakterystyka Produktu Leczniczego ElleONE wskazuje w sposób jednoznaczny, że: „Badania kliniczne produktu ellaOne objęły ograniczoną liczbę kobiet w wieku poniżej 18 lat”. Nie wiadomo tym samym, jakie są konsekwencje jego stosowania u dzieci. Koniecznie należy w tym miejscu dodać, że w sieci spostrzec można obecnie min. trzy dokumenty będące charakterystyką owego powyżej produktu antykoncepcyjnego. Producenci zwracają w nich uwagę, że podobnych środków nie powinna przyjmować m.in. osoba, u której stwierdzono

występowanie zaburzeń nefrologicznych (np. choroby nerek) (Charakterystyka, 2014, s. 2).

Warto w tym miejscu postawić kluczowe pytanie: Co stanie się, gdy stosowanie przez daną osobę podobnych preparatów doprowadzi do pogłębienia się zdiagnozowanych u niej wcześniej schorzeń? Kto będzie odpowiadać za szkodę zdrowotną - aptekarz, czy też rodzic, który nie zabronił dziecku dokonania podobnego zakupu? (por. Jałowska, 2015, s. 3).

Po trzecie warto przypomnieć, że Polska nie musiała wprowadzać swobodnego dostępu do omawianych środków antykoncepcyjnych. W styczniu 2015 roku Ministerstwo Zdrowia zaznaczało, że w naszym kraju wszelkie preparaty antykoncepcyjne będą wydawane na lekarską receptę (por. Kobyliński, 2015, s. 29). Wydanie recepty jest możliwe po zbadaniu pacjentki. W ten sposób realizowane jest prawo pacjentki nie tylko do świadczeń zdrowotnych: wypisanie recepty to tylko bowiem element wizyty. Jej trzon winno stanowić zbadanie pacjentki przez lekarza, w trakcie którego kobieta posiada pełną możliwość do uzyskania informacji o danym preparacie (por. Chazan, 2011, s. 25).

Resort Zdrowia nagle zmienił wcześniej prezentowane publicznie zdanie i zezwolił na dostęp do EllaOne nie tylko osobom dorosłym, ale także dzieciom. Działanie to nie było jednakże podyktowane żadnymi w pełni przyjętymi oraz uznanymi racjami prawno-medycznymi. Należy bowiem przypomnieć, że dziecko nie ma prawa zakupić w aptece podobnego preparatu. W pierwszym rzędzie wynika to z faktu, iż farmaceuta nie ma możliwości rzetelnego sprawdzenia, w jakim wieku jest dziewczynka, która prosi o wydanie wskazanego produktu. Legitymacja szkolna nie jest dowodem tożsamości. Poza tym farmaceuta nie ma podstaw prawnych do zażądania pokazania podobnego dokumentu. Ponadto dziecko w wieku 15 lat może podejmować decyzje prawne, ale wyłącznie w zakresie tzw. codziennych czynności. Posiada ono ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Może zatem zakupić: chleb, zeszyt do szkoły, ziemniaki na obiad lub zestaw długopisów. Jak podkreśla bowiem Kodeks Cywilny osoby w tym wieku mogą dokonywać tylko czynności prawnych, które należą do codziennych spraw o charakterze bieżącym.

Jak zaznacza w omawianym kontekście Joanna Haberko „Pozostaje zatem udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy umowa sprzedaży „tabletki po stosunku” może do takich czynności być zaliczona. Doświadczenie życiowe zdaje się tu przemawiać na rzecz odmowy uznania, że tego rodzaju czynność mogłaby zostać zaliczona do czynności bagatelnych. Z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że ze względu na cel jej dokonania nie jest zawierana powszechnie, ale raczej wyjątkowo. Nie chodzi rzecz jasna w analizowanej sytuacji o możliwość dokonania zakupu tabletki, gdyż można to robić właściwie bez ograniczeń. Chodzi, co oczywiste, o użycie leku w celu, do którego został przeznaczony. (...) Po drugie dlatego, że nie należy do umów zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia

codziennego. Przyjmuje się, że czynności bagatelne to czynności, których dokonuje się w sprawach powtarzalnych, właściwych dla życia codziennego, które nie wymagają szczególnego zastanowienia, są wykonywane automatycznie dla zaspokojenia bieżących spraw” (Haberko, 2016, s. 33).

Pozostając w omawianym w tym miejscu kontekście należy dodać, że polskie przepisy prawno-medyczne jasno podkreślają, że uczestniczącemu w działaniach medycznych piętnastoletniemu dziecku muszą towarzyszyć rodzice albo opiekunowie prawni. To oni są informowani o stanie zdrowia dziecka i to oni podejmują decyzje dotyczące diagnozy i terapii. Dziecko podobne uprawnienia uzyskuje od 16 roku życia, ale wówczas jedynie współdecyduje z rodzicami, aż do momentu, gdy skończy 18 lat⁶.

Koniecznym jest także zwrócenie uwagi, że zalegalizowanie swobodnego dostępu osób małoletnich do preparatów antykoncepcyjnych, powoduje pojawienie się sytuacji paradoksalnej. Bez trudu bowiem w tym miejscu można wyobrazić sobie sytuację, w której to np. uczennica gimnazjum, kilkakrotnie stosując podobny preparat zaczyna doświadczać określonych schorzeń. Załóżmy, iż o podobnej sytuacji dowiaduje się władze szkoły, do której uczęszcza dziecko. Dodajmy, iż np. dyrekcja wspomnianej placówki dowiaduje się, jakie są przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia młodej uczennicy. Pedagodzy uzyskują informacje, wskazującą, iż uczennica regularnie utrzymuje kontakty seksualne ze swoimi starszymi kolegami. Przyjmijmy, że nauczyciele zawiadamiają następnie opiekę społeczną, która – dostrzegając wysokie prawdopodobieństwo prawdziwego charakteru podobnych doniesień- informuje o tym sąd rodzinny, który decyduje o ustanowieniu kuratora rodzinnego z racji na brak kompetencji wychowawczych rodziców. W podobnej konstelacji zdarzeń dochodzi do sytuacji, w której to rodzice uznani zostają za osoby *de facto* winne braku odpowiedzialnego postępowania wobec własnego dziecka.

Z całą pewnością sytuacja, w której to młoda osoba rozpoczyna aktywność seksualną wskazuje na konieczność dokładnego nazwania określonego problemu oraz trudności relacyjnej, a przede wszystkim wsparcia rodziny w sytuacji kryzysu. Nie ulega jednakże wątpliwości, iż dostęp młodzieży do środków EllaOne w wielu wypadkach mógł stanowić istotny element oddalający dzieci od rodziców. Dzieci w podobnej sytuacji zostały wyposażone nie tylko w nienależne im formalne kompetencje Wskazane uprawnienia stały się w istocie elementem, w którym to młode osoby, w sposób aktywny, a nade wszystko swobodny, mogły przeciwstawiać się zasadom wychowawczym promowanym przez ich rodziców.

⁶ Poszukując w Internecie informacji na temat ceny preparatu ellaOne dowiedzieć się można, iż kosztuje on min. 100 zł. Dziecko nie ma prawa podejmować podobnych działań finansowych - nie należą one do działań o charakterze biorących spraw życia codziennego.

Przechodząc do ostatecznej konkluzji zaproponowanych powyżej rozważań koniecznym jest, by zwrócić uwagę, że już wiele lat temu polscy teoretycy prawa zaczęli zwracać uwagę, że formalne przepisy wydawane przez władzę mogą motywować i wychowywać. Jak zaznaczał jednakże Leon Petrażycki wspomniane przepisy mogą także demoralizować. Mogą powodować całkowite zaburzenie sposobu odbierania, a nade wszystko diagnozowania wartości przez młodą, rozwijającą się osobę (za: Kmiecik, 2016, s. 44). Prawo posiada tym samym charakter żywy. Działa ono, w każdej jednostce powodując pojawienie się określonych opinii na temat przepisów oraz postaw (Frieske, 2001, s. 237).

W opiniach części środowisk eksperckich wprowadzenie recepty na preparaty EllaOne to nadal zbyt ograniczone w zakresie działania. Wskazuje się, iż konieczne jest całkowite zlikwidowanie możliwości korzystania z środków z zakresu tzw. antykoncepcji awaryjnej, która w żaden sposób nie odnosi się do lekarskiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (Opinia Ordo Iuris, 2017, online). Podzielając podobne stanowisko należy jednocześnie zwrócić uwagę, iż powrót to obowiązku wystawiania recepty oraz uniemożliwienie swobodnego zakupu podobnych preparatów przez młodzież to pozytywny przykład naprawy prawa.

Bibliografia:

- Barcentewicz M, Prokop E. M. (2012), *Terapia „uszyta na miarę”*, *Imago*, nr 8- 9, s. 9- 11.
- Bucóń P. (2011) *Prawa i obowiązki ojca w polskim prawodawstwie*, *Pedagogika Ojcowska*, nr 2, s. 164- 175.
- Bończyk-Rozwadowska K. (2011), *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, *Studia Iuridica Toruniensia*, t. 9, s. 59-100.
- Babiuch H (2014), *Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniami*, *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, nr 13, s. 7- 17.
- Babiuch H.(2014), *Konstytucyjne prawa rodziców w zakresie wychowania dziecka*, (w:) *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, M. Jabłoński (red.), E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław.
- Bodnar A. (2017), *Pismo rzecznika Praw obywatelskich, Adama Bodnara, do Ministra Zdrowia, Konstantego Radziwiłła*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, VII.5001.1.2017.AMB.
- Chazan B. (2011), *Antykoncepcja awaryjna*, *Imago*, nr 4.
- Dokument, (2016), *Pigułka „dzień po” ponownie tylko na receptę*, *Newsletter Bioetyczny*, 29, 2016, s. 2.

- Dokument Charakterystyka produktu leczniczego EllaOne, Laboratoire HRA Pharma, Paryż 2014r., źródło: <http://www.hra-pregnancy-registry.com/pl/download/h-1027-spc-pl-clean.pdf> (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Depesza PAP, KE daje zielone światło dla sprzedaży pigułki "dzień po" bez recepty, Gazeta Wyborcza, źródło: http://wyborcza.pl/1,91446,17228042,KE_daje_zielone_swiatlo_dla_sprzedazy_pigulki__dzien.html (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Dokument (2015) Stanowisko Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny dotyczące projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przyjętego przez Radę Ministrów dnia 14 lutego 2017 r. Warszawa,
- Dokument (2015), *Uzasadnienie rozporządzenia zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa
- Babbie E. (2004), *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fuszara M., (2014) *Pismo do ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza*, Warszawa, BPRT-44410-204(1)14KWW
- Frieske K., (2001) *Socjologia prawa*, Wydawnictwo Iuris, Warszawa– Poznań.
- Haberko J. (2016), Dopuszczalność wydania z apteki środków antykoncepcyjnych małoletnim. Postulaty de lege ferenda, *Forum Prawnicze*, 36, 2016, s. 23- 36.
- Jałowska A. (2015), Pigułka ellaOne bez recepty od 15. roku życia, *Newsletter Bioetyczny*, 12, s. 3.
- Jałowska A. (2015), Aptekarze mogą odmówić sprzedaży ellaOne, *Newsletter Bioetyczny*, 11, s. 3.
- Jarosz E. Nowak A. (2012), *Dzieci – ofiary przemocy w rodzinie. Raport rzecznika Praw Dziecka*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Kmieciak B. (2015), Pigułka śmierci, *IDZIEMY*, 4, s. 17- 18.
- Kmieciak B. (2015), Gdy dziecko puka do apteki, *Medycyna Praktyczna*, źródło: <http://prawo.mp.pl/wiadomosci/114680,gdy-dziecko-puka-do-apteki> (dostęp: 07.03.2017 r.)
- Kmieciak B. (2016), *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa: C.H. Beck. Kowalski M., Kmieciak B., (2015), *Bioetyka - między prawem, a pedagogiką*, Kraków: Wydawnictwo Impluls.
- Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 r.* (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.)

- Komunikat RPO proponuje: Nastolatka u ginekologa bez zgody rodziców*, „Rzeczpospolita”, źródło: <http://www.rp.pl/Zdrowie/308049965-RPO-proponuje-nastolatka-u-ginekologa-bez-zgodyrodzicow.html> (dostęp: 07.03.2017 r.)
- Kojder A. (2016), *Podstawy socjologii prawa*, Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Kobyliński A. (2015), Etyczne i prawne aspekty stosowania preparatu medycznego ellaOne czyli tzw. pigułki „pięć dni później”, *Studia Ecologiae et Bioethicae*, nr 13, s. 9- 34.
- Materiał (2017), *Recepta niewystarczająca - pigułkę „ellaOne” należy całkowicie wycofać z obrotu*, <http://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/recepta-niewystarczajaca-pigulke-ellaone-nalezy-calkowicie-wycofac-z-obrotu> (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Projekt ustawy z dnia 23 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*,
Projekt dostępny na:
<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12283610/katalog/12343885#12343885> (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Radziewicz-Winnicki L (2015). *Odpowiedź dla pismo Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania, Małgorzaty Fuszary*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, MZ-MD-L-073-9/JC/14.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* (Dz.U. 2015 poz. 477)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* (Dz. U. 2002 nr 183 poz. 1531)
- Romanowska D. (2016), *EllaOne znów na receptę? Stajemy w obronie „pigulki dzień po”*., *Newsweek*”, źródło: <http://www.newsweek.pl/nauka/ellaone-znowu-na-recepte-w-obronie-pigulki-dzien-po-ellaone,artykuly,379222,1.html> (Dostęp: 10. 03. 2017).
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997r Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny* (Dz. U nr 240 poz. 1247).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny* (Dz. U. z 2014 r. poz. 121, 827, z 2015 r. poz. 4).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy* (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r. poz. 2082 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka* (Dz. U. 168 poz 1004).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry* (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U z 2012r. poz. 159).

Walinowicz K., Banasiuk J., Kmiecik B., (2016). Polemika dotycząca artykułu „Rozmowa z dzieckiem o seksie bez obecności rodziców, *Pediatrics po Dyplomie*, 2, 2016, s. 1- 4.

Abstracts:**Ks. Piotr Karpiński, Subject in the sexual drama. Attempt of the phenomenological approach to the eroticism**

This paper's aim is to examine from the phenomenological point of view the sexual relation. The eroticism occurs in the field of an affective experience in which world doesn't only objectively exist, but also has a value for me. We discover that sexuality appears as a special kind of the perception and intentionality. The erotic perception is pursuing the union of my body with the other's one. A permanent possibility of treating the other as an object exists in the eroticism. Conducted analyses reveal figures of the objectified and downgraded love. A transcendence of the eroticism is what protects from objectifying. Fertility, vitality, I-other dialectic, non-satisfaction, illusion of the absolute – all those make the sexual drama up, of which religious experience of God as special Other may be one of the possible solutions.

Urszula Dudziak, Recognition or modifying human sexuality

The transmission of human life is made possible by the existence of two separate sexes: male and female. Differences between the sexes allow mutual support, complement and complete creativity of enriching the whole of society. Inability or unwillingness to incur liability associated with their own sex, extreme liberalism and hedonism, fashion, stereotypical understanding of gender differences, domination of one sex over the other, their own gender identity disorder are some of the causes questioning the human sexuality. The manipulation of sexuality has negative consequences in human relations. Particularly damaging it can be for discovering his sexual identity and shaping their children's attitudes.

Weronika Juroszek, Maria Ryś, The attachment-forming effects of the first sexual relationship. Consequences of dissolution of the first sexual relationship in light of attachment theory

John Bowlby demonstrated the importance of the mother-infant relationship by examining the consequences of its disruption, which manifest themselves in disturbed responses, especially in close relationships. In this paper, it is assumed that since the termination of the first close relationship with one's caregiver (usually mother) hampers the formation of a close attachment to other people, then perhaps also the dissolution of a significant romantic relationship may hinder the creation of a subsequent relationship. The publications quoted in this work indicate that the more sexual partners an individual has had, the more difficult it is to successfully build a lasting romantic relationship, especially in the case of women. This seems to support the attachment-forming effect of the first sexual relationship. Furthermore,

other authors report negative psychological consequences caused by the breakup of a romantic relationship. The analysis of the association between mother-infant attachment and the first sexual relationship shows that both are strongly rooted in biology (drives). Therefore, the focus is on elucidating the effects of maternal and sexual drives, respectively, on relationship durability, as well as determining the implications of the imprinting process. Finally, the significance of touch in both types of relationships is discussed on the basis of, *inter alia*, Bowlby's observations and Harry Harlow's classic study into primate development. All the evidence presented supports the hypothesis that the first sexual relation has an attachment-forming effect.

Karolina Rymarczyk, Kamil Niziołek, Ewa Helena Gołębiewska, Adrian Skoczek
Evolutionary correlates of durability and quality of close relationships

The aim of the study was to determine the role of self-assessment and the assessments reflected in the quality of relations in close relationships. The theoretical frame of this part of the study is the relationship linking the Sexual Strategies Theory by Buss and Schmitt and Trifactorial Theory of Love by Robert Sternberg. In accordance with the theory multifaceted frame of love highlights a variety of its components, which may reveal relevant relationships, occur at various levels and in different layouts, creating different layouts for love. In our study, we assumed that the perceiving reciprocal behaviour and their attributes, and the partners validate the relationship is correlated with rating value of reproduction in terms of self-assessment and the assessments reflected.

The study involved 228 heterosexual participants between the age of 18-45 years old ($M = 24.19$, $SD = 4,89$). Quality and durability of close relationship was measured by the Relationship Quality Questionnaire – KJZ. Assessment of reproductive value in terms of self-assessment and the assessments reflected was measured using a Reproduction Values Scale – SWR.

The results were in line with the assumptions: perceiving reciprocal behaviour and their attributes, and the partners validate the relationship is correlated with rating value of reproduction in terms of self-assessment and the assessments reflected.

Anna Studnicka, Grażyna Bączek, Ewa Dmoch–Gajzlerska, Health behaviors of women and their impact on fertility in light of research

Introduction: The choices that people make have an impact on the quality of his life. Their behavior can promote health or be against it. In the context of fertility, it is important to make every effort to ensure a healthy lifestyle.

Developing: On human fertility is influenced by many factors. Among the behaviors and attitudes that depend on a man can replace the usual diet, weight and physical activity undertaken. Undoubted influence is also the use of stimulants such as

alcohol or cigarettes. Summary: At present, fighting against and destruction of fertility have become a fact. Dominates attitude that does not treat fertility as a symptom of health but as a function that should be off and even destroy. It is worth reflecting on whether undertaken behaviors can affect fertility, and if so, whether the changes are reversible.

Bogusława Lachowska, Anna Matuszewska, Stanisław Lachowski, The value system of women and their attitudes towards motherhood

The article discusses the conditioning of attitudes towards maternity among young unmarried women, students of the final year of study. The objective of the report is determination of the relationship between the preference of values and the cognitive aspects of an attitude towards maternity: intention to bear a child and beliefs regarding maternity. It was found that remaining in a relationship, the religiousness of women, and low level of negative beliefs regarding maternity, especially the conviction that a child requires too much devotion, favour the maternal intention. Considering values, the preference of values from the category conservation (tradition and conformity), as well as from the category self-transcendence (benevolence) are conducive to the intention to bear a child, whereas this intention is weakened by the preference for the value: self-direction. Negative beliefs regarding maternity co-occur with the preference for values from the category self-enhancement (power, achievement, hedonism), while these beliefs are reduced by the preference for values from the category conservation (tradition and conformity), and the category self-transcendence (benevolence). The results confirm the assumptions by Schwartz (1992) that the adjacent values in a circular structure model may be co-pursued, whereas the values placed across from each other cannot be pursued simultaneously, because their goals are opposing.

Małgorzata Weryszko, Procreation phase as a challenge for marriage

Procreation phase is the period of learning by spouses the parental roles, reconciliation of duties, responsibility for home and family. The purpose of this article is to show how the appearance of children in the family affects marriage and its quality. Research shows that having a child doesn't directly affect the lower marital satisfaction. It undoubtedly introduces changes in the life of the spouses, putting up new requirements, which increases the likelihood of conflicts that may arise. On the other hand, many of the difficulties associated with parenthood are compensated by satisfaction from the new role and the richness of interaction with the child. Satisfaction with the marriage relationship in the time of preparation for parenthood largely depends on communication between spouses, the way they resolve conflicts, their expectations and mutual cooperation.

Marcelina Szymczyk, Prenatal diagnosis as a moral challenge

The main goal of this article is to share the topic of the development of prenatal diagnosis. The rejection of an objective moral law is a big challenge for the moral theology. It is recognized that a person should have an unrestricted right to make choices on every level of their existence. There is a huge need to talk about the protection of human life in its first stage. Therefore, it is necessary to protect human dignity and values. This article focuses on the problems and tasks connected with a prenatal diagnosis. It also reflects on the practical side of fulfilling the call to protect human's life.

Agata Majewska, Pregnancy as a special time – the need for proper support for married couples expecting a baby

Expecting a baby is a special time in the life of married couples. A man and a woman experience many new emotions, the relationship between them is transformed and their life condition changes. The pregnancy has an impact on the functioning of the entire family system. On one hand, it is a gift that unites married couples. On the other hand, it may be related to experiencing stress, anxiety, escalating conflicts. It seems that particular care and adequate support should be provided to those married couples that face difficulties in realising their dream about becoming parents. The analysis made in this paper focus on pointing out to the need of providing interdisciplinary support to married couples who are expecting their baby.

Zofia Kończewska-Murdzek, Maria Murdzek-Wierzbicka, Child development in the womb

The authors analyze the course of child development in the prenatal period. They discuss in detail the developmental changes taking place in particular weeks. They point out that already in the third week of fetal life begins organogenesis, at the end of the second month, all internal organs are formed and fulfill their basic functions. The third month is a period of high muscle activity. In the fourth month, intense brain development occurs. In fifth - the child hears and responds to sounds. In the sixth month, the child has the ability to be in two states: sleep and wakefulness. In the third trimester of prenatal life, the intellect and personality are formed. In the eighth month the child experiences various emotions. The article also discusses the harmful effects on the developing child's body during the prenatal period such as drugs, alcohol, nicotine, caffeine, narcotics, sodium glutamate, lead, ionizing radiation. Inflammation of the air and water, increased temperature of mother's body and excessive exercise, poor diet, noise and strong negative emotions, especially those directed against the baby, also have negative effects on the unborn child.

Studies have shown a significant (neurohormonal) influence of the emotional state of the mother on the developing baby in her womb.

Magdalena Torzecka, Construct of prenatal attachment. Reflection of reality or "being over the needs"

The theory of attachment for decades has inspired countless scientists in numerous fields. One of the concepts that draws on Bowlby's creative remarks is the theory of prenatal attachment, whose authors claim that it is before birth that the attachment tie is established. Efforts aiming at operationalising the construct resulted in creating a few questionnaires.

Researchers exploring determinants of prenatal attachment, come to different, non-homogenous conclusions. One may also have the impression that, contrary to Bowlby's assumptions, prenatal attachment is often conceptualized as a unilateral bond. However, if the affinity of prenatal attachment with Bowlby's attachment is to be confirmed, it seems highly recommended to integrate questionnaire studies of pregnant women with psychophysiological research on fetuses.

Dorota Kornas-Biela, Shaping the bonds of parents with the child In the perinatal time of life

In this article, the author emphasizes that the development of genetics and medical techniques enabling the observation of the intrauterine environment also the capabilities of procreation medicine and humanization of care for pregnant women and care during childbirth, appreciation of fatherhood in child development and upbringing, attainment of prenatal psychology and a number of cultural transformations, all of this has led to a change in looking at the beginning of human life and its development before birth and in the first stage of life after birth. The relationship is born on the basis of the relationship. Its characteristics are: closeness, stability, emotional commitment and attention, the desire to maintain contact and communication. The bond does not refer to short-lived relationships, but it is characterized by long-term continuity, saturation with feelings, commitment, responsibility. The process of fixing a bond leads to the formation of attachment. The bond and attachment is the primary need of man, the fundamental psychic dynamism, the primordial condition of personality development. The author emphasizes that every bond, in order to be created, needs time, physical proximity, mutual dedication and rituals. The ability to create bonds is a necessary foundation for the survival of a family, a nation, and humanity, because it ensures the stability of these communities.

Daria Walewska, Grażyna Bączek, Urszula Tataj-Puzyna, Ewa Dmoch-Gajzlerska, Childbirth - family experience

Introduction: Until recently, the birth was an event in which the father had no involvement. The impact of cultural change as well as a growing number of studies confirming the emotional and instrumental support to for the laboring woman by a man caused that the share of men in the birth of his child has become commonplace. Both men and women perceive childbirth as a family event, beyond the biological and technical process of the expulsion of a child with a woman's birth canal.

Development: This article presents information on how over the centuries changed the approach to childbirth and how the experience of pregnancy and childbirth affects the deepening relationship between the parents. By means of individual maturation of each of the members of the family also affects the deepening of family life. The aim of the study is to present birth in terms of family.

Conclusion: On the basis of selected items from the literature can be seen as an important value is the relationship of man and woman relationship based on deep love and respect, and created the relationship affects the family birth lived together. At the same time as the active participation of men in the perinatal period may affect the building of relationships between all family members.

Iwona Wrześniewska-Wal, Doctor in view of procreation. Selected issues of the Code of Medical Ethics

The Code of medical ethics refers to the unique sphere of medical activity of a doctor, namely to procreation. The chapter „Procreation” includes three provisions that complement the general principles of the physician's behavior towards the patient. These provisions have been the subject of analysis of this article. There is no doubt that the activities of the physician in relation to the patient, in connection with the transmission of life should be performed within the framework of the standard of due and highest professional care. Especially in this case the doctor is responsible for the life and health of the mother and for the life and health of the conceived child.

Elżbieta Trzęsowska-Greszta, Jarosław Jastrzębski, Renata Sikora, Małgorzata Fiałek, Paulina Trębicka, The level of depression in women with difficult procreation and the style of coping with stress and psychological sex

The main aim of the study presented in the paper was to track possible relations between coping styles and depression symptoms in women with different identification of their sex roles who meet the stressor of infertility or fertility problem. The set of three tools was used to meet this goal: (1) Beck Depression Inventory, (2) Inventory for Psychological Gender Evaluation and (3) Coping Inventory for Stressful Situations. 65 women under the fertility treatment took part in

the study and filled out questionnaires. The results show that women who revealed androgenic characteristics used coping styles focused on the problem and were oriented on seeking social contacts more often than women strongly identifying themselves with traditional sex roles. Women who revealed 'womanly' attitude toward their sex roles used more often emotion focused coping styles. The level of depression symptoms was higher in 'womanly' women when comparing with 'androgenic' females. Several psychological factors contributed to the level of depression in women under infertility treatment. First, using strategies focused on the emotions increased the symptoms prevalence. Focus on the problem and seeking social contacts buffered depression symptoms. Distraction coping i.e. seeking substitute activity also contributed to increased level of depression. The regression results explained 34% of received data.

Katarzyna Skreczko, Causes of infertility in marriage - the drama of childlessness

The author emphasizes that there are a large group of spouses for whom a child is an unattainable dream of life. The inability to have a baby for those who have grown up to have them is a drama, a hard trial, it is a significant lack of mutual relations between spouses. In the marriage there are often deep crises because of the lack of a baby.

The concept of infertility is inextricably linked with a couple of people. This article explores the causes of infertility for women and men. There is discussed the problem of diagnosing the causes of infertility and its treatment, both in medical and moral terms..

Justyna Jastrzębska, Psychological aspects of infertility from the perspective of sex differences and cultural determinants

In the article, the author emphasizes that the problem of infertility concerns practically all cultures and societies around the world and affects around 10-15% of couples in procreation age. In understanding the notion of infertility, not only the biological context but also its social understanding must be taken into account. This context in infertility studies is necessary because the individual is constantly being shaped by social influences, especially in taking up the roles desired by society. The problem of infertility is experienced differently by women and by men. These differences are particularly pronounced in cultures where maternity is understood as the main role of women

Mateusz Barłóg, Marlena Stradomska, Self-esteem and emotional intelligence as individual predictors of attitudes towards own and partner's infertility, as well as to vitro method

This article analysis the results of proprietary research on the relation to self-esteem and emotional intelligence with the attitudes of young Poles aged 21-29 years in relation to fertility and the use of methods of In Vitro. Analysis leads to the conclusion that both the level of self-esteem and emotional intelligence may be related the ratio of units in relation to the possibility of infertility own and partner, and the prospect of application of the method of In Vitro. In the broader context of inquiry leads to the conclusion that self-esteem and emotional intelligence through attitude toward himself can moderate partner perception and therefore provide a binder with satisfaction and durability relationship, despite many difficulties, including binding the sphere of procreation.

Paulina Trębicka, Miscarry life - but only the child's? Theoretical considerations

Miscarriage is a difficult experience which engage not only the woman but also her partner and her entire family. One of the most important aspects is helping and supporting families after experiencing miscarriage. However, these families meet with a lack of sensitivity and help from medical staff, the society and even further family. The experience of miscarriage has many consequences which are serious for the mental and physical woman's health as well as for relationships with her family, intimate part of her life and social activity. Many factors can help in better adaptation after miscarriage, such as correct going through bereavement, support, psychological and medical help, some of the attributes of a woman's personality. In addition, it turns out that religiousness can have a significant role in adaptation after experiencing miscarriage. However, there is a need for further research in this field.

Bożena Miernik, Miscarriage as a family experience – psycho-pedagogical aspects of a prenatal loss

Miscarriage in the reception of the family is always the kind of difficult experience. It is an irretrievable loss, which both parents, and sometimes siblings have to face and which produces a lot of painful emotions. The most common reaction to the miscarriage is grief, depression, anxiety and guilt. Parents who have lost a prenatal child, they need to experience the time for mourning with all its inherent stages. As the results of studies, some rituals, such as a funeral for a child or giving him a name could be helpful for parents with micarriages. After the mature experience of mourning parents can search for a deeper meaning to the drama. At this moment begins the process of forgiving and forgetting himself, they return to active contact with the people around them.

Ks. Jarosław Czaplński, Adoption road to parenthood - from diagnosis to adoption.

According to the World Health Organization problems with fertility are now referred to as a disease of civilization. In Poland, these problems have been diagnosed in approximately 20% of the marriages. The lack of offspring calls the different effects which can be seen at least on three levels: the individual level, family level system and at the social level. Adoption is becoming more and more "attractive" with the successive failures of alternative therapies, and is one of the two most popular forms of foster care (besides the foster family).

Mateusz Barłóg, Marlena Stradomska, Self-esteem and emotional intelligence as individual predictors of readiness to create a foster family, adoptive family, and attitudes towards social assistance.

This article is the second part of the discussion on contemporary issues of fertility and procreation. The article discusses the relationship self-esteem and emotional intelligence with an attitude of foster family/adoptive children and children placed in them. Additionally, it analyzed aspects concerning social assistance. They addressed the issue of relationship of these variables with a willingness to act as a surrogate parent or adoption. The results of the copyright study conducted on a group of 100 people shows that there is a positive correlation between the two variables together with increased levels of self-esteem or emotional intelligence increases positive attitude towards foster care and social assistance. The conclusions are valuable practical guidance in the diagnosis of candidates for foster families, adoption, support and the relationship of personal predisposition to help others and the perception of their problems.

Błażej Kmiecik, Is legalizing the free access of minors to oral contraceptives is an important legal and social issue?

In mid-April 2015, it was passed in Poland *Ordinance of the Minister of Health of 2 April 2015 amending the regulation on the issue of medicinal products and medical devices from pharmacie*. The presented document - the first in the Polish legal system - introduced the possibility of independent use by a minor from the benefits of a medical nature. This applies to people who have completed 15 years of age gained free access to EllaOne. This product belongs to the category of emergency contraceptive adopted after sexual intercourse. The emergence of similar powers led to a state in which the child - without a prescription or without the consent of a parent or guardian - granted the opportunity to purchase drug that affects his fertility. In the comments it was pointed out that similar action is completely contrary to the definition of legal capacity, which is written in the Polish Civil Code. It was emphasized that such

action may cause a relaxation of family relationships and the consolidation of demoralized attitudes among young people. At the beginning of 2017, the Polish government decided to introduce the obligation for the patient to have a prescription to purchase the indicated preparation. The children have been deprived of the possibility of free purchase of the ellaOne. For nearly two years, however, there was a similar opportunity. As a result, young people - contrary to the principles of Polish law - undertook legal actions to which they did not have formal competences. At this point, analyzing the importance of these rules it is worth to considering: s the provision of contraceptives to children was the realization of the idea of children's rights, or - on the contrary - it was an example of their denials.

ZASADY PUBLIKACJI

KWARTALNIK NAUKOWY FIDES ET RATIO WYCHODZI JAKO CZASOPISMO 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 wkład poszczególnych autorów w przeprowadzenie badań, w obliczanie, analizy itd.).

Prace wydrukowane i zapisane na nośniku należy przesyłać najpóźniej na miesiąc przed upływającym kwartałem na adres:

Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides et Ratio:
ul. Wóycickiego 1/3, budynek 14, pokój 1419
01-938 Warszawa

lub wydawcy Kwartalnika - Fundacji Fides et Ratio:
ul. Franciszkańska 3/47
00-233 Warszawa

ZASADY RECENZOWANIA

1. Każdy artykuł przesłany do Kwartalnika podlega wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego i Rady Redakcyjnej Kwartalnika.
2. Po pozytywnym zaopiniowaniu następuje przekazanie publikacji do tzw. recenzentów zewnętrznych, będących ekspertami w zakresie danej problematyki.
3. Recenzent dysponuje gotowym formularzem recenzji, na którym umieszcza swoje oceny i formułuje wniosek dotyczący dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia; dodatkowo istnieje możliwość umieszczenia innych wyjaśniających komentarzy do recenzowanej publikacji.
4. Autorzy prac i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. „*double-blind review proces*”).
5. Recenzje są przekazywane autorowi pracy, z prośbą o ustosunkowanie się do nich i poprawę tekstu zgodnie z zaleceniami.
6. W przypadku negatywnych recenzji publikacja zostaje odrzucona.