

Psychologiczne aspekty
cięży i macierzyństwa oraz ojcostwa

Redakcja


Monika BĄK-SOSNOWSKA, Beata NAWORSKA


Egzemplarz obowiązkowy
- Biblioteka Jagiellońska


ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH


**Psychologiczne aspekty
ciąży i macierzyństwa oraz ojcostwa**


AUTORZY


dr hab. n. o zdr. Monika BĄK-SOSNOWSKA, prof. AWSB  – Centrum Psychosomatyki i Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Dąbrowie Górniczej, Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej


mgr Jagoda BESTER  – Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach


mgr Elwira Justyna BRODOWSKA  – Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach


mgr Katarzyna BRONIEC-SIEKANIEC  – I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach


dr n. med. Aleksandra CIEŚLIK  – Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Katedra Neurologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. hum. Monika FAJLER  – Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Mateusz GLINIANOWICZ  – Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. hum. Anita GRALAK  – Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Agata GROCHAL  – Szkoła Doktorska, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. o zdr. Magdalena GRUSZCZYŃSKA  – Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Iwona HILDEBRANDT – Szpital Specjalistyczny w Chorzowie


mgr Lidia LIMAŃSKA – Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Magdalena MODLIBOWSKA – Absolwentka socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie

mgr Sylwia MROZOWICZ – Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Katedra Neurologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach


dr n. med. Beata NAWORSKA  – Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Radosław PUJANEK – Wydział Psychologii w Katowicach, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Katowicach

mgr Katarzyna RYBOK  – Zakład Adaptowanej Aktywności i Sportu, Katedra Adaptowanej Aktywności i Sportu, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Anna STACHULSKA – Oddział Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. hum. Katarzyna SZMAGLIŃSKA  – Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Julia WYSZOMIRSKA  – Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Psychologiczne aspekty **ciąży i macierzyństwa oraz ojcostwa**

Redakcja

Monika BĄK-SOSNOWSKA, Beata NAWORSKA



ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH

Recenzent

Prof. dr hab. n. o zdrowiu Ewa Mojs

Redakcja

Alicja Prochas

Publikacja na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-ND 4.0)

Publication under license Creative Commons

Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)



Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach
Wydawnictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
oraz Polskiej Platformy Medycznej

Wydanie I

ISBN 978-83-7509-459-6

Wydawca

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Katowice 2023

Skład komputerowy i łamanie

Wydawnictwo
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Medyków 18
40-752 Katowice
www.wydawnictwo.sum.edu.pl

Spis treści

| | |
|---|-----|
| Wstęp (<i>Monika Bąk-Sosnowska, Beata Naworska</i>) | 7 |
| Filozoficzno-etyczne aspekty praktyki położniczej (<i>Anita Gralak, Katarzyna Szmaglińska, Monika Fajler</i>) | 11 |
| Duchowość w kontekście funkcji prokreacyjnej kobiety (<i>Beata Naworska, Monika Bąk-Sosnowska</i>) | 28 |
| Świadomość zdrowotna oraz styl życia kobiet i mężczyzn w okresie prokreacji (<i>Beata Naworska</i>) | 38 |
| Mężczyzna wobec wyzwań ciąży i ojcostwa (<i>Mateusz Glinianowicz</i>) | 48 |
| Przyczyny odwlekania decyzji o macierzyństwie i ojcostwie (<i>Jagoda Bester</i>) | 63 |
| Psychologiczne aspekty ciąży nastolatków (<i>Magdalena Gruszczyska</i>) | 73 |
| Wybrana problematyka rodzicielstwa osób LGBTQ+ (<i>Radosław Pujanek, Julia Wyszomirska</i>) | 80 |
| Nadzieje i trudności nieplodnych par (<i>Elwira Justyna Brodowska</i>) | 90 |
| Kluczowe problemy adopcji (<i>Magdalena Modlibowska</i>)..... | 98 |
| Ciąża i poród w dobie pandemii (<i>Lidia Limańska</i>)..... | 113 |
| Zaburzenia odżywiania się u kobiet w ciąży (<i>Monika Bąk-Sosnowska</i>) | 129 |
| Wyzwania ciąży u kobiet chorujących psychicznie (<i>Aleksandra Cieślik, Sylwia Mrozowicz</i>) | 138 |
| Stwardnienie rozsiane a ciąża i macierzyństwo (<i>Julia Wyszomirska, Katarzyna Broniec-Siekaniec</i>)..... | 153 |
| Problematyka psychologiczna HIV/AIDS w okresie ciąży i macierzyństwa (<i>Iwona Hildebrandt, Julia Wyszomirska</i>) | 162 |
| Ciąża u kobiet po transplantacji (<i>Agata Grochal</i>) | 172 |
| Praca z ciałem u kobiet z ciążą o niepomyślnym rokowaniu (<i>Katarzyna Rybok</i>)..... | 182 |
| Hospicja neonatologiczne i ich rola (<i>Elwira Justyna Brodowska</i>)..... | 190 |
| Znaczenie rytuałów pożegnania w przypadku śmierci noworodka (<i>Anna Stachulska</i>) | 196 |

Wstęp

Monika Bąk-Sosnowska, Beata Naworska

Prekursorem wiedzy na temat znaczenia wczesnego okresu życia, a tym samym roli rodziców, dla całego późniejszego psychospołecznego życia człowieka stał się w XIX w. Zygmunt Freud. W swych publikacjach badacz ten podkreślał znaczenie relacji dziecka z osobami znaczącymi, przede wszystkim z matką, a także wagę sfrustrowanych potrzeb i wewnętrznych konfliktów powstających w tym okresie rozwoju. Uważał, że mają kluczowy wpływ na kształtowanie się osobowości oraz radzenie sobie z wyzwaniami codzienności. Jego pierwotne założenia były weryfikowane i są po dziś dzień rozwijane przez psychologiczną koncepcję psychodynamiczną (Summers i Barber, 2014). Tematyka związku m.in. oddziaływań rodzicielskich z aktualnym i przyszłym funkcjonowaniem jednostki była również rozwijana przez koncepcję systemową i takich badaczy jak Murray Bowen, Salvador Minuchin czy Paul Watzlawick. Przedstawiciele wspomnianego nurtu podkreślają znaczenie doświadczeń nabytych w rodzinie pochodzenia, przede wszystkim związanych ze sposobem komunikowania się oraz strukturą rodziny (de Barbaro, 2006). Współcześnie nie tylko badacze, klinicyści i psychoterapeuci podkreślają rolę rodzicielstwa w prawidłowym kształtowaniu się psychiki i emocjonalności dziecka. Wiedza ta rozpowszechniła się także w świadomości społecznej, co znajduje wyraz w wielu publikacjach popularnonaukowych na ten temat, aktywnościach w internetowych sieciach społecznościowych (np. portale parentingowe, grupy tematyczne, blogi), również w zainteresowaniu szkoleniami i warsztatami na temat wspomagania psychologicznego rozwoju dziecka już od jego poczęcia.

Rodzice oddziałują na swoje dzieci w różnorodny sposób. Najbardziej oczywisty jest przekaz biologiczny, który płynie od nich za pośrednictwem genetycznie dziedziczonych cech. Wiadomo również, że na przykład doświadczenia zdrowotne czy styl życia rodziców mają wpływ na ekspresję genów u ich potomstwa, za pośrednictwem procesów reprogramowania epigenetycznego zachodzącego na etapie gametogenezy i przed implantacją zarodka (Bakulski i Fallin, 2014). Wpływ rodzicielski odbywa się również na płaszczyźnie psychologicznej, w procesie opieki i wychowania. Rodzice jako pierwsi prezentują modele zachowań swojemu dziecku, ponieważ w procesie obserwacji i uczenia się następuje u niego odkrywanie oraz utrwalanie się określonych wzorców przeżywania i reagowania na bodźce. Matki i ojcowie różnią się poziomem świadomości na temat swojej znaczącej roli w psychologicznym funkcjonowaniu ich dzieci, różnią się również poziomem zaangażowania w kształtowanie ich psychologicznego dobrostanu. Część par już w okresie prekonceptyjnym podejmuje starania, aby zmodyfikować styl życia w kierunku prozdrowotnym i polepszyć swój stan zdrowia. Wiele kobiet podejmuje abstynencję lub rezygnuje z palenia papierosów, wykonuje badania profilaktyczne, zaczyna przyjmować kwas foliowy, kontynuując te zachowania również przez cały okres ciąży. Inne osoby zachodzą w ciążę w sposób nieplanowany i przez pierwszy okres jej trwania mogą pozostawać nieświadome tego faktu, co uniemożliwia im celowe dbanie o rozwój płodu i sprzyjający mu własny dobrostan psychofizyczny. W jeszcze innej sytuacji są pary, które pomimo wielu wysiłków i starań nie mogą doczekać się własnego potomstwa, żyją w związkach nieheteronormatywnych, albo po udanym poczęciu tracą dziecko w okresie ciąży lub tuż po porodzie. Każdemu z tych doświadczeń towarzyszą zwykle silne emocje, czasem dylematy moralne, nierzadko dramatyczne decyzje.

Osobą, która z racji wykonywanego zawodu uczestniczy często w tych doświadczeniach jest położna. Towarzyszy kobiecie na etapie jej starań o dziecko, w okresie ciąży, w trakcie porodu oraz podczas połogu. Często ma również kontakt z partnerem kobiety, ponieważ poziom zaangażowania mężczyzn w sprawy rodzicielskie już od momentu poczęcia dziecka jest współcześnie w krajach wysoko rozwiniętych zdecydowanie większy niż dawniej. Położna ma możliwość i przywilej przeżywać z rodzicami piękne chwile radości, kiedy witają na świecie swoje nowo narodzone dziecko. Jednocześnie spotyka się jednak z sytuacjami, które zarówno dla par, jak i niej samej mogą być traumatyczne. Dotyczy to wydarzeń związanych z wykryciem poważnych chorób u płodu lub matki, z poronieniem czy śmiercią noworodka, trudnym porodem, niepłodnością i wieloma innymi problemami stanowiącymi codzienność praktyki położniczej, zwłaszcza dla osób pracujących na oddziałach patologii ciąży czy w salach porodowych.

Jednym z zadań położnej, oprócz świadczenia procedur medycznych, jest również udzielanie psychologicznego wsparcia kobiecie w trudnych momentach związanych z jej zdrowiem, prokreacją i macierzyństwem. To, w jakim stopniu położna jest w stanie wywiązać się z tego obowiązku zależy nie tylko od predyspozycji psychicznych i osobowościowych, lecz także od posiadanego doświadczenia zawodowego oraz zdobytego wykształcenia. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania m.in. zawodu położnej (Dz.U. z 2021 r., poz. 755) określa zakres wiedzy, jaki absolwentka kierunku położnictwo powinna posiadać w dziedzinie położnictwa, neonatologii, ginekologii, onkologii ginekologicznej, diagnostyki ultrasonograficznej oraz metodologii badań naukowych. Rozporządzenie precyzuje również obszar wymaganych umiejętności, które między innymi dotyczą podejmowania decyzji w sytuacjach trudnych, wynikających ze specyfiki wykonywanej pracy, określania standardów profesjonalnej opieki położniczej nad kobietą w różnych okresach jej życia i różnym stanie zdrowia, a także prowadzenia edukacji terapeutycznej. Na studiach drugiego stopnia istotne znaczenie przypisuje się również wiedzy i umiejętnościom psychologicznym oraz kompetencjom społecznym, w tym komunikacyjnym, ważnym dla udzielania wsparcia społecznego i psychologicznego kobiecie, zwłaszcza w sytuacjach szczególnych, zwanych wcześniej niepowodzeniami położniczymi. Obowiązki zawodowe położnej reguluje z kolei *Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej* z dnia 23 lutego 2021 r. (Dz.U. z 2021 r., poz. 479). Oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych kobiecie i noworodkowi, ustawa wskazuje również między innymi na prowadzenie przez położną działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do rodzicielstwa.

Obowiązujące regulacje prawne i dostosowane do nich treści kształcenia studentek i studentów na kierunku położnictwo zapewniają uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu. Następnie doświadczenie zawodowe uzupełnia te kompetencje o specyficzną wiedzę i praktyczne umiejętności zdobywane na co dzień w miejscu pracy. Jednak pomimo tego, zawsze mogą zdarzyć się sytuacje, stanowiące dla położnej wyzwanie i wymagające podjęcia zupełnie nowych, innych niż dotychczasowe zachowań. Część z nich będzie również dotyczyła zagadnień psychologicznych, pomijanych zarówno w toku kształcenia akademickiego, jak też podczas rozmów wśród praktykującego personelu medycznego. Na tego typu zapotrzebowanie odpowiada książka, którą niniejszym autorzy oddają do rąk czytelników. Została napisana przez psychologów, położne oraz innych specjalistów, zajmujących się tematyką psychologiczną w obszarze położnictwa, seksualności, prokreacji, rodzicielstwa. Jej celem jest dostarczenie wiedzy oraz praktycznych odpowiedzi na tematy szczególnie wrażliwe, związane z psychologicznymi aspektami ciąży, macierzyństwa i ojcostwa. Publikacja jest adresowana do studentek/studentów oraz absolwentek/absolwentów położnictwa, praktykujących położnych, innych członków personelu medycznego, a także do wszystkich osób zainteresowanych opisywaną tematyką. Autorzy mają nadzieję, że książka stanie się źródłem praktycznej wiedzy, a zarazem inspiracją do pogłębiania otwartej, empatycznej postawy wobec kobiet i mężczyzn, którzy zmagają się z różnego rodzaju wyzwaniami na swojej drodze do macierzyństwa i ojcostwa.

PIŚMIENNICTWO

- Bakulski, K.M., Fallin, M.D.** (2014). Epigenetic epidemiology: promises for public health research. *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 55(3): 171–183.
- de Barbaro, B.** (2006). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Summers, R.F., Barber, J.P.** (2014). Terapia psychodynamiczna: praktyka oparta na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Rozdział 1

Filozoficzno-**etyczne aspekty praktyki położniczej**

Anita Gralak, Katarzyna Szmaglińska, Monika Fajler

Zdaniem V.E. Frankla *mądrość jest niczym bez odrobiny człowieczeństwa (...) [a] fenomeny, które najpełniej oddają nasze człowieczeństwo, to miłość oraz sumienie* (Frankl, 2018, s. 19, 31). Inspirując się przytoczonym cytatem, autorki chciałyby podjąć refleksję nad wybranymi filozoficzno-etycznymi aspektami praktyki położniczej. Położna, jak wiadomo, przygotowuje pacjentki do porodu oraz wspiera je i edukuje w zakresie opieki nad noworodkiem, odbiera poród, ale również bierze czynny udział w opiece i leczeniu kobiet ciężarnych ze schorzeniami ginekologicznymi, towarzyszy kobietom, które poroniły oraz np. otrzymującym bolesną informację o chorobie genetycznej swego dziecka. Poza fachową wiedzą medyczną w pracy tej pożądane są zatem przede wszystkim: umiejętność nawiązania dobrego kontaktu z pacjentką, wysoki poziom rozumienia jej sytuacji, opiekuńczość oraz odporność psychiczna na stres i ludzkie cierpienie. W wymiarze emocjonalno-duchowym pomoc człowiekowi może tylko człowiek, który ten wymiar rozpoznał w sobie samym. Nasze człowieczeństwo, dostępne w dwóch głównych wymiarach: miłości (współczucia) i sumienia jest bogatym zasobem w każdej dziedzinie, również w praktyce położniczej.

U podstaw każdego świadomego działania leży jakaś filozofia, konkretne wartości oraz założenia co do sensu i celu. W medycynie główną wartością jest człowiek, pacjent, jego życie i zdrowie. W holistycznym podejściu do zdrowia pacjenta bierze się pod uwagę jego poczytalność, autonomię, jego wartości i cele życiowe. Prowadzi to do wielu konfliktów wartości, dylematów moralnych wśród personelu położniczego, gdyż pacjentka może chcieć poświęcić wartość swego życia, zdrowia dla relatywnie, dla siebie wyższych, innych wartości lub może również decydować, w pewnych wymiarach, o terminacji ciąży. W takich sytuacjach chciałoby się znać jednoznaczną, gotową odpowiedź, kto ma rację, kto ma prawo, a kto nie. W praktyce rozwiązanie dylematów moralnych nie jest to takie proste. Często dochodzi do wymuszonych, np. prawem, ustępstw jednej lub drugiej strony i pozostaje wewnętrzny dysonans, niezgoda na to, co się wydarzyło. Konsekwencje zdrowotne takiego długotrwałego stresu są dobrze znane: somatyzacja, wypalenie zawodowe, frustracja itp. Kiedy pojawia się taki wewnętrzny konflikt niezgody, może być to swoisty sygnał do przewartościowania przekonań, do rozwoju wewnętrznego, moralnego, dobrze jest wtedy skontaktować się z samym sobą, przyjrzeć się swym priorytetom i celom, sięgnąć do najgłębszych wymiarów swego człowieczeństwa: miłości, w pracy zawodowej zwykle pod postacią współczucia oraz sumienia. Pionierzy rozwoju duchowego mówią często: gdy nie można zmienić świata, zmień siebie – i być może nie chodzi im o to, by z czegoś w sobie zrezygnować, by zrezygnować z siebie, byłoby to wewnętrznie niespójne, ale by siebie głębiej zrozumieć, zrozumieć swoje człowieczeństwo, zrozumieć i poznać lepiej siebie. To głębokie zrozumienie – w przeciwieństwie do sztywnych zasad – może przynieść rozwiązanie konfliktu moralnego w najbardziej nieoczekiwany sposób. Autorki starają się uczulić na kwestie związane z podejmowaniem decyzji poprzez naświetlenie wartości rozwoju współczucia, sumienia w duchu wartości humanistycznych, w duchu autonomii moralnej jednostki. Wolnością człowieka nie jest bowiem wolność od uwarunkowań, ale

wolność do zajęcia wobec nich jakiejś świadomej postawy, wolność do odpowiedzi (Frankl, 2018, s. 28). Etyczne kodeksy zawodowe są istotnym kierunkowskazem, ale z racji ich ogólności, w konkretnych sytuacjach życiowych konieczna jest autonomia decyzyjna zgodna z sumieniem oraz wartościami odkrytym w akcie miłości. Odpowiedź nie może być nieświadoma i przypadkowa, ani podyktowana utartą praktyką społeczną, gdyż nawet, jeśli podziela się jakieś wartości społeczne, to najpierw muszą być one głęboko zreflektowane i uwewnętrznione, aby konkretne postępowanie mogło być wolne oraz odpowiedzialne.

W nawiązaniu do powyższych założeń, głównym celem niniejszego opracowania jest wskazanie na współczucie jako *spirythus movens* relacji etycznej, dzięki któremu przekracza się i pogłębia etykę zbudowaną na zasadach heteronomicznych (podleganie normom, których samemu się nie nadało). Praktyka położnicza wiąże się z budowaniem relacji, poczynając od położnej–pacjentki, położnej–dziecka, położnej–ojca, położnej–położnej (etc.), dochodząc do odniesienia, jakie położna ma względem siebie jako istoty ludzkiej, której istnienie (egzystencja) zawsze wyraża się już w postaci troski o siebie i innych. Martin Heidegger w książce *Bycie i czas* (1927), przedstawił troskę jako podstawowy rys egzystencjalny istoty ludzkiej (*Dasein*). Charakterystyka ta odsłania życie ludzkie jako fundamentalnie (ontologicznie) zakotwiczone w trosce, a w odniesieniu do innych – w troskliwości (Heidegger, 2008). Zatem dogodnym gruntem budowania relacji z drugim człowiekiem, tak istotnej w kontekście praktyki położniczej, jest wejście w ową relację z otwartością serca, która wydarza się we współczującym sposobie doświadczania zarówno drugiego człowieka, jak i siebie. Pozwala to na budowanie przestrzeni zaufania i autentyczności. Troska, samotroska bez sumienia mogłaby zwieść człowieka na manowce. Drugą część rozdziału poświęcono ważnej filozoficznie i życiowo kategorii sumienia, jego rodzajom i autonomii. My, ludzie różnimy się nie tylko na płaszczyźnie odkrywanych wartości, wyznajemy różne; w osądach sumienia też często nie sposób odnaleźć konsensusu. Ogólne rozważania filozoficzne ukazują sposób definiowania sumienia, związane z tym kwestie sporne oraz powody, dla których w pewnych kwestiach uzyskanie racjonalnej pewności jest niemożliwe. Filozoficzna perspektywa pokazuje granicę myślenia, która wskazuje często na tajemnicę (*wiem, że nie wiem*). Uznanie jej może być uznaniem granicy dla cierpienia, również moralnego, nie na zasadzie poddania się, zaprzeczenia własnemu pogładowi, ale jako pogłębione rozumienie siebie i świata, jako harmonijne współbycie w obliczu tej tajemnicy. Rozważania nad współczuciem i sumieniem zostały poprzedzone refleksją nad metodologią badań naukowych, będących dla praktyków źródłem wiedzy. Ta z kolei determinuje diagnozę, wybór metody postępowania oraz opieki. Laik może mieć poczucie, że w tym wymiarze zdejmuje się odpowiedzialność z człowieka, że wiedza „mówi sama za siebie”. Nic bardziej mylnego, pogłębiona analiza prowadzi do wniosku, że także w tym wymiarze fundamentalna jest interpretacja, wartości i założone cele, filozofia, etos pracy.

Badana jakościowe i ilościowe w kontekście dobra pacjenta

Podział na badania ilościowe oraz jakościowe można uznać za najbardziej podstawowy w badaniach naukowych. Głównym kryterium tego podziału jest właściwość badanego materiału, czyli gromadzone dane (Lenartowicz i Kózka, 2010). Badania ilościowe opierają się na danych policzalnych, które przedstawione w formie liczb poddają się procedurom matematycznym, natomiast badania jakościowe bazują na opisie słownym. Rozróżnienie to jest niezwykle istotne w kontekście przedmiotu zainteresowania badacza i informacji, które w wyniku badań otrzyma. Wyniki badań jakościowych i ilościowych służą innym celom. Odmienna jest także ich waga oraz znaczenie w ramach poznania naukowego. W naukach medycznych wyniki poznania naukowego przekładają się na sposoby postępowania i decyzje podejmowane w praktyce klinicznej, dlatego w niniejszych rozważaniach, autorki chcą zwrócić uwagę na znaczenie badań jakościowych i ilościowych w kontekście dobra pacjenta.

Wzorzec badań ilościowych, charakterystyczny dla poznania naukowego, nawiązuje do założeń racjonalizmu krytycznego Karola Poppera i jego koncepcji trzech światów, w której świat przeżyć subiektywnych nie może być przedmiotem poznania naukowego (Heller, 2016). Istotą badań ilościowych jest zebranie jak największej liczby danych, przy czym badaczka interesują tylko dane policzalne. Zatem badaniami ilościowymi mogą zostać objęte tylko te elementy tak zwanej obiektywnej rzeczywistości, które można zmierzyć za pomocą procedur matematycznych czy statystycznych. Są to zarazem te dane, które są wspólne dla badanej próby i reprezentatywne dla całej populacji. Dla Poppera jest to: *świat obiektywnych zawartości myśli*, a zatem nie świat ludzkich myśli, należących do świata subiektywnych przeżyć, *lecz tego, o czym się myśli, a co jest czymś obiektywnym* (Heller, 2016, s. 25). Przedmiotem badań ilościowych może być np. opinia na temat jakiejś jednostki chorobowej wśród badanej grupy, natomiast samo przeżywanie przez pacjenta choroby nie może zostać objęte badaniami ilościowymi.

Subiektywne stany i przeżycia jednostki nie leżą w obszarze zainteresowania badań ilościowych. Ponadto, bardzo często są to stany niemierzalne, które można wyrazić jedynie opisem słownym, a nie da się ich przedstawić za pomocą liczb, czyli sama specyfika tych stanów uniemożliwia przeprowadzenie badań ilościowych.

Metody ilościowe zorientowane są na badanie zjawisk masowych charakterystycznych dla badanej próby, a nie na badanie zjawisk charakterystycznych dla danej jednostki. Celem losowego doboru takiej próby jest zapewnienie reprezentatywności w odniesieniu do populacji, z której próba pochodzi. Zatem zadaniem próby jest reprezentacja całej populacji. W praktyce oznacza to, że wyniki badań z przebadanej próby zostają uogólnione na całą populację. Celem badań ilościowych, wpisanym w specyfikę poznania naukowego, jest zatem uchwycenie tego, co wspólne dla pewnej określonej populacji, przy jednoczesnym pominięciu tego, co subiektywne i jednostkowe.

Dla przykładu, jeśli w badaniach ilościowych wykazano, że dla większości kobiet rodzących po raz pierwszy po 35 roku życia najkorzystniejsze jest cesarskie cięcie, taka procedura będzie z założenia zalecana przez lekarzy i stanie się standardem postępowania.

Takie wykorzystanie w praktyce klinicznej wyników badań ilościowych, niesie ze sobą tak korzyści, jak i wady. Tworzenie ogólnych zaleceń i standardów postępowania bywa pomocne w opiece nad pacjentem jako punkt odniesienia poparty badaniami naukowymi, szczególnie w razie konieczności szybkiego podjęcia trudnej decyzji. Korzystne bywa również w sytuacji podejmowania decyzji co do postępowania medycznego, gdy nie dysponuje się jeszcze doświadczeniem klinicznym.

Zagrożenia wynikające z bazowania w praktyce medycznej wyłącznie na badaniach ilościowych widoczne są w odniesieniu do indywidualnego pacjenta. Wynikają w równym stopniu z ograniczeń metodologicznych nauk empirycznych, czyli z samej specyfiki poznania naukowego, oraz z opar- tego na takim modelu postępowania sposobie postrzegania jednostkowego chorego.

Jak już wspomniano, w badaniach ilościowych, na podstawie informacji dotyczących próby pobranej z populacji (grupa osób wybrana drogą losową z badanej populacji) wyciąga się wnioski dotyczące całej populacji. W takim sposobie postępowania naukowego wykorzystywana jest indukcja, która nie jest niezawodną metodą wnioskowania. Oznacza to, że prawdziwość przesłanek nie gwarantuje nam prawdziwości wniosków. Opierając swoje decyzje kliniczne na badaniach ilościowych, należy mieć tego świadomość. Wracając do podanego przykładu kobiet rodzących po raz pierwszy po 35 roku życia, oznacza to, że lekarz nigdy nie będzie miał pewności, czy dla konkretnej rodzącej pacjentki cesarskie cięcie będzie faktycznie najkorzystniejsze. To, że na podstawie badań ilościowych i statystyki ustalono, iż w 80% przypadków procedura taka okazała się korzystna, nie gwarantuje, że w tym konkretnym przypadku również tak będzie. Nasza pacjentka, która nie należała do próby statystycznej uczestniczącej w badaniach, może należeć do grupy 20% osób, dla których cesarskie cięcie nie będzie najkorzystniejszym sposobem postępowania.

Należy również pamiętać, że wyniki analiz statystycznych uzależnione są od doboru odpowiednich testów statystycznych oraz od uznanego poziomu istotności (Wulff i wsp., 1993). Mogą być zatem

różne w odniesieniu do tej samej próby poddanej badaniu. Dlatego, mając na względzie dobro indywidualnego pacjenta, należy zawsze brać pod uwagę zawodność procedur naukowych opartych na statystyce.

Kolejne zagrożenie wynikające z kierowania się wyłącznie wynikami badań ilościowych w praktyce medycznej wiąże się z sytuacją, w której to, stosując ogólne zalecenia i standardy postępowania, można zapomnieć o wartościach, przekonaniach i preferencjach konkretnego pacjenta lub też – w świetle danych statystycznych – bagatelizować je. Przyjmuje się wtedy postawę paternalistyczną, czyli osoby wiedzącej lepiej, co dla pacjenta jest najlepsze. Jeśli postawa taka, w pewnych sytuacjach, wydaje się usprawiedliwiona (np. w przypadku osób o małej wiedzy i niskim poziomie świadomości) oraz wydaje się mieć poparcie w badaniach naukowych, to jest sprzeczna z obecnie uznanymi paradygmatami uprawiania medycyny.

Zarówno bowiem w ujęciu holistycznym, jak też w paradygmacie medycyny opartej na danych naukowych (EBM), subiektywne odczucia pacjenta, wyznawane przez niego wartości oraz preferencje i przekonania mają ogromne znaczenie w procesie leczenia, powinny zatem zostać uwzględnione przez personel medyczny. Zgodnie ze współczesnym myśleniem medycznym, pacjent przestaje być biernym uczestnikiem procesu leczenia, a medycyna przestaje być nauką czysto biologiczną, jak to miało miejsce w biomedycznym (mechanistycznym) modelu uprawiania tej dziedziny nauki. I jak pisze Zbigniew Szawarski: *pacjent przestaje być jedynie bezwolnym ciałem poddanym manipulacji medycznej, a staje się autonomicznym i pełnoprawnym partnerem w kontakcie z lekarzem* (Szawarski, 2005, s. 79).

Coraz częściej uznaje się, że na stan zdrowia pacjenta mają wpływ nie tylko czynniki biologiczne, lecz także pozabiologiczne, takie jak: siły psychiczne, stany emocjonalne, przeżywane konflikty, relacje społeczne, poczucie sensu istnienia czy głęboka wiara. Każdy z tych czynników może pozytywnie bądź negatywnie wpływać na stan zdrowia, mobilizując lub hamując procesy samoregeneracji organizmu.

Te subiektywne aspekty stanu zdrowia są marginalizowane lub zupełnie pomijane w poznaniu naukowym, skupiającym się nie na jednostce, lecz na tym co ogólne i obiektywne. Wymykająca się poznaniu naukowemu i statystyce indywidualność oraz subiektywność w opiece medycznej powinna mieć kluczowe znaczenie, ponieważ w pełni można się opiekować się jedynie jednostką. Opieka nad pacjentem wymaga bowiem nawiązania z nim indywidualnej relacji i zrozumienia jego unikalnej sytuacji. Model partnerstwa w medycynie uwypukla rolę samego pacjenta w procesie zdrowienia (wymiar jego sprawstwa), a nie tylko odpowiedzialność lekarza.

Opisanie, uporządkowanie i zrozumienie subiektywnych aspektów stanu zdrowia jest możliwe dzięki badaniom jakościowym – posiadającym niewielkie znaczenie w poznaniu naukowym, lecz kluczowym w opiece nad pacjentem.

Badania jakościowe, jak piszą Helena Lenartowicz i Maria Kózka: *stanowią swoistego rodzaju alternatywę wobec badań empirycznych ilościowych* (Lenartowicz i Kózka, 2010, s. 29).

Przedmiotem zainteresowania badań jakościowych jest to, co jednostkowe a nie to, co ogólne. Przeprowadza się je nie w celu zbadania ogólnych tendencji, zachowań czy zależności, co ma miejsce w przypadku badań ilościowych, lecz w celu zrozumienia losów indywidualnego pacjenta wynikających ze specyficznej sytuacji klinicznej.

Badaniami jakościowymi mogą zostać objęte wszystkie te zjawiska, których nie sposób wyrazić za pomocą liczb nie poddają się też analizie statystycznej. Rozpatrywane zatem mogą być np. przeżywane przez pacjenta różnego rodzaju stany emocjonalne, jego subiektywny punkt widzenia lub przekonania. Są to te elementy, szeroko rozumianej sytuacji klinicznej, które pozwalają nawiązać indywidualną relację z pacjentem, mającą duże znaczenie w holistycznym podejściu do chorego.

Dzięki wiedzy płynącej z badań jakościowych, których typowym przykładem w naukach medycznych jest analiza indywidualnego przypadku, ogólne wytyczne oraz standardy opieki mogą zostać

uzupełnione o informacje dotyczące konkretnych pacjentów. Powstaje w ten sposób bardziej zindywidualizowany model opieki, uwzględniający dobro indywidualnego pacjenta.

Rezygnacja z klasycznego wzorca przeprowadzania badań empirycznych, zgodnego z przyjętymi z góry założeniami i prowadzonymi według ustalonego planu badawczego, pozwala otworzyć się na to, co nieznanne i nowe.

Dzięki takiej podstawie pacjent przestaje być przypadkiem medycznym, stając się na powrót indywidualną osobą, mającą swoją historię oraz tajemnice, które może odsłonić przed terapeutą w procesie opieki. Co więcej, może się okazać, że kluczem do uzdrowienia jest jego historia i skrywana tajemnica.

Tajemnicą tą może być np. głęboko skrywane i silnie przeżywane poczucie winy, które może wzmacniać chorobę i hamować proces leczenia. Ujawnienie takich informacji, w trakcie prowadzonej terapii, może się okazać uwalniające dla pacjenta, a także stymulować jego powrót do zdrowia.

W podsumowaniu powyższych rozważań można stwierdzić, że, biorąc po uwagę przesłanie etyki medycznej, zgodnie z którym dobro pacjenta jest dobrem najwyższym, należałoby w podejściu klinicznym łączyć badania ilościowe z jakościowymi. Taka podstawa pozwoli stworzyć pewien ogólny model opieki przy równoczesnym uwzględnieniu dobra indywidualnego pacjenta.

O współczuciu

Współczucie staje się coraz częstszym tematem publikacji oraz badań naukowych. Dotyczy to również profesjonalnej opieki nad innymi, zajmującej szczególne miejsce w zawodach medycznych.

W niniejszym podrozdziale omówiono tematykę związaną ze współczuciem jako dopełnienie wspomnianego w pierwszym podrozdziale ogólnego modelu opieki położniczej czy medycznej w ogóle. Wskazano na to, co dokonuje się w danej relacji opiekuńczej jako jej wewnętrzna dynamika i co jest współodczuwaniem, ważnym nie tylko w kontekście praktycznej medycyny, lecz także również w wymiarze macierzyństwa i ojcostwa. W pierwszej części tekstu przedstawiono siedem wymiarów współczucia. W kolejnej zasygnalizowano możliwe przeszkody w doświadczaniu współczucia, a końcową część poświęcono samowspółczuciu i jego roli w budowaniu relacji z sobą oraz z innymi.

Natura współczucia ujęta w siedmiu wymiarach

Jednym z opracowań poruszających tematykę współczucia w zawodach medycznych, jest praca Margreet van der Cingel. W kontekście badań autorki, współczucie to: *proces o afektywnym, kognitywnym, behawioralnym i moralnym wymiarze, który jest przede wszystkim wywoływany przez cierpienie innych* (Cingel, 2011, s. 679). Badaczka przyjrzała się fenomenowi współczucia w relacji pielęgniarek oraz osób starszych, obarczonych chorobami przewlekłymi, których życie stało się uzależnione od opieki innych. Cel obserwacji ogniskował wokół zdobycia wiedzy co do korzyści płynących z oparcia relacji opiekuńczej na współczuciu. Główny problem badawczy ujęto jako pytanie: *Jaka jest natura i znaczenie współczucia dla osób starszych z chorobami przewlekłymi w praktyce pielęgniarstwa?* (s. 673). Badanie miało charakter jakościowy. Uczestnikami byli pacjenci powyżej 65 roku życia oraz pielęgniarki z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem zawodowym.

Z narracyjnych odpowiedzi respondentów na pytania otwarte zawarte w wywiadach wyłoniło się siedem wymiarów charakteryzujących naturę współczucia. Są to: uważność, słuchanie, konfrontacja (cierpienia), zaangażowanie, pomaganie, obecność oraz rozumienie. Stanowią one pierwszy rezultat badania:

1. **Uważność (*attentiveness*)**: w badaniu uważność opisana została jako *świadome podejście danej osoby, która okazuje zainteresowanie w jakiegokolwiek ważnej dla drugiego kwestii* (s. 676). Uważne zwrócenie się w stronę pacjenta wyraża gotowość do nawiązania z nim kontaktu¹.
2. **Słuchanie (*listening*)**: szczególnie istotnym dla tego aspektu współczucia jest **aktywne** słuchanie, zorientowane na sens, z którego wyłania się dana ekspresja. Dzieje się tak, gdy słuchając opowieści pacjenta, próbujemy zbliżyć się do tego co jemu bliskie, nawet jeśli wypowiedź (czy też inny rodzaj ekspresji) nie wskazuje tego w sposób bezpośredni. W ten sposób realizuje się również wymiar leczniczy². Sprzyjającą umiejętnością osoby opiekującej się jest otwartość na aktywne słuchanie historii drugiego, a nawet zapraszanie do mówienia. Umożliwia to wejście w autentyczny dialog i odpowiadanie na potrzeby: (...) *śłuchasz i nadajesz wagę potrzebom danej chwili* (Neff, 2020, s. 86).
3. **Konfrontacja (*confronting*)**: badanie wskazało, że cierpienie pacjentów pojawia się szczególnie w związku z poczuciem utraty, przede wszystkim utraty możliwości przeżywania życia w dany (chciany) sposób. Konfrontacja związana jest z rozpoznaniem doświadczanego cierpienia oraz uznaniem sposobu przeżywania go przez pacjenta. Brak takiego uznania może nawet pomnażać cierpienie – spotkanie się np. z obojętnością może wzmacniać doświadczany ból i poczucie izolacji, osamotnienia. Ze strony opiekującego się ma to również duże znaczenie, ponieważ może wpłynąć na zmianę w myśleniu o danym pacjencie jako o tzw. *trudnym, niewspółpracującym pacjencie*.
4. **Zaangażowanie (*involvement*)**: samo uznanie cierpienia wyraża już zaangażowanie w relację z pacjentem. Ma miejsce, gdy świat przeżywany pacjenta zostaje przyjęty w takiej postaci, w jakiej jest, również z uwzględnieniem tego co trudne. Samo to działanie jest zaangażowaniem w świat przeżywany drugiego. Jak opisuje swoje doświadczenie jeden z uczestników badania: (...) *Boże, jest ktoś do kogo mogę mówić... wliczając sprawy, których nie przepadam wyciągać na światło dzienne. I również... ktoś kto chce wiedzieć wszystko* (Cingel, 2011, s. 677).
5. **Pomaganie (*helping*)**: związane jest z odpowiadaniem na potrzeby innej osoby, a także dbałością o umożliwianie samodzielnego wykonania pewnych czynności przez pacjentów (jeśli jest to tylko możliwe). Pozwala to na zachowanie poczucia autonomii³.
6. **Obecność (*being present*)**: kolejny wymiar wiąże się z daniem poczucia obecności, poprzez kierowanie uwagi na pacjenta oraz pozostawanie dla niego komunikatywnym (werbalnie, niewerbalnie) i dyspozycyjnym. Jedna z pielęgniarek objętych badaniem zwróciła uwagę, że pacjenci doświadczający współczucia, nie używają tak często dzwonek alarmowych (Cingel, 2011, s. 683), stających się wielokrotnie wyrazem wołania o uwagę wobec przeżywanych trudności związanych z sytuacją, w której się chorzy znaleźli oraz pojawiającymi się niepokojącymi myślami i emocjami. Obecność związana jest z daniem poczucia, że jest się dla drugiego wtedy, gdy on tego potrzebuje.
7. **Rozumienie (*understanding*)**: chociaż nie zawsze możliwe jest zrozumienie położenia innej osoby (i jej osobistego sposobu przeżywania danej sytuacji), wciąż w zasięgu możliwości leży wyrażenie chęci zrozumienia i pozostania w otwartości względem drugiego.

Pierwszym rezultatem badania były przedstawione powyżej wymiary współczucia, rezultat natomiast drugi wskazał, że chociaż współczucie nieodłącznie związane jest z cierpieniem, to dla wielu

¹ W ujęciu J. Kabat-Zinna, autora programu redukcji stresu w oparciu o trening uważności (*mindfulness-based stress reduction – MBSR*), uważność określona jest jako: *świadomość, która pojawia się dzięki intencjonalnemu i nieoceniającemu kierowaniu uwagi na obecną chwilę, na rozwijające się chwila po chwili doświadczenie* (Kabat-Zinn, 2005, s. 108).

² W zaproponowanej przez siebie metodzie psychoterapeutycznej – logoterapii – Viktor Frankl, zwrócił uwagę na kwestię poszukiwania sensu i wartości, które stanowią o leczniczym wymiarze procesu terapeutycznego. Na podobną kwestię wskazuje Otto Poggeler: *Jeśli doświadcza się świata z punktu widzenia kontekstu odniesienia i znaczenia, można myśleć o nim jako o obszarze „wydarzającego się” sensu* (Poggeler, 2002, s. 39).

³ Więcej o potrzebie zachowania autonomii w procesie starzenia się oraz sytuacjach związanych z chorobami przewlekłymi znaleźć można w książce: Gawande, A. (2015). *Śmiertelni. Medycyna i to, co najważniejsze*. Warszawa: Wydawnictwo MAGNUM.

respondentów wiązało się również z radością. Współczucie pojawiało się również jako wyraz dzielenia się radością z dobrych wiadomości, przełomowych momentów w leczeniu lub innych sytuacji rozumianych jako osiągnięcie czegoś ważnego.

Na pytanie: *Czy współczucie może być pojęciem, które nadaje znaczenie temu, czym jest w swojej istocie opieka nad ludźmi?* (s. 672), autorka badania odpowiedziała, że współczucie jest siłą motywującą obie strony spotkania w relacji pielęgniarka–pacjent oraz że stanowi narzędzie tejże opieki. Wyniki powyższego badania odnieść można również do problematyki związanej z wypaleniem zawodowym: *Jako główną konsekwencję zespołu wypalenia w zawodach wspierających, literatura psychologiczna wymienia utratę troski o człowieka, innymi słowy osobista relacja z beneficjentem traci na rzecz bezosobowego, emocjonalnie niezaangażowanego kontaktowania się z osobą potrzebującą pomocy* (Lipińska, 2008, s. 143).

Przeszkody w doświadczaniu współczucia

W książce *Uważne współczucie* Paul Gilbert oraz Choden⁴ (Gilbert i Choden, 2019), powołując się na Dalajlamę oraz Geshe Tashi Tsering, określających współczucie jako: *wrażliwość na własne i cudze cierpienie, której towarzyszą głęboka motywacja oraz zaangażowanie na rzecz jego zmniejszenia i zapobiegania mu* (s. 128), sami określają współczucie jako: (...) *sposób pobudzania życzliwości, wsparcia i zachęty do odwagi, której potrzebujemy – do podejmowania działań, których potrzebujemy – by sprzyjać rozkwitowi i dobrostanowi własnemu oraz innych osób* (s. 129). Współczucie związane jest zatem z dwiema postawami:

1. Z rozumieniem powodów wywołujących cierpienie, zaangażowaniem i umiejętnym przebywaniem w cierpieniu, dyktowanym intencją okazania nieocenianej obecności i niesieniem ulgi.
2. Z podejmowaniem działań dążących do minimalizacji już zaistniałego cierpienia lub przeciwdziałanie względem niego.

Autorzy wskazują na przeszkody dotyczące odczuwania współczucia, mogące mieć charakter kognitywny bądź afektywny. Blokadą może być pojmowanie współczucia jako przejawu słabości, uległości, biernej akceptacji, pozostawania spokojnym, miłym, grzecznym, łagodnym (niezależnie od okoliczności), ulgowego traktowania siebie i/lub innych. Przekonania takie pomijają te aspekty współczucia, które wymagają odwagi do podejmowania ryzyka, wyznaczania granic, odpowiadania na cudze potrzeby, budowania dogodnych okoliczności, aby nieść faktyczną pomoc: *Zmniejszanie cierpienia i zapobieganie mu polegają więc na tworzeniu warunków do jasnego wglądu i dokonania zmiany, to zaś często oznacza konieczność stawiania czoła temu, co bolesne i trudne, akceptowania tego, a nie odwracania się od tego* (s. 135). Niektóre osoby doświadczają również trudnych stanów emocjonalnych na myśl o okazywaniu lub przyjmowaniu współczucia. Związane jest to z trzema rodzajami lęku, które mogą pojawić się na drodze do właściwego rozwijania jego potencjału. Należą do nich:

1. Lęk przed byciem współczującym: związany jest z obawą o zostanie wykorzystanym; obawą o pojawienie się zależności innej osoby; świadomością, że nie jest się w stanie znieść trudnych doświadczeń drugiego.
2. Lęk przed okazywaniem współczucia przez innych: związany z obawą, że w razie potrzeby inni nie okażą potrzebnego współczucia; z obawą, że okazywane współczucie jest interesowne.

⁴ Autorzy książki *Uważne współczucie*, traktują o współczuciu tak ze strony buddyźmu mahajany, jak i ze strony psychologii ewolucyjnej. Paul Gilbert jest również twórcą Compassion Focused Therapy (CFT), która powstała z myślą o osobach doświadczających głębokiego wstydu i o wysokim poziomie autokrytyki. Autoregulacja emocjonalna jest bowiem dla nich szczególnie trudna, co wiąże się ze słabo wykształconą umiejętnością obdarzania siebie samego emocjonalnym ciepłem i wsparciem.

3. Lęk przed współczuciem wobec siebie: związany z obawą o bycie zbyt „miękkim”, za mało od siebie wymagającym; z przekonaniem, wynikającym z wysokiej samokrytyki, że nie zasługuje się na współczucie (s. 193).

Wspomniane lęki aktywują jeden z systemów regulacji emocjonalnej, jakim jest system wykrywania zagrożeń, a tym samym blokują inny system – kojenia i afiliacji, zarazem osłabiają zdolność do odczuwania współczucia wobec samego siebie. Przystępną ilustracją tych tez będzie analiza trzech systemów regulacji emocjonalnej:

1. System **wykrywania zagrożeń** (*threat and self-protection system*): związany z unikaniem niebezpieczeństw oraz takimi emocjami, jak strach, obrzydzenie, złość, bezradność, wstyd.
2. System **dążenia i poszukiwania zasobów** (*drive- and resource-seeking system*): związany z motywacją i podejmowaniem aktywności oraz z podekscytowaniem, pobudzeniem, poczuciem przyjemności.
3. System **kojenia i afiliacji** (*soothing and affiliation system*): związany z poczuciem bezpieczeństwa, bliskości, z zaufaniem, akceptacją, wsparciem, życzliwością (s. 89).

Skoncentrowanie na systemie dążenia może również okazać się blokujące dla odczuwania współczucia, pozostaje bowiem ukierunkowane na cel.

Paul Gilbert zwraca uwagę, że emocje – jako nieodzowne procesy ludzkiego życia – niosą pewien przekaz, a zadaniem człowieka nie jest wyzbycie się ich, lecz umiejętne rozpoznawanie bez konieczności ulega im oraz podejmowania pod ich wpływem działań (często niszczących). Praktyka współczucia opartego na uważności daje możliwości kształcenia umiejętności.

Inne przeszkody na drodze do okazania współczucia związane są z pozostawianiem obojętnym na cierpienie, niechętnym do przeciwdziałania mu lub wynikają z braku wiedzy, jak skutecznie przeciwdziałać: (...) *bez motywacji do troski cały wysiłek bycia współczującym okaże się daremny. Podobnie jak wtedy, gdy stracisz wrażliwość i nie będziesz zwracać uwagi na cierpienie, po prostu go nie zauważając; albo gdy będziesz je zauważać, ale nie będziesz w stanie go tolerować, więc zaczniesz się od niego odwracać; albo gdy będziesz je zauważać i zwracać się ku niemu, ale nie rozumiejąc go, nie będziesz mieć pewności, jak postąpić, ze względu na problemy związane z empatią* (s. 154). Autorzy definiują empatię jako: (...) *zdolność myślenia o tym, co dzieje się w naszym umyśle oraz w umyśle drugiej osoby i rozumienie tego*⁵ (Gilbert i Choden, 2019, s. 81). Określają, co prawda, jej rolę jako kluczową dla współczucia, niemniej zwracają również uwagę, że empatia może pełnić rolę narzędzia użytego do różnych celów i niekoniecznie związana jest z umiejętnością niesienia pomocy. Wskazuje na to również Paul Bloom w książce *Przeciw empatii*: (...) *empatia działa jak reflektor, który skupia naszą uwagę na pewnych ludziach, tutaj i teraz. Sprawia, że bardziej się o nich troszczymy, ale zamyka nam oczy na długofalowe konsekwencje naszych działań, a przez to stajemy się ślepi na cierpienia tych, wobec których nie odczuwamy lub nie możemy odczuwać empatii. Empatia jest stronnicza* (Bloom, 2020, s. 19).

⁵ Empatię można podzielić na: emocjonalną oraz kognitywną (poznawczą). Kanadyjski psycholog Paul Bloom określa empatię emocjonalną jako: (...) *akt odczuwania tego, co, jak sądzimy, czują inni (...) nie jest tym samym co współczucie, bycie życzliwym, uprzejmym, a przede wszystkim dobrym. (...) jest „aktem doświadczenia świata tak, jak sądzimy, że doświadcza go ktoś inny”* (Bloom, 2020, s. 14, 26). Empatia kognitywna natomiast związana jest z aktem rozumienia tego, że drugi człowiek odczuwa ból, jednak pozbawiona jest aktu odczuwania go. Autor książki *Przeciw empatii*, zwraca uwagę na to, że niektóre problemy z którymi spotykamy się jako społeczeństwo nie wynikają z braku empatii (emocjonalnej), a ze zbyt wysokiego jej poziomu. Psycholog twierdzi zatem, że działanie moralnie słuszne nie wymaga empatii (emocjonalnej), oraz wskazuje na inne motywy podejmowania działań pomocowych: np. będąc świadkiem wypadku samochodowego, nie potrzebujemy empatii, aby bezwzględnie udzielić pomocy poszkodowanemu lub/i wezwać pogotowie. Skupienie się na tym, co mogą przeżywać ofiary wypadku nie jest jedyną motywacją do podjęcia działania. Empatia nie jest potrzebna, aby wiedzieć, że w takiej sytuacji należy pomóc i podjąć odpowiednie działanie. Według Blooma lepszym przewodnikiem moralnym jest racjonalne współczucie.

Koncentracja współczucia związana jest z intencjami oraz ogniskuje się na celu, który wynika ze świadomości wydarzającego się w danej sytuacji cierpienia. Związana jest zatem ze zwrócenia się ku cierpieniu oraz wiedzą i umiejętnościami zorientowanymi na to, co w danych okolicznościach można zrobić, aby mu przeciwdziałać lub je ograniczyć. Aby było to jednak możliwe, punktem wyjścia jest zachowanie uważności wobec tego, co się wydarza: (...) *zajmowanie się cierpieniem chwila po chwili, kiedy się ono pojawia, jest bardziej realne niż formułowanie w umyśle podniosłych celów* (Gilbert i Choden, 2019, s. 206).

Współczucie wobec siebie samego

Kristin Neff, promotorka problematyki zogniskowanej na samowspółczuciu (*self-compassion*), zwraca uwagę na trzy wymiary współczucia wobec siebie samego:

1. Życzliwość wobec samego siebie: związana jest z odnoszeniem się do siebie z wyrozumiałością. Dotyczy zatem świadomej rezygnacji z przesadnego krytycyzmu wobec siebie oraz zastępowania go konstruktywnym odniesieniem opartym na życzliwości. Neff określa życzliwość jako: (...) *zaprzestanie ciągłego oceniania własnych myśli i zachowań oraz łagodzenie wewnętrznego komentarza, który większość z nas uważa za normalny. Polega ona na zrozumieniu własnych słabostek i niepowodzeń, zamiast ich potępienia* (Neff, 2020, s. 71). Paul Gilbert, wychodzący z perspektywy psychologii ewolucyjnej, wskazał na postawę bodhiczitty⁶ jako tej, która (...) *działa w głębokich obszarach mózgu motywacyjnego i emocjonalnego* (Gilbert i Choden, 2019, s. 125), a jedną z pojawiających się wraz z przyjęciem takiej postawy aktywności, jest życzliwość – tak wobec siebie, jak i wobec innych. Gilbert ilustrował to na przykładzie pracy mózgu: (...) *nasz mózg jest przygotowany, by uspokajać się w obliczu życzliwości. Doświadczanie życzliwości może doprowadzić do obniżenia tętna i ciśnienia krwi, spowalniając w ten sposób nasze ciało. Jest to coś zupełnie przeciwnego do tego, czego doznajemy wtedy, gdy mamy poczucie zagrożenia, spieszymy się lub jesteśmy podekscytowani* (s. 109). Samowspółczucie otwiera na przyjęcie siebie jako istoty błędzącej i popełniającej błędy, jest zatem otwartością na własną niedoskonałość. Życzliwość związana jest zatem z odnoszeniem się do siebie na zasadach analogicznych do tych, które dotyczą przyjacieli.
2. Wspólne człowieczeństwo: określenie to związane jest ze świadomością, że inni ludzie również doświadczają trudnych stanów: nie tylko *ja* doświadczam cierpienia, inni ludzie bywają w podobnych sytuacjach życiowych. Taka świadomość może łagodzić poczucie niesprawiedliwości i izolacji płynące z przeświadczenia, że coś (np. choroba) przydarza się właśnie mnie, a nie komuś innemu. Dzięki utrzymywaniu takiej świadomości, poczucie osamotnienia może ustąpić, a przynajmniej ulec złagodzeniu⁷.

⁶ W buddyzmie postawę opartą na współczuciu określa się jako *bodhiczitta* (tyb. serce przebudzonego umysłu, oświecona postawa (Bausch, 2018), a tych którzy kierowani współczuciem pomagają innym w drodze do oswobodzenia z cierpienia, zwie się *bodhisatwami*. W książce *Śmiertelni*, Gawande (2015) przytacza obecną w psychologii ideę transcendencji: (...) *w hierarchii potrzeb Masłowa powyżej poziomu samorealizacji znajduje się transcendentne pragnienie odkrywania w innych istotach ich potencjału i pomaganie im w jego wykorzystaniu*, s. 162. Postawa *bodhiczitty* również związana jest z ukierunkowaniem na pomoc innym w odkrywaniu własnego potencjału, którym jest natura umysłu.

⁷ W podobnym duchu wypowiada się w *Homo patiens* twórca logoterapii V.E. Frankl: *Postawiony nad przepaścią człowiek spogląda w otchłań i na jej dnie dostrzega tragiczną strukturę bytu ludzkiego. Tam w głębi objawia mu się prawda, że byt ludzki jest ostatecznie cierpieniem i że istotnym przeznaczeniem człowieka jest – cierpieć: być homo patiens. Prawdę tę człowiek cierpiący odkrywa poza dobrem i złem, pięknem i brzydotą, przeżywając ją nieafektywnie, bez sentymentów i resentymentów. Doznaje on jakby zwykłego jasnego widzenia prawdy, która nie ma po prostu bliska, tak bliska, jakby w niej sam tkwił. I to bez gniewu i żalu, które dawno przezwycięzył. A prawda go wyzwala, bo nie jest to już jego prawda, ale prawda w ogóle, prawda wszystkim wspólna* (Frankl, 1984, s. 77). Dzięki cierpieniu byt staje się dla człowieka przejrzysty w wymiarze metafizycznym. I to jest rozwój duchowy.

3. Uważna akceptacja: uważność skierowana jest na czujność wobec zdarzeń zachodzących w obrębie świadomości oraz ciała, w danym miejscu i w danym czasie. Zadaniem takiej formy skierowania uwagi jest objęcie tego, co pojawia się jako np. doznania, wrażenia, myśli, emocje, tzw. metaświadomością (Neff, 2020, s. 136), czyli nie tylko przeżywaniem np. bieżących wydarzeń, ale świadomym ich przeżywaniem, takim, które pozostaje czujne wobec dokonujących się procesów. Neff posługuje się następującym przykładem: *Czytałeś strony tej książki bez uświadomienia sobie tego faktu. Obecnie możesz to robić z pełną świadomością czytania. Jeśli siedzisz, prawdopodobnie nie zauważasz nacisku, jaki wywiera podłoga na twoje stopy. Postaraj się skupić na moment uwagę na wrażeniach przez nie odbieranych. Odczuwasz nie tylko lekkie mrowienie stóp (lub ciepło, zimno, niewygodę i tak dalej). Jesteś teraz „świadomy” tego, co się z nimi dzieje. Na tym polega uważność* (s. 138).

Gilbert i Choden przedstawiają trzy aspekty uważności (Gilbert i Choden, 2019, s. 256):

1. **Intencja:** stanowi o przestrzeni motywacyjnej i wyraża chęć pozostania uważnym.
2. **Uwaga:** pozwala na zaobserwowanie pojawiającego się rozproszenia oraz ponowne skierowanie uwagi do bieżącej chwili i podejmowanych działań.
3. **Akceptacja:** dotyczy zaakceptowania tego, że stan rozproszenia powraca. Jej zadanie polega na łagodzeniu surowej krytyki, której powodem może stać się świadomość niepowodzeń w kwestii utrzymania uwagi. Minimalizuje to walkę wewnętrzną, która może się pojawić, gdy chcemy pozostać uważni, a to się nie udaje. Akceptacja dotyczy samego doświadczenia, nie odnosi się do zewnętrznych aspektów danej sytuacji: *W praktyce uważności umiejętność akceptacji, czy też niestawiania oporu jest niezbędna, pozwala nam bowiem odpuścić, powrócić do świeżości chwili obecnej bez obciążania jej kolejnymi warstwami zmagania* (s. 260). Akceptacja oznacza obserwację tego, co się wydarza ukierunkowaną na dostrzeganie tego, co doświadczone dla rozeznania sytuacji i podjęcia działań pomocowych, a nie dla biernego przyjmowania.

Wychodząc z perspektywy współczucia zorientowanego na siebie samego, zmiana dokonuje się m. in. na poziomie języka. Za przykład może posłużyć historia jednej z pacjentek Gilberta o imieniu Jane. Kobieta cierpiała na chroniczną depresję dwubiegunową z cechami borderline i skłonnościami samobójczymi. Jane była zamknięta na życzliwość innych, odnosiła się do samej siebie negatywnie, co skutkowało poczuciem bezsilności i pogłębiało jej samotność. Zapytana przez Gilberta o to, jaki jest emocjonalny ton jej myśli oraz czy obdarza siebie samą emocjonalnym ciepłem, ze zdziwieniem stwierdziła, że aby pozbyć się dręczących ją myśli, nie potrzebuje być dla siebie empatyczna, a logiczna. Przykład ten wskazuje, że nadzieje na rozprawienie się z trudnymi doświadczeniami bywają pokładane w przekonaniu, że logiką, użyciem rozumu, jesteśmy w stanie transcendować doświadczone cierpienie, co nie potwierdza się jednak w procesie terapeutycznym. Dawanie sobie ciepła emocjonalnego, jak zwraca uwagę Gilbert, okazuje się dla wielu trudne i wymagające świadomej pracy.

Prace Neff zwracają uwagę na jeszcze jedno zjawisko, które ujawnia połączenie między umiejętnością okazywania współczucia sobie, a postawą współczującą wobec innych: wytrzymałość wobec własnego cierpienia przekłada się na wytrzymałość w towarzystwie innym, gdy również doświadczają cierpienia. Ujmowanie tego, co się wydarza z perspektywy otwartości (również na cierpienie własne i innych), daje poczucie obecności oraz ułatwia komunikację, co przynosi w konsekwencji także możliwość podejmowania konstruktywnych działań pomocowych.

Sumienie

Człowiek ma zdolność rozumienia, interpretowania oraz rozszyfrowywania ukrytych motywów zachowań. Może również doświadczyć zniekształceń, które on sam lub ktoś inny popełnił w wyrażaniu swych uczuć. Narzędziem, dzięki któremu jest to możliwe, *narzędziem hermeneutycznym*, dla niektórych jest po prostu intuicja, inni nazywają to *mistyczną partycypacją*, empatią lub współodczuwaniem (Rosińska, 2002, s. 134). Poza empatią, troską, samotroską, dla wielu ludzi ważnym motywem działania jest sumienie, zwłaszcza w przypadku podejmowania decyzji moralnych. Według Viktora Emila Frankla *żywe i czule sumienie to dla człowieka jedyny ratunek przed skutkami egzystencjalnej pustki, przed konformizmem i totalitaryzmem* (Frankl, 2018, s. 89). Czym jednak ono jest? Jak je zdefiniować⁸?

Definicje

Najogólniej rzecz ujmując, sumienie odnosi do jednostkowego poczucia słuszności lub niesłuszności czynu. Historia rozumienia kategorii sumienia jest bardzo wielowątkowa, na przestrzeni dziejów niektórzy filozofowie utożsamiali sumienie z pobrzmiewającym w człowieku głosem Boga (*prawdy rzeczywistości*), inni widzieli w sumieniu po prostu akt rozumu praktycznego lub zmysł moralny (intuicję).

Sumienie jest rozumiane zawsze w pewnym, określonym kontekście interpretacyjnym (system podstawowych założeń ontologicznych i teoriopoznawczych, a nawet metafizycznych). Antropologia freudowska, reprezentuje podejście redukcyjne, w którym sumienie – wyjaśniane poprzez pojęcie superego – jest nabytym w trakcie socjalizacji zbiorem norm (to zinterioryzowany głos rodziców, autorytetów). Dla psychologów z nurtu behawiorystycznego sumienie będzie nabytą w procesie warunkowania (czy szerzej, uczenia się) skłonnością do wydawania osądów moralnych, które motywują do działania. Psychologowie ewolucyjni, definiując człowieka jako ukształtowane w procesie ewolucji zwierzę społeczne, widzieć będą sumienie jako kolejną biologiczną adaptację, analogicznie do na przykład umiejętności posługiwania się językiem, ukształtowaną w procesie rozwoju i socjalizacji. Sumienie jest rozumiane w tym kontekście jako wrodzona, chociaż wymagająca treningu, rozwoju dyspozycja motywacyjno-poznawcza. Pośród etyków zorientowanych teistycznie i teologów dominuje przekonanie, że głos sumienia to objawiający Boże przykazanie (miłowania i czynienia dobra oraz unikania zła) głos Boży, który człowiek słyszy w swym wnętrzu (sercu) i któremu winien jest bezwzględne posłuszeństwo, gdyż to właśnie posłuszeństwo stanowi o godności człowieka, jako osoby, jest też fundamentalnym warunkiem kształtowania się wspólnot kulturalno-społecznych. Zwolennicy takiej definicji sumienia upatrują w tym imperatywie, poczuciu słuszności rozróżniania dobra i zła, dowodu na istnienie w człowieku wymiaru duchowego. (Szymoniuk, 2015, s. 57).

W filozoficznych rozważaniach, *sumienie* to pojęcie z dziedziny etyki i teologii moralnej oznaczające ludzką zdolność (lub inaczej: władzę ludzkiej psychiki) odpowiedzialną za doświadczanie autorytatywnego (w sensie: wewnętrznego autorytetu), rozumowego lub intuicyjnego (niespekulatywnego, zatem i prostego) przekonania o złu lub dobru moralnym danego zamierzonego lub już dokonanego czynu. Przekonanie to zsynchronizowane może być z odpowiednią reakcją emocjonalną.

⁸ Rzeczownik *conscientia* z łac. oznacza: *con* – „razem, wspólnie”, *scientia* to „wiedza, mądrość”, czyli to inaczej: „wiedza z kimś dzielona, często tajna; wspólna z kimś wiedza o czymś, zwłaszcza złym”, a metaforycznie – „wiedza dzielona z samym sobą”. Elektroniczny Słownik Łaciny Średniowiecznej, [online] https://ellexicon.scriptorum.pl/pl/lemma/CONSCIENTIA#sense_II [Dostęp: 7.07.2021].

Krótką historia pojęcia

W epoce przedrześcijańskiej gr. *syneidēsis* znacząco „współwiedzę”. Sokrates powoływał się na słyszalny wewnętrzny głos (*daimonion*), który w sytuacjach dylematu moralnego rozpoczynał *rozmowę duszy samej z sobą* (Ziółkowska, 2007, s. 58). Zwolennicy tzw. intelektualizmu etycznego uważają, że Sokratesem, że człowiek nie czyni zła świadomie, może co najwyżej mylnie brać zło za dobro i dlatego je popełnia, myśląc, że robi dobrze (wiedzieć, co jest dobre i np. sprawiedliwe, to znaczy zarazem postępować dobrze, sprawiedliwie – Platon, *Obrona Sokratesa* 29B–32A). Znacząco to mniej więcej tyle, że zinterioryzowana wiedza o dobru *zmusza niejako* do czynienia dobra. Wspomniana droga reorientacji przez samowiedzę, to jak *stan łaski* (Krońska, 2001, s. 88), nie jest to więc wiedza w sensie uporządkowanego logicznie zbioru informacji, lecz stan bytu, swoiste głębokie odczucie/doświadczenie dobra, świadomość dobra, która ma moc przemieniającą – w tym sensie determinuje zachowania. (Samo)wiedza dokonuje reorganizacji wewnętrznej, której skutkiem jest odpowiedzialność (świadoma odpowiedź, a nie bezmyślna reakcja)⁹.

W średniowieczu następuje dalszy rozwój tego pojęcia, w owym czasie współistnieją dwa teoretyczne kierunki rozumienia sumienia: franciszkański i tomistyczny. Pierwszy, reprezentowany przez św. Bonawenturę i teologów franciszkańskich, akcentuje nie aspekt poznawczy, lecz woluntarystyczny, sumienie łączy ze swoistą skłonnością woli do słusznego działania. Drugi z kierunków rozumie sumienie przede wszystkim jako poznawczy akt rozumu (*rozum wyższy*, związany z duchem, wolna decyzja), oznacza on zdolność do wydawania sądów o zgodności własnego postępowania z prawem naturalnym. Prawo to jest dostępnym człowiekowi (w racjonalnym rozpoznaniu i we własnych skłonnościach) prawdziwym systemem reguł odnoszących do realnego i obiektywnego prawa wiecznego, czyli rozumnego ładu świata (*lex aeterna*). Prawo to kieruje życiem człowieka, niejako *w imieniu Boga*. Naczelną zasadą, którą rozpoznaje rozum praktyczny jest wewnętrzny nacisk, dążenie do czynienia dobra i unikania zła (*synderezis*, ogólnoludzkie presumienie – św. Tomasz, 1998, s. 37–38)¹⁰.

W nowożytności kategoria sumienia pojawia się w szkockiej filozofii zdrowego rozsądku oraz w brytyjskiej etyce *zmysłu moralnego*, na przełomie XIX i XX w. rozważa się kategorię sumienia w szkole fenomenologów wartości oraz w intuicjonizmie brytyjskim. W XX wieku, ze względu na rozwój tomizmu i personalizmu, następuje swoisty renesans pojęcia sumienia.

Autonomia sumienia. Sumienie jako tożsamość moralna podmiotu

Autonomia sumienia oznacza, że sumienie samo sobie nadaje prawo (gr. nadawanie praw sobie samemu, władza bezwzględna¹¹). Wspomniana zasada została odzwierciedlona w polskim prawie i kodeksach etycznych. Artykuł 39 *Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* z 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 1977 r., nr 28, poz. 152), stanowi, że lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. W art. 12 ust. 2 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. z 2011 r., nr 174, poz. 1039) mowa jest o tym, że położna ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia, jeśli nie są one zgodne z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji. Nie jest to jednak autonomia bezwzględna, gdyż można zaniechać wykonania działań niezgodnych z własnym sumieniem tylko pod warunkiem, że zwłoka nie spowoduje: *niebezpieczeństwa*

⁹ Według Sokratesa tchórzostwo jest brakiem wiedzy o tym, co straszne, a odwaga to wiedza o tym, co jest naprawdę straszne (Platon, *Protagoras* 360 C-D).

¹⁰ Sumienie rozumiane jako głos Boga w człowieku nie zawsze kojarzone jest z rozumem, np. według Josepha Butlera sumienie to głos Boga zapisany w sercu człowieka (Ziółkowska, 2007, s. 60).

¹¹ Gdyby człowiek potępiał głos własnego sumienia, co do którego zakłada się, że jest to głos Boga, wyraz prawa wiecznego (w horyzoncie interpretacyjnym, jakim jest np. personalizm), to człowiek ten potępiałby i Boga i siebie.

utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty; w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej autonomia sumienia jest ograniczona sytuacją nagłego zagrożenia zdrowotnego art. 12.1). W Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, w art. 2 części ogólnej również podkreślono, że działalność zawodowa położnej to świadome i dobrowolne działanie na rzecz pacjentów. Natomiast w art. 6 części II Kodeksu wspomniano, że położna ma prawo odmówić udziału w zabiegach i eksperymentach biomedycznych sprzecznych z przyjętymi przez nią normami etycznymi (Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych).

Uznanie bezwzględnej autonomii sumienia byłoby sprzeczne z głównym celem medycyny – ratowaniem zdrowia i życia pacjentów. Integralność sumienia oznacza, że nie można „złamać” sumienia poprzez jakiś zewnętrzny przymus, takie działanie zewnętrzne unicestwiłoby wolny wybór (więc mówienie o sumieniu nie miałoby już sensu, decyzja nie wynikałaby z dyspozycji wewnętrznych danej osoby). Z drugiej strony, pragmatyka życia pokazuje, że teoretyczna kwestia autonomii sumienia może być wykorzystywana przez ideologicznie nastawionych ludzi do forsowania swej wizji władzy, można głos swego sumienia uznać za zasadę obowiązującą wszystkich, w każdej analogicznej sytuacji. Przykładem mogą być zwłaszcza spory o możliwość, prawo kobiet do poddania się aborcji.

Sumienie jest rozwijaną w trakcie życia zdolnością, źródłem poznania, ale człowiek w rozpoznaniu jego głosu może się celowo (lub nie) mylić (Ślipko, 2002, s. 373). W doskonaleniu sumienia mniejsze znaczenie mają zasady moralne wpajane przez innych, najważniejsze jest zawsze nasze człowieczeństwo (samoświadomość, zdolność do dystansu, odpowiadania na wymogi życia, a nie tylko wyuczona reaktywność). Nie wikłając się w trudne, filozoficzne spory na temat tego, czy i w jakim wymiarze człowiek w ogóle jest wolny, można zawsze zwrócić uwagę na oczywisty fakt, że wolność jest zadaniem, świadoma odpowiedź (odpowiedzialność) jest zadaniem. Teoretycy dokonali podziału różnych rodzajów sumienia właśnie ze względu na ich poznawczą wartość, opisali kilka wad sumienia, którym nadali konkretne nazwy. Błąd sumienia uwarunkowany jest brakiem jakiejś wiedzy (s. 375), dlatego tak ważne jest, w kształtowaniu sumienia, otwarte poszukiwanie moralnej jasności, dialog wewnętrzny i zewnętrzny.

Rodzaje sumienia

Sumienie może być:

1. **Przeduczynkowe, pouczyńkowe.**
2. **Prawdziwe, błędne.** Sumienie jest prawdziwe, kiedy reguła działania jest zgodna z obiektywnym porządkiem moralnym – *lex naturalis*; jest błędne, kiedy reguła działania wyrażona w opinii jednostki, bądź grupy nie jest zgodna z obiektywnym porządkiem moralnym (choćby jednostka, bądź grupa przekonana jest o słuszności swego osądu). Sumienie błędne dzieli się dalej na: **pokonalnie błędne** – kiedy niezgoda reguły działania z *lex naturalis* pojawia się z lenistwa (*zła wola*) lub z premedytacji (w tym przypadku jest nadzieja, że przeszkody można pokonać w następnym rozpoznawaniu), sumienie **niepokonalnie błędne**, to stan sumienia, w którym człowiek robi coś z niewiedzy, nie widzi, nie jest nawet świadom swego błędu, sprzeczności między regułą a *lex naturalis* – ma tzw. *dobrą chęć*, robi coś w tzw. *dobrej wierze*. Nazwa tego rodzaju sumienia pokazuje, że bez tej wiedzy człowiek nie ma możliwości naprawienia błędu.
3. **Pewne** – stan subiektywnego poczucia wysokiego prawdopodobieństwa.
4. **Wątpliwe** – ten stan sumienia oznacza brak zdolności jakiegokolwiek osądu, albo obawę, że osąd jest zły. Sumienie wątpliwe może być **zawikłane** – to konfliktowy stan sumienia, wyrażający się w przekonaniu, że: *cokolwiek zrobię – będzie to złe*. W tym ostatnim przypadku osąd sumienia przytłumiony jest wszechogarniającym lękiem przed jakąkolwiek decyzją, pomocna może być wtedy psychoterapia. Błąd sumienia wynika bowiem w tym przypadku z problemów emocjonalnych).

5. **Trafne** – ogólnie: to zdolność osądzania ciężkiego przewinienia jako ciężkiego, a lekkiego jako lekkiego.
6. **Szerokie** – osądza w taki sposób, że daje sobie prawo do moralnej dopuszczalności sądu, działania, tam, gdzie tego prawa nie daje *lex naturalis*, przedstawia winę ciężką jako lekką i *vice versa*. Sumienie to nazywane może być zatwardziałym (nieczułość na pobudki duchowe, przywiązanie do zła) lub faryzejskim (troska o zewnętrzne pozory, udawane pobudki moralne), **skrupulanckim** – upatruje winę wszędzie; również tam, gdzie jej nie ma, bez sensownego powodu – tu również pomocna okazuje się psychoterapia, gdyż stan ten może być podyktowany permanentnym lękiem przed niebezpieczeństwem popełnienia zła (Ślipko, 2002, s. 373–378).

Podstawowe, tomistyczne wskazówki co do funkcjonowania sumienia

1. By móc działać moralnie, wymagany jest stan sumienia praktycznie pewnego (czyń dobro, zła unikaj w granicach ludzkich możliwości poznawczych).
2. Człowiek powinien iść za sumieniem pewnym zawsze, nawet wówczas, gdy znajduje się w stanie sumienia niepokonalnie błędnego (ten wymóg chroni przed *ucieczką od odpowiedzialności moralnej* w stan sumienia zawikłanego lub wątpliwego).
3. W przypadku aktu, co do którego moralnej wartości żywi się uzasadnione wątpliwości (sumienie wątpliwe) człowiek ma moralny obowiązek, by dążyć do stanu sumienia pewnego w granicach swoich możliwości poznawczych. W przypadku wątpliwości – lepiej nie działać (Ślipko, 2002, s. 376–378).

Co zrobić, by sumienie było pewne? Jak już wspomniano, w przypadku sumienia skrupulanckiego i zawikłanego pomocna może być psychoterapia, dzięki której możliwe stanie się rozpoznanie subiektywnych przeszkód w zdolności podejmowania świadomych i wolnych (odpowiedzialnych) decyzji. W razie wątpliwości co do normy z zakresu prawa pozytywnego, stanowionego, etycy radzą, by kierować się rozumem, dokonać słusznego osądu, pamiętając, że prawo wątpliwe dla sumienia nie obowiązuje (teoria probabilizmu; dzięki tej zasadzie można uzasadnić pogwałcenie zasady *autonomii sumienia* w przypadku zbrodni nazistów, nawet jeśli w swojej obronie właśnie na tę zasadę się powoływali). Gdy pojawi się wątpliwość dotycząca tego, czy dobrze udało się w swoim sumieniu odczytać prawo naturalne, może pomóc opisana przez etyków zasada większego bezpieczeństwa moralnego, zgodnie z którą lepiej zaniechać działania, z którym łączy się podejrzenie, że zawiera w sobie zło moralne.

Sumienie akt rozumu czy emocji?

Każdy akt decyzyjny zawiera trzy składowe:

- akceptowany zbiór reguł moralnych,
- refleksję, osąd rozumu,
- określone przeżycie emocjonalne.

Można słusznie zapytać, która składowa aktu decyzyjnego jest najważniejsza, priorytetowa? W początkach XVIII w. kwestii przeżycia moralnego największe znaczenie przypisano przedrefleksyjnej imperatywności sumienia – przeżyciu emocjonalnemu. Filozofowie, tacy jak np. Anthony Ashley Shaftesbury, Francis Hutcheson, uznali istnienie zmysłu moralnego związanego z władzą uczuciową. Dziś koncepcja ta przeżywa swoisty renesans dzięki badaniom z zakresu neuroetyki, kategorię sumienia sytuuje się w obszarze interpretacyjnym związanym z systemem kar i nagród, unikaniem cierpienia oraz dążeniem do przyjemności (zob. szerzej: Dziarnowska i Przybysz, 2010; Stach, 2012).

W fenomenologii wartości, np. Maxa Schelera, fenomen moralny nie jest zjawiskiem ani wyłącznie biologicznym, ani w dalszej kolejności wyłącznie społecznym, gdyż: *istniałby również wtedy,*

gdyby odpadła społeczność, jest to poniekąd określony powinnością istnienia stosunek wartościowy każdego człowieka do Boga [sfery transcendentnej – KS] i do siebie samego (to wartości własne) (Scheler, 1986, s. 122). W ujęciu fenomenologicznym sumienie nie kieruje ducha ku wartościom, gdyż ta funkcja przypada miłości¹², lecz jest ono *siedzibą* (podmiotem) określonych wartości stanowiących etos danej osoby i zaczerpniętych z powszechnych norm lub autorytetów. Scheler wskazuje również na niebezpieczeństwo ulegania iluzjom aksjologicznym, np. resentymentowi, kiedy z powodu różnych emocji, najczęściej zazdrości, złości, że *ktoś coś potrafi, a ja nie*, dochodzi w życiu psychicznym zazdrosnej osoby do dewaluacji wartości. Coś dotychczas cenionego jest odrzucane z powodu trudności osobistej natury z wcieleniem tego w życie, np. ktoś chciałby być wierny, ale jest mu trudno osiągnąć swój ideał, będzie zatem dewalować wierność jako taką, jako np. słabość itp. byle nie cierpieć z powodu wewnętrznego zawodu – byle nie przepracować tego świadomie – gdyż to również może wywołać cierpienie (s. 174, 226)¹³. Człowiek będący osobą jest autonomiczny i wolny od iluzji aksjologicznych. Scheler wskazuje na warunki funkcjonowania jako osoba (przypominają one potocznie rozumiane kryteria dojrzałej osobowości):

1. Zdolność do rozumienia innych, sensu tego, co komunikują i manifestują (czasem nie jest to spójne, człowiek autonomiczny zauważa te trudności).
2. Pełnoletniość (niezależność wobec sugestii i oczekiwań otoczenia).
3. Niezależność (nie chodzi oczywiście o oddzielenie się od sygnałów ciała, ale o wielowymiarowość doświadczenia) od procesów somatycznych i psychicznych.
4. Poszczególne akty intencjonalne osoby muszą stanowić sensowną jedność.

PODSUMOWANIE

Rozważania nad kategorią sumienia odnoszą czytelnika do często odmiennych założeń natury metafizycznej, z tego powodu wspomniane pojęcie może mieć niewielką wartość eksplanacyjną w metaetyce. Z drugiej strony – ma wielką wartość w obszarze samorozumienia, poznania własnego obszaru poznawczo-motywacyjnego, który scala moralne intuicje, emocje, uczucia, opinie oraz zinternalizowane normy społeczne. Sumienie uobecnia specyficzne, często nawet świadomie odrzucane założenia na temat charakteru poznania moralnego (intuicja, rozum?) czy przedmiotów tego poznania (wartości, normy itp.). Powoływanie się na sumienie nie umożliwia radykalnego (obiektywnego) i pewnego rozstrzygnięcia wielu kontrowersyjnych problemów moralnych (np. przerywanie ciąży, oddanie własnego dziecka do adopcji itp.). Jedynie w prostych i typowych konfliktach moralnych sumienie wydaje się cokolwiek rozstrzygać w sposób oczywisty. Nawet podział sumienia, np. na wąskie, niepewne, nietrafne, skupulanckie, pokonalnie czy niepokonalnie błędne itp. nie pomaga bezspornie rozstrzygnąć, kiedy sumienie jest wadliwe. Co więcej, sumienie wymaga kształtowania, czy jest zatem w ogóle niezależną sprawnością poznawczą?

Pojęcie sumienia sprawdza się, gdy używa się go na oznaczenie moralnej tożsamości. Zamiast na problematycznym pojęciu sumienia, można więc skupić się w rozważaniach nad rozwikłaniem dylematów moralnych: na tym, czym jest miłość duchowa (współczucie), w jaki sposób otwiera na świat wartości, na tym, jak rozwijane są uzasadnienia w ramach rozwoju myślenia moralnego, na tym, w jaki sposób człowiek nabywa przekonań moralnych, jak je interioryzuje, nad motywacją moralną, empatią, współodczuwaniem, nad (samo)troską i samopoznaniem. Siedem wymiarów współczucia przedstawionych poprzez badanie der Cingel może stać się zbiorem cennych wskazówek dla relacji wydarzających

¹² Zdaniem Schelera współodczuwanie jest reaktywne, miłość – nie (s. 20).

¹³ Np. bycie ofiarą może być gloryfikowane, jako przedmiot specyficznej *miłości* (jako wartość), ale pogląd ten powstał, zdaniem Schelera, na podłożu resentymentu, gdyż miłość kieruje się nie na cierpienie cierpiących, ale na *pozytywne, założone w nich wartości* (s. 226). Z podobnego założenia wychodzi się w logoterapii, która pracuje na zasobach pacjenta, a nie na problemach.

się w praktyce położniczej. Świadome skupienie na pacjentce, połączone z dbałością o właściwe odczytanie znaczenia przekazywanych komunikatów (aktywne słuchanie), także tych skrywających głębsze potrzeby pacjentki, uznanie tego, co doświadczane i sposobu doświadczania, pomoc – rozumiana nie tylko jako bezpośrednie odpowiadanie na potrzeby, lecz także dawanie poczucia obecności – uaktywniają system kojzenia i afiliacji. Poważne potraktowanie powyższych wskazań, stanowi drogowskaz budowania ludzkiego oblicza medycyny przyszłości w jej holistycznym ujęciu.

Relacja położna–pacjentka osadzona jest również w doświadczanym przez pacjentkę cierpieniu, które może przyjąć różną postać (ból porodowy, utrata dziecka, depresja poporodowa, itp.). Postawa położnej może nieść ulgę w tych granicznych doświadczeniach. Wejście w doświadczane cierpienie, nieuciekanie, czuła otwartość wobec tego, co się wydarza i tego, jak jest to przeżywane przez inną osobę, daje poczucie towarzyszenia, a może nawet prowadzenia w obliczu sytuacji, która dla pacjentki może stanowić pierwsze danego typu doświadczenie. I chociaż akcent w relacji położna–pacjentka skierowany jest najczęściej na pacjentkę, należy pamiętać, że zawód położnej łączy się z wieloma wymaganiami: *Droga do położnictwa jest pełna niespodzianek, doświadczeń przynoszących rozwój oraz bolesnych lekcji. Jest się powołaną, aby być ciągłą uczennicą, kanałem Energii, opiekunką naturalnego i świętego procesu oraz orędowniczką praw kobiet i noworodków, gdy są one najbardziej narażone. Nieprzekraczanie granicy, która oddziela pokorną pewność siebie od aroganckiej wiedzy wymaga pewnej równowagi duchowej* (Fryne, 1995, s. 17, tłum. własne). W drodze do utrzymywania wewnętrznego balansu, pomocą mogą się służyć wskazania Kristin Neff dotyczące samowspółczucia. Przytoczone w tekście trzy wymiary samowspółczucia (życzliwość wobec samego siebie, wspólne człowieczeństwo, uważna akceptacja) można wyrażać na różne sposoby, np.:

1. W tej chwili doświadczam czegoś trudnego.
2. Trudności są częścią ludzkiego doświadczenia.
3. Dam sobie w tym doświadczeniu czułość, obecność i troskę.

Ważne, aby każdy ze sposobów wyrażania zawierał owe trzy składowe, dzięki czemu proces samokojenia może dokonać się w pełni.

PIŚMIENICTWO

- Bausch, G.** (2018). Promienne współczucie. Opole: Fundacja Rogaty Budda.
- Bhikkhu, T.** (2019). Moc pytań. Warszawa: Fundacja „Theravada”.
- Bloom, P.** (2020). Przeciw empatii: argumenty za racjonalnym współczuciem. Kielce: Wydawnictwo Teofrast.
- Bradley, J.** (2019). Bodhisattwowie – zwyczajni bohaterowie. (wywiad z Dzigme Rinpoche). W: Magazyn Diamentowa Droga. Wiosna, 61, s. 61–63.
- Chodron, T.** (2006). Cultivating a Compassionate Heart: The Yoga Method of Chenrezig. Ithaca, New York: Snow Lion Publications.
- Cingel, M.** (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics* 18(5): 672–685. [online] https://www.researchgate.net/publication/51192599_Compassion_in_care_A_qualitative_study_of_older_people_with_a_chronic_disease_and_nurses, [Dostęp: 25.01.2021].
- Dietz, E.V., Orb, A.** (2000). Compassionate care: a moral dimension of nursing. In: *Nursing Inquiry*. 7(3); 166–174. [online] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1440-1800.2000.00065.x>, [Dostęp: 08.06.2021].
- Dziarnowska, W., Przybysz, P.** (2010). Emocje moralne jako podstawa namysłu moralnego: defekty zmysłu moralnego. *Rocznik Kognitywistyczny*, 4, s. 57–64.
- Frankl, V.E.** (1984). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V.E.** (2018). *Wola sensu: założenia i zastosowanie logoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Frye, A.** (1995). *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice*. Volume 1. Portland, Oregon: Labrys Press.
- Gawande, A.** (2015). *Śmiertelni: medycyna i to, co najważniejsze*. Warszawa: Wyd. Magnum.
- Gilbert, P.** (2010). *Compassion Focused Therapy*. London and New York: Routledge.
- Gilbert, P.** (2010a). *The compassionate mind: a new approach to life's challenges*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Gilbert, P., Choden** (2019). *Uważne współczucie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Heidegger, M.** (2008). *Bycie i czas*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heller, M.** (2016). *Filozofia nauki*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Honderich, T.** (1999). *Encyklopedia filozofii*. Tom II. Warszawa: Zysk i S-ka.
- Kabat-Zinn, J.** (2005). *Coming to our senses. Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Krońska, I.** (2001). *Sokrates*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kulbicka, A., Ledzińska, A., Maciąg, A., Nowak, K., Pawłowski, K., Rzepiela, M.** Elektoniczny słownik łaciny średniowiecznej [online] https://elexicon.scriptor.es/pl/pl/lemma/CONSCIENTIA#sense_II [Dostęp: 07.07.2021].
- Lenartowicz, H., Kózka, M.** (2010). *Metodologia badań w pielęgniarstwie: podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lipińska, M.** [Red.] (2008). *Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów* [online] file:///C:/Users/User/Downloads/warsztaty_kompetencji.pdf, [Dostęp: 15.01.2021].
- Lorne, L.** (2004). *The Lost Art of Compassion*. San Francisco HarperOne.
- Lorne, L.** (2000). *The Wheel of Great Compassion*. Boston: Wisdom Publications.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.** Kodeks etyczny pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. [online] <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/> [Dostęp: 25.09.2021].
- Neff, K.** (2020). *Jak być dobrym dla siebie*. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Nydahl, O.** (2009). *Wielka pieczęć: nieograniczona przestrzeń i radość*. Warszawa: Wydawnictwo KF.
- Poggeler, O.** (2002). *Droga myślowa Martina Heideggera*. Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik.
- Ricard, M.** (2015). *Altruism: The Power of Compassion to Change Yourself and the World*. New York, Boston, London: Little, Brown and Company.
- Rosińska, Z.** (2002). *Freud*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Scheler, M.** (1986). *Istota i formy sympatii*. Warszawa: PWN.
- Stach, R.** (2012). *Sumienie i mózg: o wewnętrznym regulatorze zachowań moralnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szamar Rinpocze.** *Medytacja na współczucie* [online] <http://buddyzm.pl/pl/nauczyciele/17-szamar-rinpocze>, [Dostęp: 12.12.2020].
- Szawarski, Z.** (2005). *Mądrość i sztuka leczenia*. Gdańsk: Wydawnictwo słowo/obraz terytoria.
- Wulff, H. R., Pedersen, S. A., Rosenberg R.** (1993). *Filozofia medycyny: Wprowadzenie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska, A.** (2007). Hermeneutyczna wykładnia sumienia (Heidegger – Ricoeur). *Diametros*, 13; 58–90.

Rozdział 2

Duchowość w kontekście funkcji prokreacyjnej kobiety

Beata Naworska, Monika Bąk-Sosnowska

Funkcja prokreacyjna odnosi się do zaspokojenia potrzeby partnerów/małżonków w kwestii posiadania potomstwa. Zdrowie prokreacyjne zawiera się w obszarze zdrowia reprodukcyjnego, czyli: *stanu pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym, sugerując że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, posiadając zdolność do reprodukcji i wolność decydowania, czy, kiedy i jak często to robić* (Parker, 2020, s. 5). Natomiast prawa reprodukcyjne: *są specyficznym wyrazem praw człowieka, zgodnie z definicją dr Martina Luthera Kinga, są uprawnieniami, które nie pochodzą ani nie są przyznawane przez państwo, pomimo odpowiedzialności państwa za ich zapewnienie* (Parker, 2020, s. 5). Opierają się na prawie kobiet i mężczyzn do decydowania autonomicznego, pozbawionego dyskryminacji oraz nacisków społecznych, kulturowych czy politycznych w zakresie czasu, a także liczby posiadanego potomstwa, a także na zapewnieniu parom rzetelnej informacji i opieki zdrowotnej w procesie stawiania się rodzicami. Funkcję prokreacyjną, ze względu na jej intymny charakter, można rozpatrywać na wielu płaszczyznach, w tym także w obszarze duchowości.

W kulturach pierwotnych duchowość, religijność oraz uzdrawianie były nierozłączne. Zwykle to szamani zajmowali się sprawowaniem rytuałów związanych z leczeniem, jak też przywoływaniem lub odpędzaniem określonych sił natury, zgodnie z aktualnymi potrzebami społeczności. Również w późniejszych czasach opieka nad osobami chorymi powiązana była z religią, ponieważ odbywała się głównie w klasztorach i była sprawowana przez osoby duchowne. Do dziś w krajach słabo rozwiniętych obie te idee – duchowość i leczenie – pozostają ze sobą w ścisłym związku. Wyraźne rozdzielenie religii oraz medycyny nastąpiło wraz z rozwojem cywilizacji i miało miejsce głównie w krajach wysoko rozwiniętych. Freud określił religię jako występującą powszechnie nerwicę obsesyjną, co zapoczątkowało rozłam i antagonizm między religią a psychiatrią. Dopiero koniec XX i XXI wiek stały się bardziej otwarte na ponowne łączenie tych dwóch obszarów. Wydaje się to o tyle uzasadnione, że 84% światowej populacji deklaruje przynależność do jakiejś religii, a 68% osób niezrzeszonych wierzy w siłę wyższą (Rosmarin i wsp., 2021).

Doniesienia naukowe wskazują, że religia i duchowość są powszechnie związane z lepszym zdrowiem psychicznym, lepszą ogólną jakością życia, niższym poziomem objawów depresyjnych, lękowych, stresu pourazowego, zaburzeń odżywiania się, uzależnień od substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości, większą odpornością na stres, niższym ryzykiem samobójstwa. Ponadto religia i duchowość wpływają na lepsze radzenie sobie z przeciwnościami losu, zwiększają poczucie szczęścia, poziom nadziei, optymizm, poczucie celu, poczucie własnej wartości oraz kontroli. Wzmacniają takie cechy charakteru, jak altruizm, zdolność do przebaczenia, wdzięczności i współczucia, polepszają funkcjonowanie społeczne.

pozytywne aspekty religijności można interpretować w co najmniej trzech kategoriach:

1. Religia jest często wykorzystywana jako pozytywny sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach.
2. Religia daje możliwość uczestniczenia we wspólnocie i korzystania ze wsparcia społecznego.
3. Przekonania i praktyki religijne pomagają ludziom lepiej radzić sobie ze stresującymi okolicznościami życiowymi, dają im nadzieję oraz poczucie sensu i kontroli.

Należy jednak zaznaczyć, że religijność może mieć również negatywne konsekwencje. Dzieje się tak, gdy jest wykorzystywana do racjonalizacji destruktywnych zachowań (np. zażywania narkotyków), albo wiąże się z wewnętrznymi dylematami czy konfliktami o podłożu duchowym. Przekonania religijne mogą również kolidować z wiedzą medyczną i wpływać negatywnie na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych (Koenig, 2012; Weber i Pargament, 2014).

W wielu badaniach pojęcia religia i duchowość są traktowane jako tożsame, chociaż mają jednak nieco inne znaczenie. Religia obejmuje wierzenia, praktyki i rytuały związane z transcendentnym, którym jest Bóg, Allah, HaSzem lub Siła Wyższa w zachodnich tradycjach religijnych, bądź też Brahman, manifestacje Brahmana, Buddy, Tao lub ostatecznej prawdy/rzeczywistości w tradycjach wschodnich. Duchowość jest połączona z tym co święte, transcendentne, ale wykracza poza zorganizowaną religię. Duchowość obejmuje zarówno poszukiwanie, jak i odkrywanie transcendentu (Koenig, 2012), również poczucie przynależności do większej całości lub uczestnictwo we wszechświecie. Porządkując literaturę naukową badającą związek między duchowością a zdrowiem można zauważyć, że duchowość jest definiowana w ramach czterech głównych znaczeń (Sessanna i wsp., 2007):

- duchowość jako religijne systemy przekonań i wartości (duchowość tożsama z religią),
- duchowość jako sens życia, cel i połączenie z innymi,
- duchowość jako niereligijne systemy wierzeń i wartości,
- duchowość jako zjawiska metafizyczne lub transcendentalne.

Religie zakładają wiarę w jednego lub wielu bogów/wiele bóstw. Tradycje żydowskie i chrześcijańskie są teistyczne, opierają się na wierze w jednego Boga. W ramach tych tradycji Bóg jest często przedstawiany androcentrycznie, jako kontrolujący mężczyznę, mający prawo do posłuszeństwa i czci. Kobieta z kolei jest traktowana jako istota pełniąca rolę służebną, bardziej związana z funkcjami ciała i emocji niż z gloryfikowanym rozumem. Naturalne procesy fizjologiczne kobiecego ciała są w niektórych tradycjach religijnych kojarzone negatywnie, np. miesiączka jako czas, w którym kobieta jest nieetykalna i nieczysta. Wraz z rozwojem ruchów feministycznych rozwinęła się również współczesna duchowość kobieca, afirmująca jednostkę oraz innych ludzi w celu poprawy wzajemnego życia, honorująca fundamentalne relacje między wszystkimi formami życia, doceniająca także funkcje kobiecego ciała. Kobieca duchowość zakłada również immanencje boskości, czyli obecność istoty Boskiej tu i teraz oraz w wielu formach, zgodnych z pluralizmem i różnorodnością wyznawaną przez feminizm. Jest to odmienne od wielu tradycji religijnych, w których *sacrum* doświadczane jest jedynie podczas nabożeństw lub w obecności kapłanów. Kobieca duchowość skupia się często na tworzeniu własnych rytuałów, szczególnie związanych z momentami przejścia – narodzinami, śmiercią, rozstaniem, przemianami. Wspomniane rytuały pomagają kobietom rozpoznawać i celebrować życiowe zmiany, zarówno te rozwojowe, jak i związane z sytuacjami nieoczekiwanymi (Lauver, 2000).

Duchowość jest jednym z elementów holistycznego podejścia do natury człowieka, w tym do jego zdrowia. W literaturze przedmiotu funkcjonuje pojęcie zdrowia duchowego, definiowane przez takie atrybuty, jak (Jaberi i wsp., 2019):

1. **Transcendencja** – rozumiana jako poczucie podziwu, zdumienia i tajemniczości w naturze, pytaniach o Stwórcę i możliwość życia po śmierci lub jako autentyczne połączenie z wewnętrznym Ja.
2. **Sensowność i celowość** – odnosi się przede wszystkim do odnajdywania poczucia sensu życia, choroby i śmierci.

3. **Wiara** – silne lub niezachwiane przekonanie o prawdziwości pewnych idei (np. doktryn religijnych) bez istnienia dowodów. Jest postrzegana w pewnej relacji z Bogiem oraz stanowi podstawę sensu i nadziei w życiu.
4. **Harmonijne połączenie** – z samym sobą, innymi, Bogiem i naturą; poczucie wspólnoty, współczucie, altruizm oraz dzielenie się i pomaganie innym.
5. **Wielowymiarowość** – odnosi się zarówno do aspektu poznawczego, emocjonalnego, jak i behawioralnego.
6. **Moc integrująca** – jednoczy, koordynuje i integruje wszystkie wymiary zdrowia (fizyczny, społeczny i psychiczny).

Zamienne stosowanie terminów duchowość i religia oraz brak ich rozróżniania może wyjaśniać, dlaczego w literaturze przedmiotu nie ma zgody co do koncepcji opieki duchowej (Polzer i wsp., 2012). Carr (2008) omawia cechy duchowej opieki, które obejmują *bycie przy pacjencie*, rozwijanie relacji opiekuńczych, tworzenie więzi oraz promowanie duchowego komfortu i dobrego samopoczucia. Opieka duchowa może również obejmować czynności związane z rytuałami i praktykami religijnymi. Wielu autorów postulowało, że pomijanie opieki duchowej przez pracowników służby zdrowia jest nieetyczne. Podstawowym uzasadnieniem tego jest wyzwanie dla ścisłego dualizmu i przekonanie, że pacjenci są holistycznymi istotami ludzkimi, obejmującymi fizyczne, psychologiczne, społeczne i duchowe aspekty jaźni (Koslander i wsp., 2009). Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mają etyczny obowiązek zajmować się wszystkimi wymiarami zdrowia człowieka i zapewniać opiekę holistyczną, zgodną z aktualnie obowiązującą definicją zdrowia. Zaniechanie opieki duchowej może być postrzegane jako przejaw łamania praw pacjenta. Badacze uważają, że ignorowanie metapotrzeb ma wpływ na rozwój człowieka i wywołuje takie uczucia, jak pustka, wyobcowanie, samotność i bezradność. Wspomniany zestaw symptomów, nazywany chorobą duchową, wydaje się pojawiać w wyniku ignorowania ścieżki duchowej. Rodzaje choroby duchowej to próżnia egzystencjalna, nerwice noogeniczne, nuda, szok ontologiczny i samobójstwo (Tvorogova, 2011).

Kobiety różnią się od mężczyzn w sferze religijnej – częściej uczestniczą w obrządkach religijnych, doświadczają więcej i bardziej intensywnych odczuć religijnych oraz związanych z sakramentami, ponoszą różnego rodzaju ofiary na rzecz wiary (Walesa, 2014). Nie jest natomiast jasne, czy są bardziej uduchowione od mężczyzn. Część autorów potwierdza tę hipotezę, przywołując argumenty biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe. W rozumieniu biologicznym podkreśla się, że doświadczenia przemian rozwojowych, takich jak ciąża czy karmienie piersią, sprawiają, że kobiety są bardziej uduchowione, nadają głębszy, transcendentny sens swoim cielesnym doświadczeniom. W aspekcie psychologicznym kobiecość postrzegana jest jako bardziej relacyjna z natury, co wpływa na nieco inne przeżywanie i manifestowanie duchowości przez kobiety w porównaniu z mężczyznami. Kobiety częściej deklarują duchowość w kategoriach więzi, opieki, troski, mężczyźni zaś w kategoriach praw, zasad, moralności. W myśl koncepcji kulturowych, nieodłączny związek pomiędzy męskością, nauką, patriarchatem i religią sprawił, że duchowość stała się bardziej dostępna dla kobiet (Bryant, 2007). Wiele opracowań nie potwierdza jednak różnic w zakresie duchowości kobiet i mężczyzn (Simpson i wsp., 2008). Również badania dotyczące duchowych doświadczeń związanych z przewlekłą chorobą i śmiercią dowodzą, że w przypadku obu płci mogą to być doświadczenia graniczne, wyzwalające doświadczenie stanu transcendencji i odczytywania jej znaków (Kowalski, 2019).

Jest prawdopodobne, że o ile potrzeby i przeżycia duchowe są podobne u obu płci, o tyle inny może być sposób ich wyrażania, jak też zaspokajania. Biorąc pod uwagę tendencje biologiczne oraz społeczno-kulturowe, kobiety łatwiej i chętniej realizują swoją duchowość poprzez relacje społeczne oraz dzielenie się z innymi swoimi odczuciami. Między innymi z tego względu kobiety jako pacjentki mogą bardziej potrzebować opieki duchowej, aniżeli mężczyźni (Mansfield i wsp., 2002). Ponadto w ciągu życia kobiety jej duchowość oraz zdrowie duchowe podlegają wielu wpływom. Należą do nich między innymi naturalne kryzysy życiowe, czyli ważne, graniczne wydarzenia, stanowiące symboliczne

przejście między jednym etapem życiowym a kolejnym, np. pierwsza miesiączka, ciąża i urodzenie dziecka czy menopauza.

Duchowe aspekty menarche i miesiączki

Menarche jest symbolem zakończenia u dziewczynki okresu dzieciństwa i przejścia w dojrzałość. Nowy początek postrzegany jest także jako rodzaj przygotowania organizmu do pełnienia w przyszłości roli matki. W kulturze europejskiej miesiączka jest raczej zwyczajnym zjawiskiem fizjologicznym dotyczącym kobiet, jednak nawet w tej kulturze, dla wielu z nich jest zagadnieniem wstydlivym, a nawet tematem tabu. Przekonania i praktyki menstruacyjne są często uwarunkowane kulturowo. Każde społeczeństwo ma pewne zasady i ograniczenia dotyczące menstruacji (Thomas, 2007). W Polsce także istnieje przekonanie, oparte na tradycyjnych przekazach ludowych, dotyczące konieczności unikania pewnych czynności przez kobiety w trakcie miesiączki, np. farbowania włosów, przygotowywania ciast czy kiszzonek. Brak badań potwierdzających racjonalność takich zachowań, jednak wiara dotycząca niepowodzenia w razie ich realizacji, często jest czynnikiem warunkującym niepodjęcie wspomnianych działań przez część kobiet. Zakazy dotyczące miesiączkujących kobiet oraz osób z ich otoczenia, istnieją już od wieków. W Grecji na przykład wśród konserwatywnej ludności prawosławnej uważa się, że kobieta w czasie okresu nie może przyjmować komunii świętej. U Romów mężczyźni nie mogą dotykać przedmiotów, których dotykała miesiączkująca kobieta, unikają kontaktów z nią samą i wbrew pozorom, wynika to z szacunku do kobiet, daje im poczucie władzy. W Japonii miesiączkujące kobiety są wykluczone ze świątyń, gdyż krew menstruacyjna utożsamiana jest ze śmiercią.

Księga Kapłańska mówi: *Jeżeli kobieta ma upławy, to jest krwawienie miesięczne ze swojego ciała, to pozostanie siedem dni w swojej nieczystości. Każdy, kto jej dotknie, będzie nieczysty aż do wieczora* (Księga Kapłańska, rozdz. 15. *Prawo Czystości. Nieczystości seksualne*. Biblia Tysiąclecia. 2015, 15: 19–21). Ślepe wzmocnienie zasad i ograniczeń, pod szyldem *tabu*, prowadzi może do dyskryminacji i nierównowagi społecznej. Niestety, duża część populacji na subkontynencie indyjskim nadal przestrzega zasad i ograniczeń dotyczących menstruacji. Niektóre przykłady takich zasad i ograniczeń to zakaz picia wody z tego samego źródła przez kobiety, zakaz wchodzenia do kuchni, zakaz dotykania niektórych pokarmów oraz nagany za aktywne uczestnictwo w życiu towarzyskim podczas menstruacji. (Yagnik, 2019). Przyczyną jest panujące w niektórych kulturach przekonanie, że miesiączka jest źródłem nieczystości, a co za tym idzie – kontakt z miesiączkującą może prowadzić do pewnego rodzaju zbrukania, a także wszelkich nieszczęść, chorób, padania zwierząt hodowlanych, itp.

W wiejskich społecznościach zachodniego regionu Nepalu jedną z najbardziej osobliwych praktyk menstruacyjnych jest izolowanie kobiet w okresie menstruacyjnym od reszty rodziny w tzw. szopach lub *chau goci*, co jest znane jako Chhaupadi. Pomieszczenia te są często niehigieniczne, niebezpieczne i nie mają podstawowych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak woda i urządzenia sanitarne (Amatya i wsp., 2018). Czynniki kontekstowe wpływające na mity i praktyki menstruacyjne to: tradycyjne wierzenia, piętno menstruacyjne, ubóstwo, analfabetyzm, rola tradycyjnych uzdrowicieli i członków rodziny oraz ograniczony efekt interwencji eliminacyjnych Chhaupadi. Z jednej strony zagrożone są zdrowie i dobrostan, z drugiej zaś edukacja kobiet. Dzieje się tak, ponieważ dziewczynki są siłą pozbawione edukacji lub muszą zrezygnować z edukacji z powodu menstruacji. W wielu wiejskich społecznościach Nepalu menstruacja jest ogólnie uważana za bezbożną i nieczystą, a ograniczenia menstruacyjne i piętno społeczne są dominujące (Thapa i wsp., 2019). W Nepalu, pomimo wprowadzonych od 2017 r. kar grzywny i więzienia, chhaupadi nadal jest praktykowana (Baumann i wsp., 2021).

Natomiast w afrykańskiej Malawi – początek menarche wyposaża dziewczęta w społeczne oznaczenie płci – czyli płci żeńskiej, ponieważ z zasady płci dziecka nie określa się podczas jego narodzin. Wraz z rytuałem menarche dziewczęta są informowane o ich rolach społecznych i wynikających

z nich obowiązkach oraz oczekiwaniach dotyczących kobiecości w ich społeczności, ze szczególnym naciskiem na wejście w świat seksualny. Proces rozwijania kobiecej świadomości poprzez te rytuały służy jako sposób na uzyskanie władzy i wyższego statusu, a ostatecznie umożliwia kobietom indywidualne i zbiorowe poruszanie się w przestrzeniach społecznych. W Malawi menstruacja odgrywa ważną rolę w tworzeniu poczucia przynależności i zbiorowej tożsamości kobiety. Jest zarówno biologicznym, jak i społecznym wyznacznikiem kobiecości. Daje dziewczętom możliwość rozwinięcia poczucia ich indywidualnych, relacyjnych i zbiorowych obowiązków jako kobiet. Rytuały menarche są sposobem rozpoznania i celebrowania dojrzewania płciowego dziewcząt w Malawi (Perianes i wsp., 2020).

Zarówno wśród prawosławnych, jak i muzułmanów w Etiopii, istnieje silna tradycja kulturowa, zgodnie z którą miesiączkujące dziewczęta oraz kobiety są rytualnie nieczyste i należy je wykluczyć z zajęć religijnych. Miesiączkującym nie wolno wchodzić do meczetu lub kościoła; raczej powinny pozostać na zewnątrz i modlić się same. Wydaje się jednak, że w dużej mierze jest to ograniczenie narzucone przez same kobiety, ponieważ nie jest przyjęte, aby w sposób jawny w miejscach publicznych sprawdzać, czy kobieta jest w trakcie menstruacji. Istnieje także przekonanie, że miesiączkując, nie należy dotykać świętych przedmiotów, takich jak Biblia, krzyż, woda święcona czy Koran. Takie przekonania o menstruacji i rytualnym zanieczyszczeniu stawiają kobiety w bardzo niekorzystnej sytuacji w społeczeństwie, w którym wpływy religijne pozostają bardzo silne i przenikają wiele aspektów życia (Wall i wsp., 2018).

Duchowość i seksualność

Kolejnym etapem w realizacji funkcji prokreacyjnej jest aktywność seksualna. Część badaczy uważa, że religijność może opóźniać inicjację zachowań seksualnych oraz chroni przed ryzykownymi zachowaniami w okresie dojrzewania (Schnitker i wsp., 2020). Ponadto istotnym predyktorem zachowań seksualnych, głównie wśród kobiet, jest także częstość praktykowania religijności. W jednym z badań wykazano, że te z nich, które często uczęszczały na nabożeństwa i miały silniejsze uczucia religijne, rzadziej angażowały się w seks, ponadto ich postawy konserwatywne w stosunku do aktywności seksualnej były bardziej niezłomne. Tymczasem wyższy poziom duchowości niezwiązanej z religijnością, wiązał się z większą liczbą partnerów seksualnych w ciągu życia, częstszym stosunkiem waginalnym i częstszymi przypadkami seksu bez prezerwatywy wśród kobiet (Luquis i wsp., 2012).

Najnowsze badania wśród wyznawców kościoła zielonoświątkowego w Botswanie sugerują, że osobista religijność ma niewielki bezpośredni wpływ na decyzje młodzieży dotyczące abstynencji seksualnej i stosowania antykoncepcji. Pojawiają się dowody sugerujące, że niektóre odłamy istniejące w społeczności wyznaniowej mogą zdecydować się na priorytetowe traktowanie świeckich działań zdrowotnych, wynikających z przeświadczenia o własnej sprawczości, a nie działań opartych na wierzeniach religijnych (Mpofu i wsp., 2021).

Święte teksty pięciu światowych religii (buddyzmu, chrześcijaństwa, hinduizmu, islamu i judaizmu) wykorzystują podobne systemy, aby ustalać granice zachowań seksualnych. Główne religie świata wywodzą się ze społeczeństw patriarchalnych, w których zasoby niezbędne do egzystencji, czy to w postaci ziemi, czy zwierząt, były dziedziczone z ojca na syna, co w konsekwencji prowadziło do podporządkowania kobiet we wszystkich obszarach życia oraz ich uzależnienia od zasobów męża. Ponadto wszystkie teksty przewidują surowe kary za cudzołóstwo i inne zachowania, które obniżają prawdopodobieństwo, że ojcem potomstwa będzie ktoś inny niż mąż. Pisma kładą również większy nacisk na czystość kobiet niż mężczyzn. To podobieństwo jest wspólnym kulturowym rozwiązaniem problemu biologicznego, a mianowicie męskiej niepewności co do ojcostwa potomstwa. Ponadto można wysnuć hipotezę, że praktyki religijne, które silniej regulują i ograniczają kobiecą seksualność, w głównej mierze promują pewność ojcostwa (Strassmann i wsp., 2012).

Duchowość i ciąża

Decyzje zdrowotne podjęte w czasie ciąży mogą mieć konsekwencje na całe życie dla kobiety i jej dziecka. Eliminacja czynników teratogennie wpływających na płód ma ogromne znaczenie dla zdrowia przyszłych pokoleń. W przypadku wielu religii ważną częścią przekonań religijnych jest realizacja zdrowego stylu życia, dbanie o zdrowie poprzez właściwe odżywianie czy unikanie używania substancji psychoaktywnych (Koenig, 2012). W obszernym przeglądzie literatury badającej nawyki zdrowotne jednostek i ich poziom religijności/duchowości Koenig (2012) zaznaczył, że zdaniem wielu badaczy pacjenci o wyższym poziomie religijności czy duchowości przejawiają zdrowsze zachowania, takie jak ograniczenie palenia, większa aktywność fizyczna i poprawa diety. Clements i Cyphers, (2020) podkreśliły także wpływ religijności i duchowości ciężarnych na rzeczywiste ograniczenie stosowania substancji psychoaktywnych. W swoim badaniu poza deklaracjami badanych kobiet przeprowadziły badania toksykologiczne.

Ciekawym i zarazem pozytywnym połączeniem duchowości i zdrowia jest zachowanie kobiet Sikuanii z Meta w Kolumbii. W przełomowych momentach cyklu życia, takich ciąża i poród, kobiety Sikuanii unikają w swej diecie głównie ryb mięsożernych, dużych lub o ostrych zębach, ponieważ według wierzeń, ich spożywanie wiąże się z różnymi dolegliwościami spowodowanymi przez ainawi (duchy opiekuńcze zwierząt). Z naukowego punktu widzenia ich postępowanie może być uzasadnione tym, iż wspomniane gatunki gromadzą większą ilość toksyn, takich jak plagicidy i metale ciężkie (Cubillos-Cuadrado i wsp., 2019).

Ciąża i poród to czas, w którym wiele kobiet doświadcza nowych, czasem skrajnych emocji. Stres jest także jednym z istotniejszych czynników pogarszających stan matki i płodu, w konsekwencji może prowadzić między innymi do nadciśnienia tętniczego, porodu przedwczesnego i niskiej masy urodzeniowej dziecka. Piccinini i wsp., (2021) wskazali, że zaburzenia psychiczne oraz psychiatryczne w czasie ciąży i/lub bezpośrednio po porodzie mogą mieć negatywne konsekwencje zarówno dla relacji matka–dziecko, jak i dla relacji rodzinnych. Depresja i lęk w ciąży oraz bezpośrednio po porodzie są związane z silniejszymi postawami karnymi matki wobec innych dzieci i/lub dziecka, mniejszą spontanicznością oraz wrażliwością w opiece nad niemowlętami, większymi problemami małżeńskimi, wpływają także na rozpoczęcie i czas trwania karmienia piersią. Kobiety w ciąży szukają różnych metod radzenia sobie z nową sytuacją życiową, wsparcia rodziny, przyjaciół, wsparcia psychologicznego, grup samopomocy, czasem radzą sobie poprzez medytację, relaks czy uczestnictwo w szkołach rodzenia oraz poszukują duchowego i religijnego wsparcia, czerpiąc z własnych przekonań lub wspólnot religijnych (Kazemi i wsp., 2017). W celu minimalizacji stresu ciężarnych warto pamiętać o pozytywnym wpływie religii, ponieważ Athan i wsp. (2015) odkryli, że kobiety postrzegające Boga jako kochającego i poznawalnego, w przeciwieństwie do osądzającej istoty najwyższej, osiągały lepsze wyniki w zakresie minimalizacji lęku i stresu w ciąży.

Trudniejszą sytuacją zarówno dla ciężarnej, jak i dla zespołu terapeutycznego jest diagnoza wady płodu. W placówkach opieki klinicznej religijność może stanowić ważne źródło wsparcia w radzeniu sobie z prenatalną diagnozą nieprawidłowości płodu. Podstawowym problemem jest zapewnienie wsparcia i określenie, jakie wewnętrzne zasoby są dostępne do radzenia sobie z sytuacją. Martins i wsp., (2020) udowodnili, że religijność kobiet była pozytywnie związana z lepszym radzeniem sobie w ciąży z nieprawidłowościami płodu.

Źródłem cierpienia psychicznego i duchowego dla wielu par jest niepłodność. Gezinski i wsp. (2021) wskazali, że doktryna religijna dotycząca zapłodnienia pozaustrojowego waha się od pełnej akceptacji do częściowej akceptacji lub całkowitego sprzeciwu. Podczas gdy buddyzm, hinduizm i niektóre formy judaizmu pozwalają na pełną gamę opcji pomocy reprodukcyjnej, katolicyzm zdecydowanie sprzeciwia się jakiegokolwiek formie takich działań. Dla wielu par pragnienie posiadania potomstwa jest jednak silniejsze, aniżeli rygorystyczne zasady religijne. Pomimo różnych poglądów doktrynalnych,

religia nie ma znaczącego wpływu na chęć jednostki do poszukiwania interwencji medycznej. Natomiast dowiedziono, że niepokój związany z niepłodnością i rozrodem wspomaganym, zwłaszcza wśród osób religijnych – zbliżył pary do siebie (Gezinski i wsp., 2021).

Duchowość a poród

Oczekiwania i doświadczenia kobiet dotyczące ciąży oraz porodu obejmują szczęście, wiarę, nadzieję, a także lęk i strach (Mazúchová wsp., 2017). Poród jest procesem pełnym niepewności, nie można go w pełni kontrolować, a jego skutków nie można z góry przewidzieć, stąd, lęk przed porodem jest powszechnym problemem w ciąży (Nilsson i wsp., 2018).

Wraz z rosnącą medykacją porodu i związanym z nią podkreśleniem ryzyka, strach dominuje w dużej mierze w globalnej kulturze i dyskursie narodzin. Jest to zatem krytyczny czas, aby pamiętać i podkreślać znaczenie narodzin – nie tylko pod względem przetrwania, lecz także pod względem duchowego dobrobytu oraz osobistego i zbiorowego rozwoju (Crowther i wsp., 2021). W literaturze podaje się, że osoby o wysokim poziomie duchowości lepiej dostosowują się do warunków i trudności życiowych. Dobre samopoczucie duchowe wiąże się z dobrostanem psychicznym i szczęściem a strach przed porodem maleje wraz ze wzrostem dobrostanu duchowego (Abdollahpour i Khosravi, 2018).

Badania Moloney i Gair (2015) wykazały, że zarówno empatia, jak i opieka duchowa personelu medycznego, realizowane między innymi poprzez opiekę, współczucie i obecność w trakcie porodu, to kluczowe elementy położniczej praktyki klinicznej. Jednak literatura omawiająca przeżywane przez kobiety doświadczenia związane z empatią i opieką duchową podczas porodu wydaje się rzadkością. Empatyczna położna służy jako wzór do naśladowania dla innych, daje przestrzeń kobietom na przeżywanie porodu w kategoriach wydarzenia duchowego, ponadto służy promowaniu kultury zawodowej oraz ocieplaniu wizerunku zespołu terapeutycznego. Empatia jest zatem niezbędna do skutecznego świadczenia opieki położniczej. Wydaje się oczywiste, że kiedy rodzące kobiety mają dostęp do empatii, duchowej obecności i życzliwości położnych, poród może stać się ważnym doświadczeniem życiowym, sprzyjającym spełnionemu macierzyństwu. Ze względu na naturę procesu porodu i jego potencjał do głębokiego wdrukowania w psychikę matki, brak empatii i życzliwości położnych oraz lekceważenie potrzeb rodzącej kobiety może przyczynić się do tego, że matki czują się strauatyzowane, pozbawione mocy i mogą kontynuować przeżywanie tego cierpienia długo po zakończeniu porodu (Moloney i Gair, 2015). Przykłady braku zachowań opiekuńczych w grupie położnych zaprezentowali w swoich badaniach Khresheh i wsp. (2019). Rodzące czuły się przestraszone, poniżone, ignorowane i lekceważone, zgłaszały brak szacunku oraz fizyczne i empatyczne porzucenie przez położne podczas porodu. Natomiast kobiety oczekiwały od położnych wysłuchania, szacunku oraz poczucia autentycznej „obecności” w razie potrzeby. Wnioski z tego badania nasuwają się same – aby realizować holistyczną opiekę, należy być po prostu dobrym człowiekiem, postępującym zgodnie z maksymą, iż dajemy taką opiekę, jakiej sami chcielibyśmy doświadczać w sytuacji, gdy staniemy się pacjentami.

Jednak lęk przed zinstytucjonalizowanym porodem i często obawa rodzących kobiet o nierepektowanie ich autonomicznych wyborów, a także innej kultury czy duchowości może prowadzić do podejmowania przez nie ryzykownych decyzji o porodzie domowym nawet wtedy, gdy ciąża nie przebiegała prawidłowo i taki poród może wiązać się z narażeniem siebie lub dziecka na poważne problemy zdrowotne, a nawet śmierć. W badaniu motywacji holenderskich kobiet, które wybrały poród domowy w ciąży wysokiego ryzyka lub samodzielny poród wbrew zaleceniom lekarskim, dominowały: potrzeba autonomii i zaufania w procesie porodu, konflikt podczas negocjowania planu porodu oraz poszukiwanie innej opieki. Badanie to pokazuje, że chociaż opieka położnicza w Holandii charakteryzuje się niskim wskaźnikiem interwencji i stosunkowo wysokim wskaźnikiem urodzeń w domu w porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi, to także w tym kraju kobiety – mimo ponoszenia ryzyka niepowodzenia

położniczego – sprzeciwiają się zmedykalizowanemu podejściu do porodu i przejawiają niechęć do opieki instytucjonalnej (Hollander i wsp., 2017). W niedawnym przeglądzie Holten i de Miranda (2016) znaleźli 15 opracowań na temat motywacji kobiet wybierających poród bez pomocy. Uczestniczki tych badań, które zdecydowały się rodzić „poza systemem”, często ufają własnej intuicji, tym samym przeciwstawiając się biomedycznemu modelowi porodu i kwestionując dominujący dyskurs o ryzyku, uznając szpital za miejsce niebezpieczne. Kobiety te często postrzegają narodziny jako intymne lub duchowe przeżycie. Czują, że prawdziwy, autonomiczny wybór jest możliwy tylko w domu. Dla niektórych z nich wzięcie pełnej odpowiedzialności za wynik porodu (dobry lub zły) było odzwierciedleniem prawdziwej kontroli nad podejmowaniem decyzji. Natomiast w badaniach przeprowadzonych w Malawi, gdzie dominującą religią jest islam, kobiety uważają akt porodu za bardzo intymny i osobisty, porównując go do aktu seksualnego. Wybierają poród domowy, mając silne przekonanie, że ich poród będzie prowadzony zgodnie z wolą Bożą i poddają się jej całkowicie, nie chcąc żadnej interwencji. Niektóre z nich również wierzą, że poprzez modlitwę Bóg zmniejszy ich ból porodowy. Co ciekawe, Biuro Muftiego Terytorium Federalnego Malezji ogłosiło, że praktyka rodzenia dziecka bez obserwacji lekarza lub przeszkolonego personelu medycznego w Malezji jest uważana za niedopuszczalną przez prawo islamskie (Ahmad Tajuddin i wsp., 2020).

W podręczniku *Duchowe położnictwo: intymność narodzin*, Ina May Gaskin (2009) określiła duchowość porodu jako humanizację i przywrócenie porodu – jako rodzinnego wydarzenia – rodzinie. Duchowość jest dla tej autorki – między innymi – wyrazem szacunku dla sił natury. Zaniedbanie duchowości jako części doświadczenia porodowego może spowodować u położnych/lekarzy załamanie empatii, współczucia i zaniedbanie siebie jako zintegrowanej całości. Wykazano, że poród jest intensywnie ucieleśnionym doświadczeniem, ale splot umysłu, ciała i środowiska jako istotny aspekt opieki nad porodem nie jest często uznawany w warunkach klinicznych. Pojęcie położnej duchowej ucieleśnienia sposoby poznania i opieki, które cenią egzystencjalne, emocjonalne oraz tradycyjne rozumienie duchowości. Wskazuje na ochronę przestrzeni narodzin przed dominacją ideologii technologicznych lub biomedycznych. Duchowa położna, w rozumieniu autorów, dotyczy życia, człowieczeństwa, nieustannej pracy opiekuńczej, aby znaleźć i pielęgnować troskliwą przestrzeń, oferującą czas na refleksję i relacje (Crowther i wsp., 2020).

PODSUMOWANIE

Temat duchowości był od zawsze obecny w teorii i praktyce pielęgniarstwa. Florence Nightingale, pionierka współczesnego pielęgniarstwa, również uważała opiekę duchową za integralną część ludzkich potrzeb, niezbędną do uzdrowienia. Duchowe cierpienie i duchowa rozpacz mogą stanowić niezależną diagnozę pielęgniarstwa, wymagającą specyficznych interwencji pielęgniarstwa (Jaberi i wsp., 2019). Holistyczna wiedza o ludzkiej naturze zakłada również obecność kontekstu duchowego w pracy położnej z kobietą i jej rodziną. Zdrowie duchowe jest ważną składową życiowego dobrostanu oraz motywacji prozdrowotnej kobiety na każdym etapie jej życia.

PIŚMIENNICTWO

- Abdollahpour, S., Khosravi, A.** (2018). Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(1): 45–50.
- Ahmad Tajuddin, N.A.N., Suhaimi, J., Ramdhan, S.N. et al.** (2020). Why women chose unassisted home birth in Malaysia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1): 309.
- Amatya, P., Ghimire, S., Callahan, K., Baral, B., Poudel, K.** (2018). Practice and lived experience of menstrual exiles (chhaupadi) among adolescent girls in far-western Nepal. *PLoS One*, 13(12): e0208260-18.
- Athan, A., Chung, S., Sawyer-Cohen, J.** (2015). Spiritual beliefs of mothers with potentially distressing pregnancies. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(3): 216–232.

- Baumann, S.E., Merante, M.M., Wiltrout, C.T. et al.** (2021). Is criminalization the answer? Perspectives of community members and police on menstrual seclusion policy in Far-West Nepal. *Health Policy and Planning*, 36(7): 1003–1012.
- Biblia Tysiąclecia** (2015). Księga Kapłańska. Prawo Czystości. Nieczystości seksualne. 15: 19–21.
- Bryant, A.** (2007). Gender Differences in Spiritual Development During the College Years. *Sex Roles*, 56: 835–846.
- Carr, T.** (2008). Mapping the processes and qualities of spiritual nursing care. *Qualitative Health Research*, 18(5): 686–700.
- Clements, A.D., Cyphers, N.A.** (2020). Prenatal substance use: Religious women report lower use rates, but do they use less? *Journal of Prevention Intervention in the Community*, 48(1): 47–63.
- Crowther, S.A., Hall, J., Balabanoff, D., Baranowska, B., Kay, L., Menage, D., Fry, J.** (2021). Spirituality and childbirth: An international virtual co-operative inquiry. *Women Birth*, 34(2): e135–e145.
- Cubillos-Cuadrado, L.F., Muñoz-Hernández, D.S., Vásquez-Londoño, C.A.** (2019). Fish consumption during menarche, menstruation, pregnancy and postpartum in Sikuaní women from Meta, Colombia. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 15(1): 48.
- Gezinski, L.B., Carlsen, B., Hawkins, C.** (2021). Motherhood and assisted reproduction in a religious context: Genes, stigma and supports in Utah, United States. *Health Social Care in Community*, 29(6): 1738–1746.
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F., Holten, L.** (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17: 423.
- Holten, L., de Miranda, E.** (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk home birth: an exploration of the literature on 'birthing outside the system' *Midwifery*, 38: 55–62.
- Jaberi, A., Momennasab, M., Yektatalab, S., Ebadi A., Cheraghi M.A.** (2019). Spiritual Health: A Concept Analysis. *Journal of Religion and Health*, 58(5): 1537–1560.
- Kazemi, F., Nahidi, F., Kariman, N.** (2017). Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. *Electronic Physician Journal*, 9(12): 5991–6001.
- Khreshah, R., Barclay, L., Shoqirat, N.** (2019). Caring behaviours by midwives: Jordanian women's perceptions during childbirth. *Midwifery*, 74: 1–5.
- Koenig, H.G.** (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *International Scholar Research Notes Psychiatry*, 2012: 278730.
- Koslander, T., da Silva, A.B., Roxberg A.** (2009). Existential and spiritual needs in mental health care: an ethical and holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 27(1): 34–42.
- Kowalski, M.** (2019). Sytuacje graniczne w życiu człowieka (rozważania andragogiczno-etyczne). *CEJSH*, 20: 179–189.
- Lauver, D.R.** (2000). Commonalities in Women's Spirituality and Women's Health. *Advances in Nursing Sciences*, 22(3): 76–88.
- Luquis, R.R., Brelsford, G.M., Rojas-Guyler, L.** (2012). Religiosity, spirituality, sexual attitudes, and sexual behaviors among college students. *Journal of Religion and Health*, 51(3): 601–614.
- Mansfield, C.J., Mitchell, J., King, D.E.** (2002). The doctor as God's mechanic? Beliefs in the Southeastern United States. *Social Science Medicine*, 54(3): 399–409.
- Martins, P.H., Duarte, I.P.L., Leite, C.R.V.S., Cavalli, R.C., Marcolin, A. C., Duarte, G.** (2020). Influence of Religiosity on Situational Coping Scores in Women with Malformed Fetuses. *Journal of Religion and Health*, 59(6): 3071–3083
- May Gaskin, I.** (2011). *Duchowe położnictwo: intymność narodzin*. Warszawa: Wyd. Virgo.
- Mazúchová, L., Škodová, Z., Kelčíková, S., Rabárová, A.** (2017). Factors associated with childbirth – Related fear among slovak women. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, (CEJNM) 8(4): 742–748.
- Moloney, S., Gair, S.** (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women Birth*, 28(4): 323–328.
- Mpofu, E., Ntinda, K., Levers, L.L., van Rensberg A., Nkomazana, F.** (2021). Pathways to sexual decision making by Pentecostal church youths in Botswana. *BMC Public Health*, 21(1): 659.
- Nilsson, C., Hessmen, E., Sjöblom, H.** (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(28): 2–15.
- Parker W.J.** (2020). The moral imperative of reproductive rights, health, and justice. *Best Practice Research. Clinical Obstetrics Gynaecology*, 62: 3–10.
- Perianes, M.B., Ndaferankhande, D.** (2020). Becoming female: the role of menarche rituals in “Making Women” in Malawi. In: Bobel, C., Winkler, I.T., Fahs, B., Hasson, K.A., Kissling, E.A., Roberts, T.A. (eds.). *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* [Internet]. Singapore: Palgrave Macmillan, Chapter 33. PMID: 33347188.

- Piccinini, C.R.P., de Castro Almeida, V., da Silva Ezequiel, O., de Matos Fajardo, E.F., Lucchetti, A.L.G., Lucchetti, G.** (2021). Religiosity/Spirituality and Mental Health and Quality of Life of Early Pregnant Women. *Journal of Religion and Health*, 60(3): 1908–1923, <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01124-2>.
- Polzer Casarez, R.L., Engebretson, J.C.** (2012). Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15–16): 2099–2107.
- Rosmarin, D.H., Pargament, K.I., Koenig, H.G.** (2021). Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *Lancet Psychiatry*, 8(2): 92–93.
- Schnitker, S.A., Medenwaldt, J.M., Williams, E.G.** (2020). Religiosity in adolescence. *Current Opinion in Psychology*, 40: 155–159.
- Sessanna, L., Finnell, D., Jezewski, M.A.** (2007). Spirituality in nursing and health-related literature: A Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4): 252–262.
- Simpson, D.B., Cloud, D.S., Newman, J.L., Fuqua, D.R.** (2008). Sex and gender differences in religiousness and spirituality. *J. Psychol. Theol.*, 36(1): 42–52.
- Strassmann, B.I., Kurapati, N.T., Hug, B.F. et al.** (2012). Religion as a means to assure paternity. *Proceeding of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 109(25): 9781–9785.
- Thapa, S., Bhattarai, S., Aro, A.R.** (2019). 'Menstrual blood is bad and should be cleaned': A qualitative case study on traditional menstrual practices and contextual factors in the rural communities of far-western Nepal. *SAGE Open Medicine*, 7: 2050312119850400.
- Thomas, E.M.** (2007). Menstruation Discrimination: The Menstrual Taboo as a Rhetorical Function of Function of Discourse in the National and International Advances of Women's Rights. *Contemporary Argumentation Debate*, 2865–2890.
- Tvorogova, N.** (2011). Spiritual well-being. *Psychology in Russia: State of the Art (SOTA)*, 4: 193–203.
- Walesa, Cz.** (2014). Różnice w zakresie religijności kobiet i mężczyzn. *Horyzonty Psychol.*, 4: 45–66.
- Wall, L.L., Teklay, K., Desta, A., Belay, S.** (2018). Tending the 'monthly flower': a qualitative study of menstrual beliefs in Tigray, Ethiopia. *BMC Womens Health*, 18(1): 183.
- Weber, S., Pargament, K.** (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5): 358–363.
- Yagnik, A.** (2019). Theorizing a model information pathway to mitigate the menstrual taboo. *Health Promotion International*, 34(3): 410–419.
- Zdrowie i prawa reprodukcyjne.** Przewodnik (2001). Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa [online] <https://federa.org.pl/wp-content/uploads/2017/08/Zdrowie-i-prawa-reprodukcyjne.pdf> [Dostęp: 17.10.2022].

Rozdział 3

Świadomość zdrowotna oraz styl życia kobiet i mężczyzn w okresie prokreacji

Beata Naworska

Na całym świecie, wśród pracowników ochrony zdrowia rośnie świadomość dotycząca konieczności podejmowania działań zapobiegawczych, które należy rozpocząć już w okresie przed poczęciem, mających na celu poprawę zdrowia kobiet i mężczyzn oraz zmniejszenie ryzyka niekorzystnych wyników u ciężarnych i noworodków. W ciągu ostatnich lat przeprowadzono wiele badań analizujących wpływ czynników ryzyka sprzed poczęcia oraz czynników wpływających negatywnie na parametry położnicze i neonatologiczne w trakcie ciąży, w tym między innymi: planowania ciąży, odżywiania, suplementacji witamin i mikroelementów, aktywności fizycznej, masy ciała, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, leków, wpływu teratogenów środowiskowych, zdrowia psychicznego oraz chorób przewlekłych i schorzeń powiązanych z ciążą (Nypaver i wsp., 2016; Sharma i wsp., 2013; Toivonen i wsp., 2017)

Zmiany polegające na włączeniu promocji zdrowia sprzed poczęcia do całościowej opieki zdrowotnej kobiet i mężczyzn wymagają strategicznego podejścia, w tym woli politycznej, odpowiedzialności instytucjonalnej, również położnych oraz innych pracowników ochrony zdrowia, poza tym odpowiedzialności za własne zdrowie każdego obywatela. Kobieta i mężczyzna – zdrowi w momencie poczęcia – mają większe szanse na pomyślną ciążę i zdrowe dziecko (Stephenson i wsp., 2018). Opieka prenatalna kładzie nacisk na planowanie i odpowiednie przygotowanie przyszłych rodziców do uzyskania zdrowej ciąży. Zdrowie przed poczęciem odnosi się do zdrowia przez cały okres życia każdego mężczyzny i kobiety przed potencjalną ciążą. Jeżeli przyszli rodzice podejmą trud zmian swoich zachowań na prozdrowotne na długo przed poczęciem, to dzięki tym skutecznym interwencjom można zapobiec wielu niekorzystnym skutkom u dziecka (Kim i wsp., 2020).

Celem rozdziału jest zwrócenie uwagi na istotną rolę położnych w edukacji przed- i pokoncepcyjnej, przybliżenie czynników wpływających na świadomość zdrowotną oraz styl życia młodych osób, wskazanie elementów mających wpływ na deficyty wiedzy i umiejętności społeczeństwa w zakresie realizacji potrzeb prokreacyjnych, w tym płodności oraz zdrowia potomstwa, co w konsekwencji może przełożyć się na zmiany w pracy położnych planujących ocenę rzeczywistych potrzeb, a także motywacji edukacyjnych, przemyślany dobór treści, metod narzędzi i technik przekazu informacji w kształtowaniu postaw prozdrowotnych.

Świadomość zdrowotna

Zdrowie przyszłych pokoleń zależy od bardzo wielu czynników. Podejmowanie przez społeczeństwo słusznych decyzji w tym zakresie wymaga odpowiedniej wiedzy, obejmującej także znajomość wpływu tych czynników na zdrowie, umiejętności i obiektywnych możliwości do ich wprowadzania w życie, ponadto wsparcia edukacyjnego, medycznego i ekonomicznego ze strony państwa.

Kompetencje zdrowotne (świadomość zdrowotna) to stopień, w jakim osoby mogą uzyskać, przetworzyć i zrozumieć podstawowe informacje oraz usługi zdrowotne, potrzebne do podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych (Berkman i wsp., 2011). Jednym z obszarów pracy położnej jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, także reprodukcyjnego. Skuteczność edukacji zdrowotnej może jednak zostać zakłócona przez brak rozumienia przekazywanych treści. W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się tematowi analfabetyzmu funkcjonalnego, który utrudnia, między innymi, skuteczne podnoszenie świadomości zdrowotnej społeczeństw na całym świecie. Pojęcie to oznacza nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach wymagających porozumiewania się za pomocą słowa pisanego, mimo opanowanej umiejętności czytania i pisania. Znaczna grupa Polaków nie rozumie komunikatów, z którymi ma do czynienia i nie potrafi wykorzystać ich w praktyce.

Analfabetyzm funkcjonalny oznacza, że dana osoba nie może wykorzystywać umiejętności czytania, pisania i liczenia dla rozwoju własnego i społeczności. Analfabetyzm funkcjonalny ma znaczny negatywny wpływ nie tylko na rozwój osobisty, lecz także na rozwój gospodarczy i społeczny jednostki (Vágvölgyi i wsp., 2016, s.1617). Znaczny odsetek naszych rodaków nie rozumie przekazywanych informacji, a także nie potrafi wykorzystać ich w praktyce. Z badań wykonanych w 2000 r. na zlecenie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju OECD wynikało, że dorośli Polacy „wykazują większy niż inne narody analfabetyzm funkcjonalny. Ponad połowa ma trudności z rozumieniem prostych tekstów, takich jak ulotki promocyjne, wiadomości dziennika telewizyjnego, instrukcje obsługi czy informacje o używaniu leków. Trudności te dotyczyły 8 na 10 badanych Polaków (od 2 do 3 w UE). Z rozliczeniem podatków i obliczeniem stopy procentowej radził sobie co 7 Polak (co 2 lub co 3 w UE). Ponad pięciokrotnie gorzej niż badani z UE Polacy radzili sobie w zakresie umiejętności posługiwania się nowymi technikami i korzystania z usług informatycznych i bankowych (Łysek, 2007, s. 189).

Niska świadomość zdrowotna jest często powiązana z gorszym stanem zdrowia oraz rezygnacją z usług instytucji ochrony zdrowia (Berkman i wsp., 2011). Mając taką wiedzę, położne nie mogą pozostać obojętne, lecz powinny ją uwzględniać w swoich działaniach edukacyjnych. Zważywszy na powyższe fakty, budowanie kompetencji zdrowotnych poprzez edukację zdrowotną jest bardziej skomplikowane. Musi zostać szczegółowo zaplanowane, poprzedzone dokładną analizą grup i ich potrzeb, motywacji edukacyjnych oraz dostosowania metod i treści przekazu do uśrednionego poziomu umiejętności poznawczych docelowej grupy odbiorców. Ponadto grupy te są bardzo niejednorodne; różnią je między innymi wykształcenie, zawód, wiek, płeć, kultura, religia, różnice społeczne, ekonomiczne, motywacje edukacyjne itp., stąd należałoby przygotować różne formy i metody oddziaływań edukacyjnych o zróżnicowanym stopniu trudności przekazywanych informacji, realizowanych etapowo, zakładając konieczność przyswojenia bazowych informacji, bez których modyfikacja świadomości zdrowotnej człowieka jest niemożliwa.

Nie bez znaczenia jest także sposób komunikacji, należy zatem uwzględnić w przygotowaniach opracowanie i wdrożenie procedur skutecznej komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami (ACOG Committee Opinion No. 587: Effective patient-physician communication, 2014).

Skandynawscy badacze, wykazali w swojej pracy, iż pierwszym krokiem do zmiany stylu życia jest zrozumienie konieczności zmian oraz ich identyfikacja. Wyniki wspomnianych opracowań wskazują na potrzebę zmiany stylu życia wielu kobiet przed zajściem w ciążę, natomiast najtrudniejsze do realizacji okazały się rzeczywiste działania prowadzące do skutecznej zmiany stylu życia na długo przed planowaniem ciąży (Skogsdal i wsp., 2019). Zapewne najskuteczniejsze byłyby strategie długofalowe,

uwzględniające kształtowanie postaw ustawicznego kształcenia i samokształcenia, poczynając od poszerzenia programów nauczania na wszystkich poziomach edukacyjnych, z uwzględnieniem narzędzi ewaluacji uzyskanych efektów edukacyjnych oraz szybkiej reakcji w zakresie dostosowania treści i metod w razie niepowodzeń w opanowaniu przekazywanych treści. Ponadto Wagner i jego zespół podkreślają, że: *właściwie prowadzona edukacja zdrowotna powinna sprzyjać kształtowaniu osobistej hierarchii wartości w taki sposób, aby zdrowie znajdowało w niej istotne miejsce* (Wagner i wsp., 2015, s. 278). Jednak ci sami badacze, przedstawiając hierarchię wartości polskiej młodzieży, wskazują że (...) *w niektórych spośród analizowanych badań zdrowie nie pojawiło się wcale w hierarchii wartości młodzieży, a nigdy nie było wartością najwyższą. Te wyniki zdają się sugerować, że młodzi Polacy, zazwyczaj niemający problemów ze zdrowiem, nie doceniają jego wartości i nie dostrzegają oczywistego związku zdrowia z innymi wysoko cenionymi wartościami, takimi jak: udane życie, dobra praca i spokojna przyszłość*” (Wagner i wsp., 2015, s. 279). Brak postrzegania przez młodych ludzi zdrowia jako najwyższej wartości może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać realizację edukacji zdrowotnej, gdyż młodzież może nie odczuwać potrzeby zajmowania się tym, co jest im zbędne, a skutki ich niezdrowego stylu życia widoczne są dopiero po wielu latach – w dorosłym życiu – to kolejny aspekt, który w planowaniu i realizacji funkcji edukacyjnej muszą uwzględnić pracownicy ochrony zdrowia.

Obecnie wyniki wielu badań, także tych prowadzonych w ramach seminariów magisterskich, na temat oceny stanu wiedzy różnych grup badanych oraz obszarów tematycznych związanych ze zdrowiem, wykazują, że głównym źródłem wiedzy dla społeczeństwa nie są pracownicy ochrony zdrowia, lecz Internet i media. Skoro media są stałym elementem codziennego życia, a dotyczy to zarówno dzieci, jak i dorosłych, należałoby się zastanowić, jaki przekaz w zakresie prozdrowotnego stylu życia promują i jaki dociera do ogółu odbiorców. Christenson stwierdza, że konsekwencje czerpania wiedzy medycznej i zdrowotnej z mediów mogą być pozytywne bądź negatywne, zależnie od przekazywanych treści (Christenson i Ivancin, 2006). W analizach badawczych nad znaczeniem mass mediów w promocji zdrowia Syrkiewicz-Światała i wsp. zauważyli, że niezbędnym elementem poprawy jakości i efektywności edukacji zdrowotnej jest promocja zdrowia w środkach masowego przekazu (Syrkiewicz-Światała i wsp., 2014). Istnieją dowody, że internetowe interwencje edukacyjne pozytywnie wpływają na zachowania zdrowotne (Coulter i Ellins, 2007). W dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego strony internetowe mogą być dobrym źródłem informacji w zakresie edukacji przedkonceptyjnej i płodności (Daniluk i Koert, 2015). Media mogą także, w przypadku osób dotkniętych analfabetyzmem funkcjonalnym, za pomocą wielokrotnie powtarzanego obrazu i dźwięku wpływać na świadomość zdrowotną społeczeństwa oraz przyczyniać się do poprawy zdrowia Polaków, a tym samym wspomóc tradycyjne metody promowania zdrowia, oparte głównie na bezpośrednim kontakcie usługobiorców z pracownikami ochrony zdrowia lub przekazanymi im materiałami edukacyjnymi w postaci poradników czy ulotek. Dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie programów edukacji zdrowotnej do ramówek telewizyjnych, a także prowadzenie profesjonalnych videoblogów przez położne i innych specjalistów z zakresu zdrowia, z ciekawą, oddziałującą na wiele obszarów ofertą informacyjną, bazującą na praktyce klinicznej oraz najnowszych badaniach naukowych.

Bardzo ważny jest także aspekt ekonomiczny świadomości zdrowotnej – ze względu na ogromne obciążenia finansowe współczesnej ochrony zdrowia. *Badania naukowe potwierdzają, że wysoki poziom świadomości zdrowotnej skraca czas pobytu w szpitalu, zmniejsza częstotliwość korzystania ze świadczeń medycznych oraz zmniejsza koszty leczenia* (Kosycarz i Walendowicz, 2018).

Styl życia związany ze zdrowiem reprodukcyjnym

W 1977 r. XXX Zgromadzenie Zdrowia WHO uchwaliło rezolucję *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000 (Health for All by the Year 2000)*, w wyniku której w 1981 r. przyjęto globalną strategię zdrowotną, odchodząc od pojmowania zdrowia wyłącznie w kategoriach medycyny leczniczej, podkreślając znaczenie profilaktyki zdrowotnej, świadomości zdrowotnej jednostek oraz czynników środowiskowych, społecznych i ekonomicznych wpływających na stan zdrowia (WHO Genewa, 1981). To stanowisko WHO zmodyfikowało dotychczasowe postrzeganie zdrowia, uznając leczenie za proces wtórny wobec profilaktyki. Był to zarazem początek wnikliwych rozważań nad stylem życia związanym ze zdrowiem.

Sharma i wsp. dokonali obszernego przeglądu badań na temat stylu życia i zdrowia reprodukcyjnego (Sharma i wsp., 2013). W swojej publikacji podkreślają, że modyfikowalne czynniki związane ze stylem życia odgrywają kluczową rolę w określaniu zdrowia reprodukcyjnego i mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na płodność. Wskazują między innymi na takie czynniki, jak: wiek w momencie zakładania rodziny, odżywianie, kontrola masy ciała, wysiłek fizyczny, stres, palenie papierosów, stosowanie leków, spożywanie alkoholu, kofeiny, ekspozycja środowiskowa i zawodowa, profilaktyka czy dobór odzieży.

Czynniki związane ze stylem życia, takie jak palenie, otyłość i spożywanie alkoholu, mają negatywny wpływ na płodność oraz przebieg ciąży. Palenie papierosów w okresie przed- i okołokoncepcyjnym jest istotnie związane z porodami przedwczesnymi, trzykrotnym zwiększeniem ryzyka wrodzonych wad serca płodów. Oceniając wpływ palenia przez rodziców przed poczęciem na ryzyko białaczki dziecięcej stwierdzono, że palenie przez ojca było istotnie związane z większym ryzykiem rozwoju białaczki w okresie dzieciństwa. Skutki nałogu tytoniowego u matki obejmują zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego (IUGR), wcześniactwo LBW, wrodzone wady i zespół nagłej śmierci niemowląt (Lassi i wsp., 2014). Sobinoff wraz zespołem udowodnili także, iż narażenie matki na dym papierosowy w okresie ciąży powoduje długotrwałe wady płodności potomstwa płci męskiej (Sobinoff i wsp., 2014). Używanie substancji powinno zostać przerwane na długo przed zajściem w ciążę, ponieważ natychmiastowe odstawienie substancji uzależniających jest trudne. Badania wykazują, że ponad połowa kobiet będących palaczkami przed poczęciem dziecka, nie jest w stanie rzucić palenia w trakcie i po ciąży (Toivonen i wsp., 2017). Niebezpieczne jest także spożywanie kofeiny przez kobiety w okresie okołokoncepcyjnym, gdyż niesie ryzyko samoistnych poronień. Alkohol ma znane działania teratogenne, a spożywanie go w okresie prenatalnym jest istotną przyczyną wad wrodzonych noworodków i zaburzeń rozwojowych. W badaniu National Survey on Drug Use and Health podano, że wskaźniki obecnego spożycia alkoholu wśród dorosłych kobiet w Stanach Zjednoczonych wynoszą 57%, a wskaźniki upijania się (≥ 5 drinków w jednym czasie) wynoszą ok. 25%. Lassi wraz zespołem wskazują, że zakres opieki przed poczęciem, w celu ograniczenia spożycia alkoholu, obejmuje badania przesiewowe wszystkich kobiet w wieku rozrodczym, interwencję dla tych spożywających go nadmiernie (> 7 drinków/tydzień lub > 3 drinki jednorazowo), doradztwo w zakresie niekorzystnego wpływu na przebieg ciąży, promocję programów abstynencji dla osób uzależnionych od alkoholu oraz zachęcanie do konsekwentnego stosowania środków antykoncepcyjnych przez osoby niekontrolujące swoich nawyków związanych z piciem (Lassi i wsp., 2014).

Obecnie dużym problemem wszystkich społeczeństw jest nadwaga, otyłość i choroby psychiczne. Badacze kanadyjscy udowodnili, że ryzyko niekorzystnych wyników u noworodka rośnie, jeśli u matki otyłość współlistnieje z depresją, gdyż kobiety z takimi dysfunkcjami stanowią grupę szczególnie wysokiego ryzyka (McDonald i wsp., 2015). Depresja i otyłość w czasie ciąży wpływają w równym stopniu na zdrowie psychiczne i fizyczne matki, jak też potomstwa – zwiększają ryzyko niekorzystnych wyników u noworodka i mogą zwiększać długoterminową podatność na wiele zaburzeń psychicznych, dysfunkcji metabolicznych oraz chorób sercowo-naczyniowych u potomstwa (Cattane i wsp., 2021).

Istnieje związek pomiędzy depresją matki a zwiększonym ryzykiem zaburzeń poznawczych i emocjonalnych oraz neurorozwojowych u potomstwa. *Dzieci matek z najbardziej przewlekłymi i ciężkimi objawami depresyjnymi w czasie ciąży miały najwięcej wad neurorozwojowych w zakresie niższego wyniku całkowitego w zakresie motoryki małej i dużej, komunikacji. Wyniki badań sugerują, że interwencje we wczesnej ciąży mogą przynosić korzyści zarówno matkom, jak i dzieciom, ponieważ wczesne leczenie może zapobiegać kumulacji kaskady objawów depresyjnych i może pozytywnie wpływać na rozwój układu nerwowego dziecka* (Cattane wsp., 2021, s. 466). Ponadto dowiedziono, iż depresja i lęk u matki są powiązane z wyższymi stężeniami triglicerydów w dzieciństwie ich córek, natomiast u chłopców może prowadzić do przyspieszenia akcji serca (Silva i wsp., 2019). Zły stan zdrowia psychicznego w okresie przed poczęciem potomka należy do najważniejszych czynników ryzyka powikłań ciąży, porodu martwego oraz niskiej masy urodzeniowej noworodka. Kobiety zgłaszające przed zajściem w ciążę zły stan zdrowia psychicznego były o 40% bardziej narażone na komplikacje ciążowe, prawie o 50% częściej na wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Witt i współautorzy zwracają uwagę na ogromne znaczenie skutecznej opieki przed poczęciem oraz wynikające z niej dalekosiężne konsekwencje dla zdrowia i dobrego samopoczucia takich matek, jak też ich dzieci (Witt i wsp., 2012).

W ostatnich latach otyłość matek stała się jednym z najczęstszych czynników ryzyka w praktyce położniczej, stanowiąc poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Do najwcześniejszych skutków matczynej otyłości w zdrowiu potomstwa należy możliwość rozwoju dysfunkcji metabolicznych i przybierania na wadze już w okresie niemowlęcym oraz młodzieńczym, otyłość matki w czasie ciąży może wpływać ponadto na rozwój mózgu potomstwa, zwiększając ryzyko rozwoju takich zaburzeń, jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenia ze spektrum autyzmu i schizofrenia (Cattane i wsp., 2021).

Czynnikiem wpływającym na płodność jest także wiek rodziców. Obecnie wiele par decyduje się na późniejsze zakładanie rodziny i planowanie dzieci. Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet płodność osiąga szczyt, a następnie z czasem spada. Wraz z wiekiem mężczyzn spada także poziom testosteronu i dochodzi do hipogonadyzmu. Jednakże, jeśli testosteron jest stosowany w leczeniu hipogonadyzmu, może hamować spermatogenezę. Już w wieku 35 lat stopniowo zaczynają spadać parametry nasienia, zmniejsza się jego objętość i ruchliwość, pojawiają się nieprawidłowości morfologiczne. Po 40 roku życia mężczyźni mogą mieć znacznie więcej uszkodzeń DNA w plemnikach. Wiek ma także istotne znaczenie dla płodności kobiet, obniżając np. prawdopodobieństwo zajścia w ciążę. Przed ukończeniem 30 lat szanse na zajście w ciążę mogą sięgać 71%; powyżej 36 lat może to być tylko 41% (Sharma i wsp., 2013). Ponadto wraz z rosnącym zapotrzebowaniem na techniki wspomaganego rozrodu, zaawansowany wiek matki wiąże się z przedwczesnym porodem, ograniczeniem wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, nieprawidłowościami chromosomalnymi, niskim wynikiem w skali Apgar a także urodzeniem martwego dziecka i śmiercią noworodka – głównie u matek po 40 roku życia (Kim, Y. i wsp., 2021). W badaniach chińskich naukowców ryzyko cukrzycy ciążowej zwiększyło się dwukrotnie wśród ciężarnych pierworódek w wieku 27 lat i 29 lat u wieloródek, a podobne zmiany w przypadku cięcia cesarskiego odnotowano w 33 roku życia. Dlatego strategię profilaktyki wpływu wieku matki na przebieg ciąży i zdrowie potomstwa należy rozważyć u kobiet w wieku poniżej 35, a nawet 30 lat, niezależnie od polityki zdrowia publicznego czy praktyki klinicznej (Zhang i wsp., 2020). W przypadku starszych kobiet w ciąży sam wiek może być czynnikiem ryzyka niskiej masy urodzeniowej i porodów przedwczesnych, natomiast odpowiednia opieka przed poczęciem może umożliwić normalny poród; dlatego opieka przed poczęciem ma większe znaczenie niż wiek matki (Kim, H. i wsp., 2020).

W badaniach amerykańskich naukowców wskazano, iż odsetek ciąż niezamierzonych spada, nadal jednak wynosi ok. 45% (Finer i Zolna, 2016). Ciążę niezamierzona to takie, które miały miejsce wcześniej niż oczekiwano, uznawane jako: niechciane – niezamierzone w żadnym momencie i niewłaściwe – zamierzone w przyszłości, ale nie wtedy, gdy miały miejsce (Chandra i wsp., 2002). Wiele

kobiet w ciąży planowanej lub nieplanowanej, dowiaduje się o poczęciu dopiero po okresie organogenezy, krytycznym czasie, w którym następuje tworzenie i rozwój narządów płodu. Zły stan zdrowia, zarówno przewlekły, jak i ostry, oraz narażenie na działanie teratogenów lub substancji toksycznych dla płodu przed ciążą bądź w jej trakcie, może wpływać niekorzystnie na zdrowie matki, płodu i dzieci. Teratogeny to substancje powodujące trwałe zmiany we wzroście, strukturze lub funkcji narządów płodu w czasie ciąży, podczas gdy fetotoksyny mogą zmieniać wzrost lub rozwój określonych narządów po okresie organogenezy (Lassiter i Manns-James, 2017). Cheng z współautorami wskazali, że cechy matki, zachowania zdrowotne przed i podczas ciąży oraz wyniki ciąży i porodu znacznie się różniły zależnie od stanu planowania ciąży. W porównaniu z planowaną ciążą, matki, które nieplanowały poczęcia, charakteryzowały się mniej zdrowym stylem życia przed ciążą i w jej trakcie, a także gorszymi wynikami w 26–28 tygodniu ciąży. Nieplanowana ciąża u kobiet z niską świadomością zdrowotną może się wiązać z niezdrowymi zachowaniami podczas ciąży oraz wcześniactwem, zmniejszoną urodzeniową masą ciała, skróceniem urodzeniowej długości ciała noworodka (Cheng i wsp., 2016). Ważnym elementem w planowaniu ciąży jest także zwrócenie uwagi na wyjściową masę ciała kobiety oraz ewentualne uzupełnienie niedoborów żywieniowych. Niedożywienie w trakcie ciąży może skutkować niską masą urodzeniową noworodka oraz zmniejszonymi wymiarami dziecka (długość, obwód głowy i klatki piersiowej itp.). Przeprowadzone przez fińskich naukowców badanie wykazało, że: *współczynnik ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca wzrastał o 10,2% (...) na każdy centymetr zmniejszenia długości po urodzeniu, dostosowany do czasu trwania ciąży* (Forsén i wsp., 1999, s. 1404). Kobiety, które nie planowały ciąży, częściej kontynuowały nałóg nikotynowy, były ponadto narażone na bierne palenie i rzadziej spożywały kwas foliowy przed zajściem w ciążę (Cheng i wsp., 2016). Nieplanowana ciąża zawsze wiąże się ze stresem matki. W prospektywnym badaniu przeprowadzonym przez Buss i współpracowników, oceniono wpływ prenatalnego stresu matki i ekspozycji na lęk na morfologię mózgu potomstwa. Wyniki ujawniły zmiany w morfologii mózgu u dzieci matek z objawami lękowymi w czasie ciąży. W szczególności lęk w 19. tygodniu ciąży wiązał się z redukcją objętości istoty szarej w kilku obszarach mózgu, w tym w przedczołowym obszarze korowym i przyśrodkowym obszarze skroniowym (Buss i wsp., 2010).

Ponadto planowanie ciąży w połączeniu ze świadomością zdrowotną społeczeństwa pozwala na przeprowadzenie badań profilaktycznych, ułatwiających ocenę i w razie potrzeby poprawę stanu zdrowia rodziców, a także stosowanie się do zaleceń i rekomendacji w zakresie suplementacji witamin, w tym między innymi głównie kwasu foliowego, kwasów Omega 3 i 6 oraz – w naszych warunkach klimatycznych – witaminy D₃. Fayet-Moore wraz z zespołem zaobserwowali w swoich badaniach: *zarówno niedobory, jak i nadmiary mikroelementów; łącznie z niedoborem żelaza, witaminy B₁₂, niedoborem selenu występującymi wśród większości kobiet. W przeciwieństwie do tego, status kwasu foliowego wykroczał poza górne poziomy zakres referencyjnego dla stężeń w surowicy i erytrocytach. Niepokojący jest zakres wpływu wielu niedoborów i nadmiarów mikroskładników odżywczych na wyniki zdrowotne, w tym wyniki ciąży w zdrowej populacji* (Fayet-Moore i wsp., 2014, s. 5112).

Obecne uregulowania prawne, uwarunkowania organizacyjne i dostępność różnego rodzaju usług, dają polskim kobietom możliwość dużego wyboru w zakresie opieki sprawowanej w czasie ciąży oraz porodu, jednak w obliczu badań i wiedzy z zakresu planowania oraz przygotowania się do ciąży, w Polsce brak standardów, a także szczegółowych procedur dotyczących opieki przed poczęciem. Nie ustalono obowiązującego standardu opieki prekoncepcyjnej z uwzględnieniem przygotowania kobiety, a tym bardziej mężczyzny do roli przyszłego rodzica, z uwzględnieniem koniecznych procedur mogących poprawić wyniki położeń oraz zdrowie potomstwa. System opieki prenatalnej skupia się głównie na ewentualnym wykonaniu badań prenatalnych u kobiet z grup ryzyka (między innymi: wcześniejsze niepowodzenia położeń, wady płodu, zaawansowany wiek ciężarnej i inne), opieki nad kobietą starającą się o ciążę, pod warunkiem, że to właśnie ona jest inicjatorką kontaktu z lekarzem ginekolo-

giem. Macierzyństwo w Polsce znajduje się pod szczególną ochroną, co między innymi zapewnia standard opieki okołoporodowej (Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., poz. 1756). Realizowany od lat system opieki skoncentrowany na diagnostyce i leczeniu kobiet, pomija w sposób znaczący promocję oraz edukację zdrowotną, poza edukacją okołoporodową zapewnioną standardem. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka przed poczęciem to zapewnienie kobietom i parom interwencji biomedycznych, behawioralnych, jak też zdrowotnych w okresie poprzedzającym zaistnienie ciąży (WHO, 2013).

W odniesieniu do wielu wcześniej wspomnianych badań naukowych potwierdzających konieczność włączenia opieki przed poczęciem jako niezbędnej w poprawie zdrowia przyszłych pokoleń, sam standard opieki podczas ciąży i porodu jest niewystarczający ze względu na niemożność optymalizacji wyjściowego stanu zdrowia przyszłych rodziców i podjęcia działań prewencyjnych jeszcze przed zapłodnieniem. W niektórych rekomendacjach PTGiP (Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników) czy PTD (Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego) można doszukać się elementów opieki prekoncepcyjnej, lecz dotyczącej wyłącznie kobiet, np. rekomendacje dotyczące suplementacji u kobiet ciężarnych z 2020 r. (Zimmer i wsp., 2020), w których zawarto także informacje o suplementacji przedciążowej czy zalecenia dla kobiet z cukrzycą planujących ciążę (Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, 2020). Tytuły tych dokumentów sugerują jednak, że dotyczą ciężarnych i dlatego – być może – sięgną po nie tylko kobiety planujące ciążę, o dużej świadomości zdrowotnej. Natomiast założenia systemu opieki przed poczęciem powinien być tak zorganizowany, aby dotrzeć do możliwie jak największej liczby potencjalnych przyszłych rodziców, w tym także mężczyzn. Położne i położni w Polsce mają ustawowe uprawnienia do zajmowania się kobietą w różnych okresach życia oraz noworodkiem, dlatego też w obecnym stanie prawnym nie mogą mieć realnego wpływu na kształtowanie postaw prozdrowotnych u obojga rodziców.

Standard opieki okołoporodowej z 2018 r. z późniejszymi zmianami dokładnie precyzuje pojęcie edukacji zdrowotnej: *edukacja przedporodowa – praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, położu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych (...) wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci* (Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., poz. 1756). W związku z tym położna może edukować kobiety i pary w okresie pokonceptyjnym. Pewnym poszerzeniem uprawnień położnych o edukację prekoncepcyjną skierowaną do kobiet są zapisy zadań nadanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w odniesieniu do edukacji, dotyczące: prozdrowotnego stylu życia kobiety, edukacji i udzielania porad w zakresie powrotu płodności po porodzie oraz metod regulacji płodności, profilaktyki chorób ginekologicznych i patologii położniczych, edukacji w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową, profilaktyki chorób wieku rozwojowego oraz edukacji w zakresie obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U. z 2019 r., poz. 2335).

Przytoczone uprawnienia nie wyczerpują istniejących w tym zakresie potrzeb. Dodatkowo raport kontroli Naczelnej Izby Kontroli (NIK, 2021) opublikowany w 2021 r. wskazuje, iż fakt, że zdecydowana większość ubezpieczonych kobiet, mimo złożenia deklaracji wyboru położnej POZ, nie została objęta ich rzeczywistą opieką. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentek 22 kontrolowanych świadczeniodawców wskazują, że większość respondentek kojarzy pomoc położnej wyłącznie z opieką w okresie położu i nad noworodkiem, nie mając wiedzy o pełnym zakresie przysługujących świadczeń. Wyniki przeprowadzonej przez NIK kontroli wskazują, że świadomość samego faktu

złożenia deklaracji wyboru położnej, a tym bardziej świadomość związanych z tym uprawnień jest wśród ubezpieczonych kobiet bardzo niska (NIK, 2021).

W obliczu wyników raportu NIK można przypuszczać, że położne podstawowej opieki zdrowotnej także nie realizują edukacji prekoncepcyjnej. Trudno mówić o przyczynach takiego stanu, wynikających być może z braków kadrowych oraz poświęcania całej uwagi i pracy opiece poporodowej nad położnicą i noworodkiem. Być może w przyszłości należałoby zastanowić się nad możliwością weryfikacji zakresu uprawnień polskich położnych i nadania im możliwości edukacji w zakresie przygotowania par do poczęcia oraz podstawowych interwencji, jakie ta grupa zawodowa mogłaby podjąć wobec przyszłych rodziców obojga płci jeszcze przed pierwszą ciążą zainteresowanej pary. Szczegółowe programy i wzorce tego typu interwencji można czerpać między innymi z doświadczeń amerykańskich, gdzie opieka zdrowotna przed poczęciem powinna stać się standardowym elementem każdej wizyty wszystkich kobiet w wieku rozrodczym niebędących w ciąży (Jack i wsp., 2008) lub wypracować własne, z wykorzystaniem badań przesiewowych, promocji zdrowia oraz skutecznych interwencji.

Zdrowie rodziców sprzed poczęcia potomka jest istotnym czynnikiem zdrowia ich dzieci. Choć niektórzy mogą odkładać modyfikację zachowań na prozdrowotne aż do zaistnienia ciąży, kilka powodów uzasadnia wprowadzenie tych zmian znacznie wcześniej. Należy wziąć pod uwagę, że nawet w planowanych ciążach jej potwierdzenie może być opóźnione, co sprawia, że w jej najwcześniejszym stadium wiele kobiet nie jest świadomych swego stanu, ponadto wiele zachowań (np. palenie papierosów) lub wyniki behawioralne (np. wysoki wskaźnik masy ciała) są niezwykle trudne do natychmiastowej zmiany. Dlatego zmiana zachowania powinna nastąpić na długo przed planowanym poczęciem. Wreszcie, prozdrowotny styl życia, poprzez poprawę płodności, zwiększa prawdopodobieństwo zapłodnienia. W związku z tym istnieje potrzeba zapewnienia odpowiedniej edukacji społeczeństwa co do pozytywnych zachowań w zakresie zdrowia przed poczęciem, prowadzonej od wczesnego okresu życia (Toivonen i wsp., 2017).

PODSUMOWANIE

Prawa reprodukcyjne odnoszą się do praw człowieka w obszarze osobistej autonomii, aby decydować o tym, czy i kiedy chce mieć dziecko, a także wychowywać je w bezpiecznej oraz trwałej społeczności. Wymaga to zaleceń programowych i politycznych, przenosi również odpowiedzialność z jednostek na systemy. Innymi słowy, bez względu na poziom swoich kompetencji bądź gotowość do zmiany swojego zachowania, realizacja tych zamierzeń może okazać się niemożliwa, ze względu na strukturalne determinanty nierówności zdrowotnych (Crear-Perry i wsp., 2002). Opieka prekoncepcyjna jest bardzo ważnym elementem systemu ochrony zdrowia, stąd położne także ponoszą odpowiedzialność za zdrowie przyszłych pokoleń.

PIŚMIENNICTWO

- ACOG Committee Opinion No. 587:** Effective patient-physician communication. (2014). *Obstetrics and gynecology*, 123: 389–393.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E. et al.** (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment (Full Rep.)*, (199): 1–941.
- Buss, C., Davis, E.P., Muftuler, L.T., Head, K., Sandman, C.A.** (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1): 141–153.
- Cattane, N., Räikkönen, K., Anniverno, R., Mencacci, C., Riva, M.A., Pariante, C.M., Cattaneo, A.** (2021). Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: effects on the offspring's mental and physical health. *Molecular Psychiatry*, 26(2): 462–481.

- Chandra, A., Martinez, G.M., Mosher, W.D., Abma, J.C., Jones, J.** (2005). Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital and health statistics. Series 23, Data from the National Survey of Family Growth*, (25): 1–160.
- Cheng, T.S., Loy, S.L., Cheung, Y.B. et al.** (2016). Demographic Characteristics, Health Behaviors Before and During Pregnancy, and Pregnancy and Birth Outcomes in Mothers with Different Pregnancy Planning Status. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 17(8): 960–969.
- Christenson, P., Ivancin, M.** (2006). The “Reality” of Health: Reality Television and the Public Health. A Discussion Paper prepared for the Kaiser Family Foundation, 1–18.
- Coulter, A., Ellins, J.** (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609): 24–27.
- Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E., Wallace, M.** (2021). Social and Structural Determinants of Health Inequities in Maternal Health. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 30(2): 230–235.
- Daniluk, J.C., Koert, E.** (2015). Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction*, 30(2): 353–363.
- Fayet-Moore, F., Petocz P., Samman S.** (2014). Micronutrient status in female university students: iron, zinc, copper, selenium, vitamin B12 and folate. *Nutrients*, 6: 5103–5116.
- Finer, L.B., Zolna, M.R.** (2016). Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011. *The New England Journal of Medicine*, 374(9): 843–852.
- Forsén, T., Eriksson, J.G., Tuomilehto, J., Osmond, C., Barker, D.J.** (1999). Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 319(7222): 1403–1407, <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7222.1403>.
- Jack, B.W., Atrash, H., Coonrod, D.V., Moos, M.K., O'Donnell, J., Johnson, K.** (2008). The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(6 Suppl 2): S266–S279.
- Kim, H.W., Kim, D.H., Lee, H.Y., Lee, Y.J., Ahn, H.Y.** (2020). Adult Perceptions of Healthy Pregnancy: A Focus-Group Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7): 2460.
- Kim, Y.N., Choi, D.W., Kim, D.S., Park, E.C., Kwon, J.Y.** (2021). Maternal age and risk of early neonatal mortality: a national cohort study. *Scientific Reports*, 11(1): 814.
- Kosycarz, E., Walendowicz, K.** (2018). Świadomość zdrowotna jako kluczowy determinant stanu zdrowia społeczeństwa. *Studia i prace Kolegium Zarządzania i Finansów. Zeszyt Naukowy*, 165: 79–94.
- Lassi, Z.S., Imam, A.M., Dean, S.V., Bhutta, Z.A.** (2014). Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive Health*, 11: S6.
- Lassiter, N., Manns-James, L.E.** (2017) Pregnancy. In: Brucker, M.C., King, T.L. *Pharmacology for Women's Health*, T 2.2nd ed. Burlington, MA : Jones Bartlett Learning., 1025–1063.
- Lysek, J.** (2007). Analfabetyzm funkcjonalny uczniów. *Nauczyciel i Szkoła*, 1–2(34–35): 178–190.
- McDonald, S.D., McKinney, B., Foster, G., Taylor, V., Lutsiv, O., Pullenayegum, E.** (2015). The combined effects of maternal depression and excess weight on neonatal outcomes. *International Journal of Obesity* (2005), 39(7): 1033–1040.
- NIK** (2011). Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań połączonych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Nr ewed. 49/2011/P10144/LKR, Najwyższa Izba Kontroli, czerwiec 2021 [online] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf> [Dostęp: 28.07.2021].
- Nypaver, C., Arbour, M., Niederegger, E.** (2016). Preconception Care: Improving the Health of Women and Families. *Journal of Midwifery Women's Health*, 61(3): 356–364.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r., poz. 2335).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).
- Sharma, R., Biedenharn, K.R., Fedor, J.M., Agarwal, A.** (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11: 66.
- Silva, C., Vehmeijer, F., El Marroun, H., Felix, J.F., Jaddoe, V., Santos, S.** (2019). Maternal psychological distress during pregnancy and childhood cardio-metabolic risk factors. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*, 29(6): 572–579.
- Skogsdal, Y., Fadl, H., Cao, Y., Karlsson, J., Tydén, T.** (2019). An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 124(3): 203–212.
- Sobinoff, A.P., Sutherland, J.M., Beckett, E.L. et al.** (2014). Damaging legacy: maternal cigarette smoking has long-term consequences for male offspring fertility. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 29(12): 2719–2735.

- Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego** (2020). Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2020. *Diabetologia Praktyczna*, 6(1): 70–73.
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J. et al.** (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*, 391(10132): 1830–1841.
- Syrkiewicz-Świtała, M., Holecki, T., Wojtynek, E.** (2014). Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2): 136–141.
- Toivonen, K.I., Oinonen, K.A., Duchene, K.M.** (2017). Preconception health behaviours: A scoping review. *Preventive Medicine*, 96: 1–15.
- Wagner, S., Banaszekiewicz, M., Andruszkiewicz, A., Strahl, A., Miler, A., Kubica, A.** (2015). Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. *Medycyna Ogólna Nauki Zdrowiu*, 21(3): 278–281.
- WHO, Genewa.** (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000 [online] <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf;jsessionid=E2522A6121F82C3244F947557A9AEA28?sequence=1> [Dostęp: 15.07.2021].
- WHO, Genewa** (2013). Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: policy brief [online] <http://apps.who.int/iris/handle/10665/340533> [Dostęp: 12.07.2021].
- Witt, W.P., Wisk, L.E., Cheng, E.R., Hampton, J.M., Hagen, E.W.** (2012). Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: a national population-based study. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7): 1525–1541.
- Vágvölgyi, R., Coldea, A., Dresler, T., Schrader, J., Nuerk, H.C.** (2016). A Review about Functional Illiteracy: Definition, Cognitive, Linguistic, and Numerical Aspects. *Frontiers in Psychology*, 7: 1617.
- Zhang, X.L., Liang, H., Zhao, H.Q., Wu, S.W., Zhou, Q.J., Li, X.T.** (2020). Optimized cutoff maternal age for adverse obstetrical outcomes: a multicenter retrospective cohort study in Urban China during 2011 to 2012. *Chinese Medical Journal*, 133(3): 269–276.
- Zimmer, M., Sieroszewski, P., Oszukowski, P., Huras, H., Fuchs, T., Pawłosek, A.** (2020). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące suplementacji u kobiet ciężarnych. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 5(4): 170–181.

Rozdział 4

Mężczyzna wobec wyzwań ciąży i ojcostwa

Mateusz Glinianowicz

Celem niniejszego rozdziału jest omówienie roli mężczyzny w okresie ciąży, porodu i połogu jego partnerki, zwrócenie uwagi na wpływ obecności i zaangażowanie mężczyzny w ciążę oraz poród na zdrowie matki i dziecka, a także analiza czynników psychologicznych dotyczących przyszłych ojców.

W przeszłości ojcostwo i rola mężczyzny w procesie ciąży i połogu były postrzegane jako drugorzędne, a nawet niepotrzebne. Takie postrzeganie mężczyzny było umacniane w kulturze za pośrednictwem mediów (Schmitz, 2016). W społeczeństwach zachodnich ojciec był tradycyjnie postrzegany jako żywiciel rodziny. Mężczyźni zaczęli uczestniczyć w porodach w latach 60. XX w., jednak spotkało się to z negatywnym odzewem społecznym i medycznym. Uważano, że mężczyzna nie powinien uczestniczyć w porodzie, aby uniknąć negatywnych doświadczeń związanych z nieprzyjemnym widokiem. Sądono, że widok rodzącej kobiety spowoduje negatywne skutki w późniejszym życiu seksualnym partnerów. Mężczyzna miał być również źródłem infekcji i zakażeń, a także przeszkadzać w czasie porodu lekarzom i położnym (Bedford i Johnson, 1998). Za wsparcie rodzącej była odpowiedzialna inna kobieta, najczęściej krewna lub bliska przyjaciółka (Lavender, 1997). Dopiero później zdano sobie sprawę, że mężczyźni mają potrzebę dzielenia się swoją radością z partnerką, wspierania jej i uczestniczenia w tej wyjątkowej chwili. Obecność mężczyzny w czasie porodu pieczętuje decyzję o założeniu rodziny. Zauważono również, że kobiety wspierane przez swoich partnerów w czasie porodu odczuwały mniejszy ból i miały bardziej pozytywne doświadczenia dotyczące porodu (Bedford i Johnson, 1998).

W Szwecji od początku lat 70. XX w. zachęca się mężczyzn do uczestnictwa w zajęciach dla przyszłych rodziców, udziału w porodach i budowania więzi jeszcze z nienarodzonym dzieckiem (Bogren Jungmarker i wsp., 2010). Od początku lat 80. XX wieku edukacja stała się elementem opieki przedporodowej. Ojcowie są zachęceni przez położne do zaangażowania się w opiekę na wszystkich etapach ciąży, w czasie porodu i po porodzie (Hallgren i wsp., 1999). W latach 80. XX w. zaczęto również interesować się i poddawać badaniom takie aspekty, jak: uczucia ojców, ich oczekiwania, motywacje oraz perspektywy. Przede wszystkim w badaniach poświęcono uwagę wspierającej roli mężczyzn w czasie porodu. Drugorzędne stały się ich uczucia i doświadczenia. Wnioski, płynące z tych obserwacji, to wzrost poczucia bezpieczeństwa i zadowolenia kobiety rodzącej, gdy towarzyszył jej zaangażowany w poród partner (Dellmann, 2004).

Wejście w rolę ojca jest jednym z najważniejszych momentów w życiu każdego mężczyzny. Jest to wydarzenie, które ma istotny wpływ na zmianę postrzegania samego siebie i stylu życia przyszłego ojca. To proces wymagający wiele pracy własnej, samorozwoju i przemodelowania priorytetów, aby móc przygotować się do nowej roli (Eskandari i wsp., 2016).

Obok olbrzymiej radości, entuzjazmu, ekscytacji, dumy i radości wywołanych świadomością zostania ojcem, mogą pojawić się brak pewności siebie, strach, niepokój i lęk związane z brakiem przygotowania do tej roli i obawami, czy przyszły rodzic sprosta wielu wyzwaniom towarzyszącym nowej sytuacji. Niełatwa może być również świadomość olbrzymiej odpowiedzialności i oczekiwań, które niesie ze sobą ojcostwo. Wyobrażenia przyszłego ojca, dotyczące nowej roli, mogą również powodować brak komfortu (Hildingsson i wsp., 2014). Pozytywne emocje zwykle wywołuje wiadomość i myśl o zostaniu ojcem, natomiast źródłem negatywnych emocji mogą się stać towarzyszące ciąży komplikacje o potencjalnie negatywnych skutkach dla matki i dziecka (Ekstrom i wsp., 2013).

Zmieniają się nie tylko sytuacja i rola, lecz także relacje między partnerami. W dotychczas dobrze znanym i wypracowanym związku pojawia się nowa osoba, która istotnie wpływa na czas, jaki partnerzy mogą sobie poświęcić oraz sposób jego spędzania. Zmieniają się także priorytety dla przyszłej matki i najważniejsze staje się dla niej jej dziecko, na plan dalszy natomiast schodzą inne potrzeby. Taka sytuacja może u przyszłego ojca wywołać poczucie utraty zainteresowania ze strony partnerki. W układzie, stworzonym dotychczas przez dwie osoby, pojawi się nowy członek rodziny, któremu będzie trzeba poświęcić dużo energii i uwagi. Dobrze zrozumienie sytuacji transformacji rodziny, a także edukacja w czasie ciąży mogą ułatwić ten proces i umocnić więź między partnerami (Suto i wsp., 2017). Brak przygotowania do nowej sytuacji może wiązać się z poważnymi negatywnymi zmianami w relacjach między przyszłymi rodzicami, w rozwoju dziecka, a także w życiu całej rodziny.

Badania i literatura dotycząca ciąży i porodu dowodzą, że rola mężczyzny w procesie transformacji rodziny jest nie tyle bardzo ważna, co niezwykle cenna w rozwoju rodziny i dobrostanu dziecka (Cabrera i wsp., 2014). Obecnie ojcowie są bardziej zaangażowani w ciążę i poród, wykazują się większą świadomością, troską i czułością, biorą także czynny udział i odpowiedzialność za opiekę oraz wychowywanie swoich dzieci (McGill, 2014). Wpływ na tę zmianę może mieć reorganizacja wyzwań otaczającego nas świata i wzrost świadomości społecznej na temat roli ojca w okresie prenatalnym i postnatalnym. Rosnące w ostatnich latach zainteresowanie tematem ojcostwa przyczyniło się do powstania wielu publikacji dotyczących tego aspektu (Bradley i wsp., 2004; Barenski, 2010; Carneiro i wsp., 2012). Nie powstała jednak żadna dokładna teoria ojcostwa, co może mieć związek ze zmiennym postrzeganiem tej roli w różnych społeczeństwach, uwarunkowanym politycznie, kulturowo, społecznie i ekonomicznie (Doherty i wsp., 1998).

Czynniki społeczno-kulturowe, system opieki zdrowotnej a doświadczenia porodowe ojców

W zwiększaniu, blokowaniu lub zmniejszaniu męskiego zaangażowania w czasie ciąży i porodu, co bezpośrednio przekłada się na doświadczenia porodowe ojców, biorą udział czynniki polityczne, społeczne, indywidualne i rodzinne (Alio i wsp., 2013). Wyniki badań dotyczące doświadczeń i uczuć ojców w czasie ciąży oraz porodu nie są jednoznaczne. W przeglądzie badań z 2009 r. dotyczącym głównie krajów świata zachodu: Finlandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Australii, Kanady i USA (Genesoni i Tallandini, 2009) zauważono, że mężczyźni mieli poczucie bezradności, niepokoju, lęku i bezużyteczności. W wynikach prac badań wykazywano także dużą potrzebę wsparcia psychologicznego wśród mężczyzn w sytuacji porodu. W innych opracowaniach podkreślono, że mimo trudności związanych z widokiem cierpiącej partnerki oraz bezradności związanej z sytuacją porodu, mężczyźni bardzo chcieli w nim uczestniczyć oraz z zaangażowaniem wspierać swoją partnerkę (Capogna i wsp., 2007). Odnotowano też, że zaangażowani, lecz czujący bezradność ojcowie uważali, że położne zbyt mało starań przykładają do przeprowadzania kobiet rodzących przez ból porodowy (Vehviläinen-Julkunen i Liukkonen, 1998). Ojcowie, którzy byli wyedukowani i przygotowani do tego, że ból w czasie porodu jest jego integralną częścią, prezentowali mniejszy poziom strachu, lęku, poczucia bezradności

i frustracji (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011). W sytuacji cięcia cesarskiego mężczyźni wykazywali się mniejszą liczbą pozytywnych doświadczeń związanych z porodem niż w czasie porodu naturalnego, a nagła decyzja o przeprowadzeniu cięcia cesarskiego była związana ze wzrostem stresu psychicznego (Johansson i wsp., 2010).

Przeprowadzono badanie 137 ojców, w którym zauważono, że informowanie mężczyzn o przebiegu akcji porodowej zapobiega u nich poczuciu wykluczenia (Vehviläinen-Julkunen i Liukkonen, 1998). W innym badaniu jakościowym, w którym przeprowadzono złożony wywiad z dziesięcioma ojcami, sygnalizowali oni potrzebę bardziej spontanicznego informowania oraz udzielania instrukcji dotyczących akcji porodowej krok po kroku (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011). U niektórych mężczyzn zauważono również wzrost oczekiwań dotyczących większego zainteresowania i wsparcia kobiety rodzącej przez położną (Vehviläinen-Julkunen i Liukkonen, 1998). Obecność położnej miała również znaczenie dla większego poczucia bezpieczeństwa wśród mężczyzn (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011). W jednym z przeprowadzonych badań odnotowano u rodziców dużą potrzebę stałej obecności położnej w czasie akcji porodowej (Somers-Smith, 1999). Istotna dla ojców jest również możliwość częstego zadawania pytań położnej i otrzymywania pozytywnej, szczerzej, życzliwej, cierpliwej i profesjonalnej odpowiedzi. Kolejnym ważnym aspektem dla mężczyzn było traktowanie ich jako ważnych i zaangażowanych uczestników porodu. Położne są przez mężczyzn traktowane jako osoby wskazujące drogę, jak należy udzielać wsparcia kobiecie podczas porodu (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011).

W niektórych badaniach zauważono, że mężczyźni mieli poczucie braku przygotowania do porodu. Nie zdawali sobie sprawy z czasu trwania akcji porodowej i złożoności tego procesu. Nie wiedzieli również, jak się będą zachowywali oni sami oraz ich partnerki w czasie porodu. W takich wypadkach poród był odbierany jako bardziej wymagający, niż wcześniej oczekiwano (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011). Dowiedziano, że obecność ojców podczas porodu, wcześniej budowana relacja między ojcem a dzieckiem i duże zaangażowanie ojca ma istotny związek ze zdrowiem psychicznym dziecka (Dellmann, 2004). Zauważono również, że oboje rodziców mają znaczący wpływ na prawidłowy rozwój zdrowia psychicznego dziecka oraz na jego prawidłowy rozwój emocjonalny, psychologiczny i społeczny (Friedewald i wsp., 2005). Obecnie w Szwecji praktycznie wszyscy mężczyźni uczestniczą w porodzie. W innych krajach również zauważono tendencję wzrostową tego zjawiska. Dlatego właśnie bardzo ważne jest, aby położne rozumiały rolę, potrzeby i uczucia przyszłego ojca, aby mogły uwzględnić w opiece zarówno potrzeby kobiet, jak i mężczyzn (Lavender, 1997).

Inaczej niż w krajach zachodu sytuacja wygląda w krajach arabskich. Opieka prenatalna i postnatalna jest przede wszystkim skupiona na kobiecie. Rola mężczyzny jest pomijana w czasie ciąży, porodu i po porodzie. Społeczeństwo i system opieki zdrowotnej nie zachęcają mężczyzn do zaangażowania się w ciążę oraz poród. Nie jest brana pod uwagę wartość obecności i zaangażowania mężczyzny dla kobiety oraz jakości porodu, a także dla późniejszego prawidłowego rozwoju dziecka. Z tych przyczyn zorganizowanie prawidłowego wsparcia i edukacji dla mężczyzn w krajach arabskich, napotyka trudności, chociaż zmiana nastawienia mogłoby przysłużyć się polepszeniu doświadczeń zarówno mężczyzn, jak i kobiet dotyczących ciąży oraz porodu. W badaniu 19 arabskich ojców w wieku 22–40 lat z Jordanii i Arabii Saudyjskiej zauważono znaczącą różnicę w poziomie wiedzy i świadomości dotyczących ciąży oraz porodu między mężczyznami z wyższym wykształceniem oraz tymi, którzy ukończyli szkoły obowiązkowe. Wszyscy ci mężczyźni mieli zdrowe żony i dzieci z prawidłowym rozwojem w okresie niemowlęcym. Badanie dowiodło, że – niezależnie od wykształcenia – najważniejszym tematem wywiadów stała się rola ojca w procesie ciąży w odniesieniu do oferowanej żonom opieki i rodzaju wsparcia, a także poziomu zaangażowania. Związek ten dotyczył postrzegania przez ojców sposobu przekazywanej matce opieki oraz sposobu interpretowania jakości tej pomocy, płynących z niej korzyści, a także istotności wpływu tej pomocy na zdrowie psychologiczne i fizjologiczne kobiety (Bawadi i wsp., 2016).

W badaniu dotyczącym opieki prenatalnej w Polsce porównano jakość opieki w placówkach publicznych i prywatnych. W badaniu wzięło udział 80 kobiet o zróżnicowanej charakterystyce położniczej i socjodemograficznej. Analiza dotyczyła liczby wizyt ginekologicznych odbytych przez przyszłe matki oraz liczby świadczeń medycznych dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Zauważono, że kobiety korzystające z prywatnej opieki medycznej miały w czasie ciąży więcej wizyt i badań oraz lepszą jakość świadczonej opieki niż kobiety korzystające z opieki w placówkach publicznych. Średnia liczba wizyt w sektorze publicznym to ok. 8, natomiast w prywatnym ok. 11. Na opiekę prywatną decydowały się zazwyczaj pierworódki po 30 roku życia, mieszkanki z dużych miast, będące w dobrej sytuacji ekonomicznej, których w większym stopniu mogły dotyczyć nieprawidłowości w ciąży. Opieka publiczna wydaje się zaspokajać podstawowe potrzeby diagnostyczne i opiekuńcze nad przyszłymi rodzicami, aby więc zadbać lepiej o matkę i dziecko oraz móc lepiej zaangażować w ciążę przyszłego ojca, rodziny decydują się na korzystanie z prywatnej opieki medycznej. Ma to związek z jakością doświadczeń związanych z czasem ciąży i porodu. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn lepsze doświadczenia łączą się się z niższym poziomem lęku, stresu i bezradności (Rogała, 2014).

Różnica w średniej liczbie wizyt oraz badań, a także ich jakości, może wynikać zarówno z budżetu przeznaczanego na opiekę prenatalną i postnatalną w sektorze publicznym, jak i z jakości oraz ilości pracy położnych, a także wynagrodzenia oferowanego przez państwową służbę zdrowia. Położne zatrudnione w szwedzkiej opiece zdrowotnej zarabiają kilkakrotnie więcej niż położne pracujące w Polsce. Przeciętny czas pracy w miesiącu świadczony przez położną w Szwecji jest dużo mniejszy niż ten w Polsce. Jakość środowiska pracy położnej w Szwecji jest również lepsza niż w Polsce. Są to czynniki mogące znacząco wpływać na doświadczenia matek i ojców związane z ciążą oraz porodem.

W krajach zachodu zauważalna jest wyraźna różnica w jakości publicznej opieki medycznej dotyczącej ciąży, porodu i opieki poporodowej. Rozdźwięk ten dotyczy również długości urlopów macierzyńskich, tacierzyńskich i rodzicielskich. W Szwecji większość opieki medycznej publicznego sektora zdrowia finansowana jest z podatków. Średnia liczba wizyt w czasie ciąży bez powikłań u szwedzkiej położnej wynosi ok. 9. Między 17 a 19 tygodniem ciąży wykonuje się USG. Dopiero, gdy jest taka potrzeba, następuje wizyta u lekarza. Dodatkowo – w odróżnieniu od polskiej publicznej opieki zdrowotnej – rodzicom będącym w pierwszej ciąży oferuje się zajęcia edukacyjne, których zadanie polega na przygotowaniu ich do dalszych etapów ciąży, porodu i nowej roli. Ponadto przyszli ojcowie mają możliwość wzięcia udziału w dedykowanych im zajęciach w ramach grup wsparcia, gdzie rolę lidera pełni doświadczony ojciec. Porody odbierane są przede wszystkim przez położne. Jedynie porody instrumentalne i cesarskie cięcia wykonywane są przez lekarzy (Friedewald i wsp., 2005).

Mężczyznom, którzy wzięli udział w porodzie, zaproponowano wypełnienie ankiety po dwóch miesiącach od narodzin dziecka. W badaniu wzięło udział 828 mężczyzn, wykluczono 233 ankiety ojców uczesniczących w porodach instrumentalnych oraz planowanych i nagłych cięciach cesarskich. Wyniki opierają się na danych od 595 mężczyzn obecnych podczas porodów naturalnych. Po raz pierwszy uczestniczyło w porodzie 258 ojców, a 337 kolejny raz. Badacze zauważyli związek pomiędzy jakością opieki przed porodem, poziomem edukacji, a także zaangażowaniem ojców w ciążę i poród, a ich doświadczeniami dotyczącymi porodu. Pozytywne doświadczenia związane z porodem miało 82% ojców. Zauważono również, że obecność położnych w czasie ciąży i porodu była dla ojców jednym z najważniejszych czynników w pozytywnej ocenie opieki oraz doświadczeń związanych z ciążą i porodem. Wartość informacji była subiektywnie wyżej oceniana przez ojców informowanych o przebiegu porodu. Wykazano również, że ojcowie chcieli być bardziej zaangażowani w poród niż było to możliwe. Ojcowie subiektywnie oceniali również opiekę i wsparcie położnych oraz możliwość uczestnictwa w podejmowaniu decyzji jako wyższe niż było rzeczywiście potrzebne. Zauważono również związek między doświadczeniem dotyczącym porodu a czynnikami dotyczącymi opieki położnej. Mężczyźni, którzy mieli pozytywne doświadczenia, wyżej oceniali jakość opieki położnej niż mężczyźni z gorszymi doświadczeniami. Mężczyźni zadowoleni z obecności, roli i informacji przekazywanych przez położne

znacznie częściej informowali o pozytywnych doświadczeniach związanych z porodem. Wsparcie położnych jest szczególnie ważne dla mężczyzny, który pierwszy raz doświadcza porodu. Jest to dla niego sytuacja nieznaną. Proponowane zajęcia edukacyjne, których celem jest przygotowanie ojca do porodu i późniejszej roli, są bardzo cenne, ale nie zastąpią doświadczenia. W badaniach zauważono, że mimo uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych, część ojców nadal doświadczała obaw związanych z porodem. Dlatego wspierająca obecność położnej jest tak ważna dla ojców, zwłaszcza gdy jest to dla nich pierwszy poród. Mężczyźni, którzy mieli już okazję wziąć udział w porodzie, w mniejszym stopniu potrzebują wsparcia położnej, ponieważ mają już związane z porodem doświadczenia, a to może podnosić ich pewność siebie w tej sytuacji (Johnson, 2002).

Obecność położnych, informowanie o postępach porodu były najważniejszymi czynnikami związanymi z pozytywnym odbieraniem tego doświadczenia przez mężczyzn, a także z radzeniem sobie z emocjami i pomocą w udzieleniu wsparcia rodzącej kobiecie. Mężczyźni ufają położnym i czują się w ich obecności bezpieczniej (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011). Stała obecność położnej ma pozytywny wpływ nie tylko na ojca, przynosi także wiele korzyści matce i dziecku. Jest związana ze zmniejszoną potrzebą analgezji, ograniczeniem liczby porodów instrumentalnych i porodów za pośrednictwem cięcia cesarskiego. Zauważono również jej pozytywny wpływ na punktację w skali Apgar (Hodnett i wsp., 2007). W badaniach odnotowano również istotny związek między obecnością mężczyzny w czasie porodu a pozytywnymi doświadczeniami matki (Vehviläinen-Julkunen i Liukkonen, 1998; Dellmann, 2004). Ustalono także, że dla ojca mającego już doświadczenie w porodzie swojego poprzedniego dziecka najważniejsza była informacja o przebiegu porodu. Ojcowie doświadczający porodu po raz pierwszy inaczej oceniali informacje niż mężczyźni, którzy mieli już wcześniej możliwość uczestniczenia w porodzie swojego dziecka. Gdy informacje zostały uznane za niewystarczające, niejasne lub nie uzyskiwali adekwatnych odpowiedzi na swoje pytania, ojcowie czuli się wykluczeni z opieki, sfrustrowani i rozczarowani. Wystarczała im nawet informacja, że poród przebiega prawidłowo. Zauważono związek informowania ojców ze wzrostem poczucia kontroli (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011).

Informacje mają kluczowe znaczenie w doświadczaniu i postrzeganiu otrzymywanego wsparcia. Według Oakley wsparcie informacyjne jest aspektem wsparcia profesjonalnego i jest tożsame z otrzymywaniem porad lub konkretnych odpowiedzi na żądanie (Oakley, 1994). Wykazano, że uzyskane od położnych, przyjaciół i z literatury informacje miały wpływ na jakość pomocy udzielanej kobiecie przez mężczyznę w czasie porodu (Bäckström i Hertfelt Wahn, 2011). Część ojców, których doświadczenia porodowe były mniej pozytywne, mimo to pozytywnie oceniało rolę położnej. Sytuacja ta może mieć związek z długością porodu, możliwością redukcji bólu matki, oczekiwaniami dotyczącymi porodu lub wcześniejszymi doświadczeniami związanymi z poprzednimi porodami (Johnson, 2002).

W jednym z opracowań zasygnalizowano trudność położnych z wyborem sposobu wspierania mężczyzn w czasie porodu, ponieważ każdy mężczyzna może potrzebować innej pomocy. Mężczyźni różnie zachowują się w czasie porodu i mogą przyjmować różne role. Jest to związane między innymi z relacjami między partnerami, wcześniejszymi doświadczeniami pary, czynnikami osobowościowymi oraz oczekiwaniami mężczyzny (Chapman, 1992).

Wyniki badań pozwalają na lepsze zrozumienie ojców, ich doświadczeń porodowych, obaw, potrzeby wsparcia oraz innych czynników dla nich istotnych. Wskazują również na kluczową rolę położnej w czasie ciąży i porodu w pozytywnym doświadczaniu tego wydarzenia przez mężczyzn. Najważniejszymi aspektami dla nich są wsparcie, informacje o przebiegu porodu oraz obecność położnej. Należy pamiętać, że potrzeby ojców uczestniczących w porodzie po raz pierwszy mogą się różnić od potrzeb mężczyzn doświadczających porodu po raz kolejny (Franséhn i Bäck-Wiklund, 2008).

W większości krajów Afryki ciąża i poród są kulturowo zarezerwowane wyłącznie dla kobiet. Społeczeństwo nie oczekuje od mężczyzn zaangażowania i obecności w wizytach prenatalnych, w szkole rodzenia oraz w czasie porodu (Theuring i wsp., 2009). Mimo to w krajach patriarchalnych do

mężczyzn należy decyzja, czy w ogóle, w jaki sposób, kiedy i z jakiej opieki zdrowotnej kobiety będą korzystały, często nie jest to w ogóle omawiane z przyszłymi matkami. W społeczeństwach, gdzie kobiety mają niski wpływ na podejmowanie decyzji i zarządzanie budżetem domowym, zdrowie kobiet oraz dzieci może być zagrożone (Caldwell, 1986). W Kenii niskie wykorzystanie opieki przedporodowej i porodowej ma związek ze zwiększoną śmiertelnością kobiet w czasie porodu. W przeprowadzonych badaniach zauważono, że udział i zaangażowanie ojców w opiece przedporodowej oraz porodowej ma związek ze zwiększoną intensywnością poszukiwania lepszej jakościowo opieki zdrowotnej, mającej bezpośredni wpływ na zdrowie matki i dziecka. Przeszkodą w możliwym zaangażowaniu mężczyzn w opiekę przedporodową i porodową mogą niestety być niektóre programy zdrowotne wprowadzane przez rząd, które nie ułatwiają mężczyznom uczestnictwa i aktywnej obecności w tych procesach.

Przeprowadzono badanie dotyczące postrzegania przez mężczyzn z wiejskich obszarów zachodniej Kenii jakości opieki przedporodowej i porodowej oraz czynników zaburzających lub pobudzających ich zaangażowanie. Zauważono, że matki miały zapewniane wsparcie w czasie ciąży i porodu ze strony innych kobiet, a mężczyźni byli wręcz wykluczani z możliwości wsparcia i opieki. Ojcowie nie byli również pierwszymi osobami, które były informowane przez matki o ciąży. Kobiety woła w pierwszej kolejności poinformować o tym przyjaciółki, współżony, rodziców lub teściów, a nawet sąsiadów. Zdaniem mężczyzn jest to spowodowane brakiem śmiałości w rozmowie z mężem na tematy spraw kobiecych. Inną przyczyną może być strach wywołany nieplanowaną ciążą. Rolą mężczyzny w czasie ciąży żony jest przejmowanie jej obowiązków domowych, takich jak: uprawa ziemi, dostawy wody, rąbanie drewna na opał, aby przyszła matka mogła odpoczywać. Czynności te są uważane za szkodliwe dla ciężarnej oraz dziecka. Niektórzy mężczyźni zdecydowali się na zakup dodatkowej żywności dla kobiety w celu uzupełnienia ewentualnych braków w diecie. Istnieje również przekonanie, że obcisła odzież jest szkodliwa dla płodu, dlatego niektórzy mężczyźni zdecydowali się również na zakup swoim partnerkom odzieży ciążowej. Jedynie kilku starszych mężczyzn zasygnalizowało, że przypominali kobietom o terminach wizyt lekarskich, a nawet czasem towarzyszyli partnerkom w tych wizytach, jednak tylko w sytuacjach, gdy kobieta była chora lub coś zagrażało nienarodzonemu dziecku. Udzielanie wsparcia emocjonalnego zostało wyróżnione zarówno przez młodych, jak i przez starszych ojców dopiero wtedy, gdy badacz o to zapytał. Zauważono także, że mężczyźni decydują o tym, czy kobieta będzie korzystała z opieki prenatalnej. Wspomniane decyzje dotyczą również jakości, częstotliwości i rodzaju opieki, z jakiej kobieta będzie mogła korzystać. Źródłem jest patriarchalny charakter społeczeństwa, ale także fakt, że mężczyźni utrzymują swoje rodziny, dlatego dają sobie prawo do podejmowania takich decyzji. Niektórzy mężczyźni za powód takiego stanu rzeczy podają lenistwo kobiet, ignorancję i złe zachowanie w czasie poszukiwania opieki zdrowotnej. Co ciekawe, niektórzy mężczyźni przymuszali swoje żony do korzystania z opieki prenatalnej. Mężczyźni deklarowali swoją wiedzę dotyczącą badań oferowanych w czasie opieki prenatalnej. Większość z nich wiedziała, że usługi te dotyczą potwierdzenia ciąży i tego, czy dziecko jest nosicielem wirusa HIV. Czasem także wskazywano, że służą sprawdzeniu ułożenia płodu. Zdecydowanie mniej mężczyzn zaznaczyło, że wspomniane badania umożliwiają również sprawdzenie wagi i wielkości płodu, pomiarów ciśnienia krwi, prawidłowości bicia serca, potwierdzenia grupy krwi oraz testowania na malarię. Zdecydowana większość mężczyzn podkreślała swoją wiedzę o tym, że leki są wydawane na receptę, ale nie mieli wiedzy na temat tego, jakie leki powinna przyjmować kobieta i czemu one służą. Większość mężczyzn wskazywała również, że kobiety powinny korzystać z opieki prenatalnej i uznawała szpital za najlepsze miejsce na poród o znaczącym wpływie na ograniczenie ryzyka powikłań w czasie porodu (Kwambai i wsp., 2013).

W Szwecji od początku lat 90. XX w. jednym z głównych celów polityki prorodzinnej stała się równość matek i ojców względem wspólnego rodzicielstwa. Zachęca się do aktywnego zaangażowania ojców w ciążę, poród i wychowywanie dzieci. Wzmocniono również prawa ojców po rozwodzie do

regularnych kontaktów z dziećmi i wspólnej opieki. Łączny czas przysługującego płatnego urlopu rodzicielskiego wynosi 480 dni, z czego aż dwa miesiące są zarezerwowane tylko dla ojców (Franséhn i Bäck-Wiklund, 2008).

Zgodnie z art. 182 *Kodeksu pracy* obecnie urlop tacierzyński w Polsce to zaledwie dwa tygodnie. Podstawowy urlop macierzyński w Polsce wynosi 20 tygodni, z czego 14 tygodni może zostać wykorzystane tylko przez matkę. Kolejne 6 tygodni to czas dodatkowy, który można wykorzystać tuż przed porodem lub po wykorzystaniu 14-tygodniowego urlopu macierzyńskiego i ten czas może być również wykorzystany przez ojca. Są to okresy w pełni płatne. Dostępny jest również urlop rodzicielski, trwający do 32 tygodni w przypadku urodzenia lub wzięcia pod opiekę jednego dziecka oraz 34 tygodni w przypadku urodzenia bądź wzięcia pod opiekę dwójki lub większej liczby dzieci. Urlop ten można podzielić między matkę i ojca. Tylko część wspomnianego urlopu jest w pełni płatna. Przeprowadzono badanie dotyczące oceny urlopów tacierzyńskich w Polsce. Większość Polaków pozytywnie ocenia idee takich rozwiązań. Pogląd, że urlop ten pomoże w zaangażowaniu ojców w opiekę nad dzieckiem prezentowało 69% mężczyzn, a 65% z nich uważa również, że urlop tacierzyński wzmacnia relacje partnerskie z matką dziecka (Bierca, 2014).

Zaangażowanie mężczyzny a przystosowanie do roli ojca

W badaniu Alio i wsp. (2013), w którym wzięło udział 50 uczestników (37 kobiet, 13 mężczyzn), poproszono o zdefiniowanie postaci *idealnego ojca* oraz *męskiego zaangażowania*. Zostały podane bardzo konkretne definicje *idealnego ojca* w czasie ciąży oraz cechy charakterystyczne i czynności wpisujące się w *idealne zaangażowanie*. Zdaniem kobiet idealny ojciec to taki, który jest aktywnym, obecnym i dostępnym uczestnikiem ciąży. Uczestniczy w wizytach prenatalnych, USG, edukuje się, bierze udział w zajęciach dla rodziców, chodzi do szkoły rodzenia, na sali porodowej wspiera swoją partnerkę, przecina pępowinę i zajmuje się sprawami formalnymi związanymi z porodem. Aktywnie troszczy się o matkę i ciążę, poszerza swoją wiedzę dotyczącą procesu ciąży oraz dbania o zdrowie zarówno dziecka, jak i matki, zadaje pytania matce i lekarzowi w czasie wizyt, aby zdobyć jak najwięcej informacji, które mogą zapewnić prawidłowość przebiegu ciąży. Jest obecny oraz wspiera matkę emocjonalnie i fizycznie. Pomaga w podejmowaniu ważnych decyzji, dotyczących planu ciąży, wyboru imienia dziecka, przygotowania domu dla nowego mieszkańca. Dbą o samopoczucie matki i jej samoocenę, komplementuje ją i zapewnia o tym, że jest piękna i kobieca, interesuje się nią i zapewnia, że będzie dobrą matką oraz, że sobie ze wszystkimi razem poradzą, rozumie zmiany hormonalne zachodzące w ciele matki, empatyzuje i wykazuje się cierpliwością oraz spokojem, akceptuje czasem dynamiczne zmiany emocji i nastrojów, dba o jej spokój i odpoczynek. Kobiety i mężczyźni wspólnie podkreślają ważność partnerskiego podejścia do ciąży i rodzicielstwa oraz związaną z nimi odpowiedzialność. Współuczestnictwo partnera w rozwiązywaniu codziennych wyzwań zapewnia matce poczucie bezpieczeństwa. Ważne, aby rodzice w równym stopniu interesowali się faktem posiadania dziecka i angażowali się wspólnie we wszystkie fazy tego procesu. Taka postawa zapewni kobiecie poczucie wsparcia i uchroni przed osamotnieniem. Rolą idealnego ojca jest także pocieszanie i opieka nad matką, aby zapewnić jej możliwie jak największy komfort. Ważnym aspektem jest też przejmowanie przez mężczyznę odpowiedzialności za obowiązki domowe i opiekę nad innymi dziećmi w rodzinie. Mężczyzna powinien również dbać o zdrowy styl życia kobiety, o jej dietę, suplementację oraz aktywność fizyczną, zabierać na spacer i ćwiczyć z nią, aby okazać jej wsparcie i zaangażowanie. W tym badaniu zauważono również, że ani kobiety, ani mężczyźni nie wspominali w swoich odpowiedziach o kwestiach finansowych. Dopiero, gdy zostali o to zapytani, skupiali się na tym aspekcie. Uczestniczki uznały, że wsparcie finansowe jest istotne, jednak wsparcie emocjonalne i fizyczne jest zdecydowanie ważniejsze w czasie ciąży. Idealny ojciec został również określony jako obrońca, który bez względu na

wszystko zapewni bezpieczeństwo matce i dziecku, musi być odpowiedzialny oraz dojrzały. Wszystkie wcześniej wymienione cechy idealnego ojca są w opinii badanych integralną częścią dobrego męskiego zaangażowania (Alio i wsp., 2013).

Model męskiego zaangażowania

W modelu męskiego zaangażowania do jego czynników zalicza się dostępność, przywiązanie, odpowiedzialność i relacje partnerskie (Alio i wsp., 2013).

W badaniach dotyczących rozwoju dzieciństwa dostępność określa się jako fizyczną obecność ojca i zdolność do nadzorowania dziecka bez aktywnego uczestnictwa w wykonywanych przez potomka czynnościach (Berger i Langton, 2011). Porównywalnie w czasie ciąży obecność ojca w domu oraz w czasie czynności prenatalnych jest związana z budowaniem rodzicielskiej wspólnoty w czasie ciąży. Kluczowym czynnikiem są tutaj relacje między partnerami. Jakość tych relacji ma również związek z późniejszym zaangażowaniem się w wychowywanie i relacje z dzieckiem (Lu, 2010). Najważniejszą determinantą w relacjach między partnerami jest komunikacja prenatalna i postnatalna, to ona wpływa na występowanie i poziom zaangażowania ojców (Ahrns i Miller, 1993).

Drugim czynnikiem jest przywiązanie, które w okresie niemowlęcym związane jest z interakcją i zabawami z dzieckiem oraz czytaniem mu książek (Lamb i wsp., 1987; Peters i wsp., 2000; Berger i Langton, 2011). W czasie ciąży interakcja ta jest skierowana w stronę matki i ma związek z czynnościami prenatalnymi, do których należą pozyskiwanie informacji i edukacja na temat ciąży, porodu oraz wychowania dziecka, a także aktywne uczestnictwo w wizytach lekarskich, zadawanie lekarzowi pytań dotyczących przebiegu ciąży i jej jakości dla partnerki. Gdy mężczyzna udziela aktywnego wsparcia i pomocy kobiecie, staje się oczywiste, że będzie również aktywnym uczestnikiem w czasie ciąży, porodu i po porodzie (Harris i Marmer, 1996). Stopień przywiązania jest związany z jakością relacji między partnerami i chęcią posiadania dziecka (Martin i wsp., 2007).

Istotnym czynnikiem wpływającym na poziom męskiego zaangażowania jest związek miłosny między partnerami w czasie ciąży. Kobiety uznały tę sytuację za idealną, natomiast mężczyźni uznali ją za kluczową dla poziomu ich zaangażowania. Związek emocjonalny lub romantyczny między partnerami, bądź jego brak, ma istotny wpływ na poziom zaangażowania mężczyzny w czasie ciąży i porodu, a to przekłada się na samopoczucie matki we wszystkich etapach ciąży, jak też jej zakończeniu. Związek miłosny między partnerami ma wpływ nie tylko na dobre samopoczucie matki w czasie ciąży, jej emocje czy łagodzenie napadów depresji, lecz także na poczucie bezpieczeństwa i pewność, że partner zostanie z nią nawet po porodzie. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety podkreślają, że związek między nimi jest bardzo ważny i jest determinantą jakości ciąży oraz porodu. Zaisztniała jednak również zgoda co do tego, że niezależnie od okoliczności, jakości i statusu związku należy skupić się przede wszystkim na dziecku. Bardzo ważna w budowaniu związku jest dobra komunikacja. W badaniach zauważono, że kobiety uważają mężczyzn za niepotrafiących wyrażać swoich uczuć i emocji, a to negatywnie wpływa na ich relację. Mężczyźni natomiast zauważyli, że kobiety często są oskarżycielskie w czasie rozmowy z nimi (Alio i wsp., 2013).

Kolejnym czynnikiem jest odpowiedzialność, wyrażająca złożone role mężczyzn we wsparciu finansowym po urodzeniu dziecka. W czasie ciąży jest ona przeniesiona w kierunku matki dziecka i nie dotyczy jedynie finansowych aspektów wsparcia. Odpowiedzialny ojciec to taki, który jest opiekunem, żywicielem, obrońcą i pielęgnuje swoją partnerkę (Peters i wsp., 2000).

Bez wszystkich wyżej wymienionych czynników męskie zaangażowanie jest niekompletne i niezapewniające dziecku fundamentalnego wsparcia, niezbędnego dla zachowania prawidłowego rozwoju fizycznego, psychologicznego i emocjonalnego (Lamb i wsp., 1987; Harris i Marmer, 1996). Brak zaangażowania mężczyzny w czasie ciąży ma duży związek z zachorowalnością i śmiertelnością dzieci

po porodzie, dlatego należy wzmacniać rolę ojca i jego zaangażowania w czasie ciąży. Pomimo trudności w pomiarach oraz ocenie męskiego zaangażowania można z całą pewnością wskazać związek między zaangażowaniem ojca a zdrowiem dziecka (Padilla i Reichman, 2001; Hohmann-Marriott, 2009; Alio i wsp., 2010b).

Korzyści płynące z męskiego zaangażowania w ciążę i poród

Zaangażowanie się we wszystkie wymiary ciąży i porodu jest dla mężczyzny pomocne w przystosowaniu się do nowej roli i transformacji rodziny (Kaye i wsp., 2014). Zaangażowanie ojców w ciążę ma nie tylko pozytywny wymiar w ich przystosowaniu się do nowej roli, lecz także istotnie wpływa na zmniejszenie ryzyka występowania negatywnych objawów zdrowotnych u matki, zmniejsza ryzyko przedwczesnego porodu, pozytywnie wpływa także na rozwój płodu, prawidłową masę urodzeniową oraz wzrost dziecka (Padilla i Reichman, 2001; Ngui i wsp., 2009; Alio i wsp., 2010; Ghosh i wsp., 2010). Zaangażowanie rodzicielskie przyszłych ojców ma również związek ze śmiertelnością niemowląt do pierwszego roku życia (Alio i wsp., 2011). Badania wykazały również, że duże zaangażowanie ojców w czasie ciąży wpływa na lepszą jakość porodu dla matki (Misra i wsp., 2010). Wpływ na poprawę jakości porodu ma przede wszystkim zmniejszanie stresu matek poprzez wsparcie emocjonalne, zapewnienie bezpieczeństwa finansowego i odciążanie jej z codziennych obowiązków (Padilla i Reichman, 2001). Badacze zauważyli, że kobiety z zaangażowanymi partnerami szybciej uzyskują opiekę prenatalną i ograniczają palenie papierosów w ciąży (Zambrana, 1991; Martin i wsp., 2007). W innej pracy opisano wpływ zaangażowania partnerów na obniżenie stresu matek (Ghosh i wsp., 2010) oraz poprawę ich samopoczucia, co w znaczącym stopniu wpływa na poprawę wyników porodowych (Austin i wsp., 2000). W kolejnym doniesieniu, w którym rozpatrywano zaangażowanie ojców w czasie ciąży, autorzy zwrócili uwagę na dwa powiązane ze sobą obszary: zaangażowania się w opiekuńcze zaspokajanie potrzeb matek oraz potrzeby związane z adaptacją do ciąży. Obie kwestie docelowo służą poprawie sytuacji matki i dziecka poprzez zwiększenie zaangażowania ojca, czyli wzrost wsparcia, obecności i dostępności (Alio i wsp., 2013).

W badaniach zauważono, że ojcowie przejmują dużą część obowiązków domowych, aby matka mogła mieć więcej czasu wolnego, a to w konsekwencji pozwala na stosowanie się do pozytywnych zachowań zdrowotnych: dbałość o zdrowe odżywianie się, regularne wizyty u lekarza, odpoczynek i unikanie używek (Alio i wsp., 2013; Kwambai i wsp., 2013). Zapewnienie przez ojców wsparcia emocjonalnego i finansowego sprawia, że matki doświadczają spadku poziomu stresu oraz doznają zwiększenia pozytywnych zachowań zdrowotnych (Alio i wsp., 2010; Ghosh i wsp., 2010). Zauważono również, że ojcowie podczas pierwszej ciąży partnerki wykazują się większym zaangażowaniem, co ma związek z większym poziomem ekscytacji niż przy kolejnych ciążach, a to z kolei może mieć związek z szybszym dostosowywaniem się do nowej sytuacji (Fenwick i wsp., 2012). Należy pamiętać, że niezależnie od okoliczności ojcowie również potrzebują wsparcia zarówno rodziny, jak i pracowników opieki zdrowotnej, potrafiących wskazywać właściwe źródła porad medycznych dotyczących ciąży i ojcostwa, dzięki czemu poczucie bezpieczeństwa mężczyzny może zostać istotnie zwiększone, a to będzie miało również wymierne korzyści dla dobrostanu matki oraz dziecka (Poh i wsp., 2014). Pomijanie ojców i pozostawianie ich samym sobie przez pracowników opieki medycznej powoduje frustrację, złość i przygnębienie u mężczyzn, co może mieć również związek ze spadkiem ich zaangażowania (Jimenez, 2010).

Bariery związane z męskim zaangażowaniem

Istnieje wiele barier, mających istotny związek z chęcią i poziomem zaangażowania się mężczyzny w ciążę, poród oraz ojcostwo. Niesatysfakcjonująca relacja między partnerami, również nieprawidłowe relacje z rodzicami partnerki, niechęć mężczyzny do nowych obowiązków związanych z posiadaniem dziecka, społeczne utrwalanie ról płciowych i przrzucanie odpowiedzialności za opiekę nad dziećmi na kobiety mogą znacząco obniżać chęć oraz poziom męskiego zaangażowania. Przygodne romanse i uniesienia miłosne mogą stać się źródłem niepewności mężczyzny, czy jest ojcem dziecka, a to również może powodować brak chęci do zaangażowania się. Niezrozumienie roli ojcostwa przez mężczyznę, nawet po rozstaniu z partnerką, brak zrozumienia konsekwencji z tym związanych, takich jak alimenty i prawne obowiązki, również mogą mieć wpływ na męskie zaangażowanie. Wśród przyczyn można wskazać brak odpowiedniej edukacji i wzorców do naśladowania. Istotna dla występowania, poprawy i chęci męskiego zaangażowania jest edukacja dotycząca praw, obowiązków i oczekiwań związanych z ojcostwem oraz na temat ciąży i jej przebiegu. Niebagatelne znaczenie ma także, aby zarówno matki, jak i pracownicy służby zdrowia doceniali męskie zaangażowanie w czasie ciąży oraz rozumieli jego pozytywny wpływ na jakość porodu, a także zdrowie matki i dziecka. Wreszcie warto zauważyć, że jednym z kluczowych elementów jest rola wsparcia oraz szkoleń dotyczących komunikacji dla obu rodziców, aby wzmocnić ich związek (Kerr i Bowen, 1988).

Zdrowie psychiczne mężczyzn w okresie okołoporodowym

Obecność ojców w czasie ciąży i porodu w ostatnich dziesięcioleciach istotnie się poprawiła. W związku z możliwością pojawienia się różnych komplikacji w czasie ciąży i porodu, mogących nieść ryzyko dla życia i zdrowia matki oraz dziecka, rodzice są narażeni na traumy. Sytuacje te mogą również istotnie wpłynąć na stan zdrowia narodzonego dziecka i prawidłowość jego rozwoju. Takie sytuacje również mogą mieć znaczący wpływ na zdrowie psychiczne ojców. W trudnych, nieprzewidzianych sytuacjach, mogących zagrażać matce i dziecku, mężczyzna również potrzebuje dodatkowego wsparcia społecznego. Jest ono ważne nie tylko dla samego mężczyzny, lecz także dla jego późniejszej zdolności wspierania kobiety. Istotnym źródłem pomocy są pracownicy opieki zdrowotnej. Lekarz i położna powinni zapewnić dostateczne wsparcie ojcom, zwłaszcza w sytuacjach porodów z komplikacjami. Niskie wsparcie może w konsekwencji negatywnie wpłynąć na zdrowie psychiczne ojców oraz mieć związek z negatywnymi doświadczeniami porodowymi i powodować poczucie wykluczenia u mężczyzn. Rola lekarzy i położnych ma fundamentalne znaczenie, należy zatem dołożyć wszelkich starań, aby ich postawa była wysoce wspierająca i nastawiona na pomoc również ojcom, ponieważ wsparty mężczyzna, to mężczyzna zdolny do wspierania kobiety (Vallina i wsp., 2019).

Występowanie depresji i zaburzeń lękowych w okresie okołoporodowym u mężczyzn wynosi odpowiednio 5–10% i 5–15%. Niezależnie od stanu zdrowia psychicznego matki, dzieci z rodzin, w których ojcowie dotknięci są depresją lub zaburzeniami lękowymi mają zwiększone ryzyko rozwoju negatywnych konsekwencji emocjonalnych i behawioralnych (Darwin i wsp., 2017). Dlatego istotne jest zapobieganie wspomnianym zaburzeniom oraz promowanie troski o zdrowie psychiczne ojców. Prewencja zaburzeń ma kluczowy wpływ nie tylko dla ojców, ale przede wszystkim dla całej rodziny.

W publikacji dotyczącej poglądów ojców i ich doświadczeń okołoporodowych zauważono, że mężczyźni swój stres kojarzyli z wyczerpaniem, drażliwością i niską koncentracją. Mężczyźni mieli poczucie wykluczenia przez położne, ale uważali, że nie oni powinni być obiektem wsparcia położnych i oczekiwali od nich większego skupienia się na matce. Jedną z najważniejszych potrzeb wymienianych przez mężczyzn była potrzeba wspierania swojej partnerki i zadbanie o wzmocnienie relacji partnerskiej.

Był to również czynnik najważniejszy w prawidłowej transformacji mężczyzny do roli ojca. Mimo korzystania z dostępnych form wsparcia dla ojców, respondenci zauważyli brak adekwatnego i dedykowanego wsparcia dla ojców. W okresie okołoporodowym mężczyźni powszechnie doświadczają niepokoju psychicznego, lecz bagatelizują jego znaczenie. Może to być przyczyna niechętnego sygnalizowania przez mężczyzn potrzeby wsparcia. Poszukiwanie wsparcia może również generować u mężczyzn obawę, że w związku z tym zostanie zmniejszona ich koncentracja na potrzebach kobiet. Należy zwrócić większą uwagę na prawidłowe zarządzanie zdrowiem psychicznym mężczyzn oraz dostosować opiekę ojców do roli skoncentrowanej na wspieraniu matek (Darwin i wsp., 2017).

Istnieje wiele dowodów, że ojcostwo ma pozytywny oraz ochronny wpływ na zdrowie mężczyzn. Jednak w okresie okołoporodowym rola ojca może być dla mężczyzny stresująca., gdyż jest to wymagający czas zmian. Większość ojców wzmożony stres przeżywa w momencie porodu. W badaniach zauważono, że stres wzrasta się w okresie przed porodem, osiąga szczyt w momencie porodu i sukcesywnie spada po urodzeniu się dziecka oraz na późniejszych etapach poporodowych. Do stresorów mężczyzn w czasie ciąży można zaliczyć lęk przed porodem i rolą ojca, poczucie braku wiedzy na temat zajmowania się noworodkiem, brak wiedzy na temat procesu ciąży oraz sposobów wspierania kobiety, a także zmiany i niedogodności związane z ciążą. Badania dowiodły, że stres u ojców może mieć związek z pogorszeniem się zdrowia psychicznego i powstania takich niedogodności, jak: zmęczenie, przewlekły stres, lęk oraz depresja. Stres i konsekwencje z nim związane mogą również wpływać na relacje społeczne mężczyzn. Niestety, istnieje niewiele opracowań poświęconych stresowi przeżywanemu przez mężczyzn w okresie okołoporodowym (Philpott i wsp., 2017).

Lęk, towarzyszący w tym okresie mężczyznom może mieć negatywny wpływ na matkę i dziecko oraz na nich samych. Podobnie jak w przypadku stresu, niewiele jest badań dotyczących odczuwania lęku przez mężczyzn w okresie prenatalnym i postnatalnym ich dzieci. W badaniach zauważono, że dowolne zaburzenia lękowe dotyczą 4,1–16% mężczyzn w okresie przedporodowym i 2,4–18% w okresie poporodowym. Zaburzenia lękowe są powszechne u mężczyzn w okresie prenatalnym, a lęk jest wysoce skorelowany z rozwojem depresji (Leach i wsp., 2016).

W badaniu przesiewowym populacji ojców w okresie okołoporodowym zwrócono uwagę na trzy cele. Pierwszym z nich było sprawdzenie zdrowia psychicznego przyszłych ojców, biorąc pod uwagę uzależnienia, poziom depresji, lęku, ataków złości i somatyzacji oraz rozpoznając ich profile psychologiczne. Drugim celem tego badania było zbadanie związku między ich profilami psychologicznymi a subiektywnym odczuwaniem stresu. Trzecim celem było przeanalizowanie związku między profilami psychologicznymi mężczyzn a przystosowaniem się małżeńskiej pary do nowej sytuacji. W badaniu wzięło udział 350 włoskich przyszłych ojców w czasie ostatniego trymestru ciąży ich partnerki, którzy wypełniali ankiety dotyczące stresu, objawów psychiatrycznych, depresji oraz przystosowania diady. Wyróżniono trzy różne grupy: 68% stanowili mężczyźni zdrowi psychicznie o niskich wynikach we wszystkich badanych skalach, 17,1% stanowili mężczyźni zagrożeni występowaniem problemów behawioralnych o umiarkowanych wynikach w badanych skalach, cechujący się jednym lub kilkoma zachowaniami ryzykownymi lub związanymi z uzależnieniami oraz grupę mężczyzn doświadczającą dystresu psychicznego, która stanowiła 14,9% o najwyższych wynikach we wszystkich skalach. Zauważono istotny związek między przystosowaniem się pary, stresem i przynależnością do grupy. Przedstawione wyniki badania wskazują na konieczność częstszego przeprowadzania badań przesiewowych wśród przyszłych ojców korzystających z opieki zdrowotnej okołoporodowej. Obecnie zainteresowanie badaczy jest skoncentrowane przede wszystkim na matkach. Ankiety prowadzone z udziałem przyszłych ojców wskazują również na olbrzymią potrzebę tworzenia spersonalizowanych i dopasowanych interwencji skupionych na ojcach (Mangialavori i wsp., 2021).

Ciąża i poród w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2

W czasie ciąży kobiety niepokoją się o zdrowie i życie dziecka, ewentualne komplikacje i sam przebieg porodu. Towarzyszy im zwiększony poziom stresu i lęku, szczególnie nasilony u kobiet mających doświadczenia związane z trudną ciążą, komplikacjami i powikłaniami porodowymi. Kolejnym aspektem istotnie związanym z podwyższonym poziomem lęku są trudności finansowe i kłopoty w relacji z partnerem. Badania przeprowadzone w czasie pandemii wśród irlandzkich ciężarnych kobiet wskazują, że pandemia ma znaczący związek ze zwiększonym poziomem stresu i lęku. Spośród ankietowanych przyszłych matek 83% przeżywało w czasie ciąży przewlekły stres i lęk o swoje dziecko, chociaż przed pandemią trudności te nie występowały. Wysokiego poziomu stresu i lęku przeżywanego przez respondentki nie zmniejszał fakt, że kobiety w ciąży chorujące na COVID-19 nie potrzebowały intensywnej terapii szpitalnej, rodziły zdrowe dzieci oraz nie wykrywano obecności wirusa w ich mleku (Studniczek i Kossakowska, 2020).

Z podwyższonym poziomem stresu i lęku, a także z silniejszym bólem odczuwanym przez kobiety w czasie porodu, istotnie związany jest zakaz porodów rodzinnych. Sytuacja ta ma również związek ze zwiększoną liczbą cięć cesarskich. Negatywne w skutkach jest również to, że w wielu krajach po porodzie rozdziela się chorą na COVID-19 matkę i dziecko, a także nie pozwala się na karmienie piersią, co ma negatywny wpływ na zdrowie dziecka. Rozdzielanie matki i dziecka oraz zakaz karmienia piersią wpływają również negatywnie na tworzącą się więź, mają związek ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej oraz innych zaburzeń psychicznych (Studniczek i Kossakowska, 2020).

W czasie pandemii nie jest również możliwe współuczestnictwo ojców w wizytach prenatalnych. Mężczyźni nie mogą przeżywać radości porównywalnej z emocjami kobiety widzącej po raz pierwszy obraz USG swojego dziecka oraz słyszącej bicie jego serca. Dla mężczyzn substytutem udziału w tych wizytach mogą być zdjęcia, nagrane filmiki lub nagranie dźwięku bicia serca dziecka. Zamieniki nigdy jednak nie zastąpią wspólnych wizyt, w czasie których wzmacniana jest więź między partnerami wspólnie odczuwającymi radość z wyjątkowych chwil oraz wzmacniana identyfikacja u mężczyzny z nową rolą ojca. W czasie zagrożenia związanego z pandemią mężczyźni nie mogli również brać udziału w porodzie. Nie mieli możliwości wspierania swojej partnerki w tym doświadczeniu oraz szansy współuczestniczenia w przyjęciu na świat swojego dziecka. Bierni i bezczynni mężczyźni niemający poczucia kontroli nad sytuacją mogą odczuwać zwiększony poziom stresu i lęku oraz mogą mieć poczucie wykluczenia i frustracji zaistniałą sytuacją, a także niemożliwością wzięcia udziału w jednej z najważniejszych dla nich chwil w życiu. Podobna sytuacja dotyczy braku możliwości udziału w wizytach prenatalnych. Mężczyźni mogą czuć się pominięci i nieważni. Dodatkowo mogą przeżywać stres związany z oczekiwaniem na informację, czy w czasie wizyty wszystko było w porządku i czy dziecko rozwija się prawidłowo. Ponadto mężczyźni pozbawieni są możliwości zadawania pytań lekarzowi i położnej. To może spowodować brak odpowiedniego przygotowania się mężczyzny do wspierania kobiety w ciąży i do nowej roli. Zmuszeni są do czerpania informacji z Internetu i literatury, bez możliwości pozyskiwania tej wiedzy od zaufanych ekspertów, jakimi są lekarze i położne.

PODSUMOWANIE

W prowadzonych obecnie badaniach uwaga jest skupiona przede wszystkim na przyszłych matkach. Istnieje niewiele doniesień skoncentrowanych na mężczyznach. Większość prac dotyczy pozytywnego wpływu obecności mężczyzny na jakość porodu i na zachowania zdrowotne matki. Niewielka ich część pochyła się nad psychologicznym wpływem ciąży i porodu na mężczyznę. W czasie pandemii koronawirusa mężczyźni stracili możliwość udziału w wizytach prenatalnych, a ich obecność w czasie porodu została mocno ograniczona. Należy zwrócić szczególną uwagę na istotność obecności mężczyzny od początku ciąży aż do porodu oraz rolę tak samo ważną, jak rola kobiet. Mężczyźni realizują

funkcję wspierającą, ale sami też potrzebują odpowiedniego zaplecza, które umożliwi im wspieranie kobiety. Na podstawie istniejących badań naukowych oraz dostępnej wiedzy psychologicznej można zauważyć, że poród nie dotyczy tylko dziecka i kobiety, ale także mężczyzny. Położne powinny zwrócić szczególną uwagę na aspekt mężczyzny w czasie ciąży, porodu i porożu. Przyszły ojciec może czuć się zagubiony i przeżywać różne emocje związane z nową rolą. Warto podkreślić, aby położne prowadzące szkoły rodzenia angażowały mężczyzn w zajęcia i współpracę z partnerkami, stwarzały warunki do rozmowy o przeżywanych emocjach oraz okazywały wsparcie. W czasie porodu położne powinny aktywnie reagować na zachowanie mężczyzn, okazywać im wsparcie i dawać wskazówki dotyczące prawidłowej postawy w czasie akcji porodowej. Po narodzinach mężczyźni przeżywają silne emocje, mogą czuć się zagubieni w nowej sytuacji, dlatego ważne, aby nie byli pozostawieni sami sobie. Tutaj ogromną rolę odgrywają położne, które powinny skupić się na instruktazu ojców dotyczącym opieki nad noworodkiem, np. prawidłowego trzymania dziecka, przewijania, reagowania na płacz i poszukiwania odpowiedniej dla dziecka pozycji. Należy pamiętać, że mężczyzna, aby mógł pełnić rolę wspierającą dla kobiety, sam musi czuć się pewnie. Taką pewność można zbudować dzięki współpracy z położną.

PIŚMIENICTWO

- Ahrons, C.R., Miller, R.B.** (1993). The effect of the postdivorce relationship on paternal involvement: a longitudinal analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(3): 441–450.
- Alio, A.P., Kornosky, J.L., Mbah, A.K., Marty, P.J. Salihu, H.M.** (2010). The impact of paternal involvement on fetal-infant morbidity among whites, blacks and hispanics. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5): 735–741.
- Alio, A., Lewis, A., Scarborough, K., Harris, K. Fiscella, K.** (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13: 60.
- Alio, A., Mbah, A., Kornosky, J., Wathington, D., Marty, P. Salihu, H.** (2011). Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. *Journal of Community Health*, 36(1): 63–68.
- Alio, A., Salihu, H., Kornosky, J., Richman, A. Marty, P.** (2010b). Feto-infant health and survival: does paternal involvement matter?. *Maternal and Child Health Journal*, 14(6): 931–937.
- Austin, M.P. Leader, L.** (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(3): 331–337.
- Bäckström, C. Hertfelt-Wahn, E.** (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1): 67–73.
- Barenski, S.** (2010). Transition to fatherhood: A Puerto Rican perspective (Doctoral dissertation). University of Massachusetts, Amherst.
- Bawadi, H.A., Qandil, A.M., Al-Hamdan, Z.M. Mahallawi, H.H.** (2016). The role of fathers during pregnancy: A qualitative exploration of Arabic fathers' beliefs. *Midwifery*, 32: 75–80.
- Bedford, V.A. Johnson, N.** (1998). The role of the father. *Midwifery*, 4(4): 190–195.
- Berger, L.M. Langton, C.E.** (2011). Young disadvantaged men as fathers. *Annals American Academy of Political and Social Science*, 635(1): 56–75.
- Bierca, M.** (2014). Urlopy „tacierzyńskie” w Polsce – silny trend czy chwilowa moda? Rozważania w kontekście przemian ról w rodzinie. *Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej. Studia Socjologiczne*, 4(215): 41–58.
- Bogren-Jungmarker, E., Lindgren, H. Hildingsson, I.** (2010). Playing the second violin is ok – Swedish fathers' experiences of antenatal care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55: 421–429.
- Bradley, E., Boath, E. Mackenzie, M.** (2004). The experience of first-time fatherhood: A brief report. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(1): 45–47.
- Cabrera, N.J., Fitzgerald, H.E., Bradley, R.H. Roggman, L.** (2014). The ecology of father-child relationships: An expanded model. *Journal of Family Theory Review*; 6(4): 336–354.
- Caldwell, J.C.** (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12(2): 171–220.
- Capogna, G., Camorcio, M. Stirparo, S.** (2007). Expectant fathers' experience during labour with and without epidural analgesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 10(2): 110–115.

- Carneiro, L.M.R., Silva, K.L.D., Pinto, A.C.S., Silva, A.D.A., Pinheiro, P.N.D.C., Vieira, N.F.C.** (2012). Fatherhood: Discourses of men who experience a closer and participative relationship in the children care. *Journal of Nursing UFPE*, 6(9): 2177–2182.
- Chapman, L.L.** (1992). Expectant fathers' roles during labour and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing*, 21(2): 114–120.
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L. Gilbody, S.** (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1): 45.
- Dellmann, T.** (2004). „The best moment of my life”: a literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal of the Australian College of Midwives*, 17(3): 20–26.
- Doherty, W.J., Kouneski, E.F., Erickson, M.F.** (1998). Responsible fathering: An overview and conceptual framework. *Journal of Marriage and the Family (JMF)*, 277–292.
- Ekström-Bergström, A., Arvidsson, K., Falkenström, M. Thorstensson, S.** (2013). Fathers feelings and experiences during pregnancy and childbirth: a qualitative study. *Journal of Nursing and Care*, 2(2): 136.
- Eskandari, N., Simbar, M., Vedadhir, A. Baghestani, A.R.** (2017). Paternal adaptation in first-time fathers: a phenomenological study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(1): 53–64.
- Fenwick, J., Bayes, S. Johansson, M.** (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual Reproductive Health Care*, 1(3): 3–9.
- Franséhn, M. Bäck-Wiklund, M.** (2008). The presence of the absent father: how lone mothers with sons construct and animate the absent father through narratives. *European Journal of Social Work*, 11(4): 369–381.
- Friedewald, M., Fletcher, R. Fairbairn, H.** (2005). All-male discussion focus for expectant fathers: evaluation of a model. *Journal of Perinatal Education*, 14(2): 8–18.
- Genesoni, L., Tallandini, M.A.** (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1998–2008. *Birth*, 36(4): 305–318.
- Ghosh, J., Wilhelm, M., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. Ritz, B.** (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 13(4): 327–338.
- Hallgren, A., Kihlgren, M., Forslin, L. Norberg, A.** (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*, 15: 6–15.
- Harris, K.M., Marmer, J.K.** (1996). Poverty, paternal involvement, and adolescent well-being. *Journal of Family Issues*, 17(5): 614–640.
- Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H. Rubertsson, C.** (2014). Childbirth fear in expectant fathers: findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, 30(2): 242–247.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. Sakala, C.** (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3): 1–60.
- Hohmann-Marriott, B.** (2009). The couple context of pregnancy and its effects on prenatal care and birth outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 13(6): 745–754.
- Jeynes, W.H.** (2016). Meta-analysis on the roles of fathers in parenting: Are they unique? *Marriage Family Review*, 52(7): 665–688.
- Jimenez, V., Klein, M., Hivon, M. Mason, C.** (2010). A mirage of change: family-centered maternity care in practice. *Birth*, 37(2): 160–167.
- Johnson, M.P.** (2002). An exploration of men's experience and role at childbirth. *The Journal of Men's Studies*, 10(2): 165–182.
- Johansson, M., Rådestad, I., Rubertsson, C., Karlström, A. Hildingsson I.** (2010). Few fathers-to-be prefer a caesarean section for the birth of their baby. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)*, 117(6): 761–764.
- Kaye, D., Kakaire, O., Nakimuli, A., Osinde, M., Mbalinda, S., Kakande, N.** (2014). Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14: 54.
- Kerr, M. Bowen, M.** (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York: W. W. Norton.
- Kwambai, T.K., Dellicour, S., Desai, et al.** (2013). Perspectives of men on antenatal and delivery care service utilisation in rural western Kenya: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13: 134.
- Lamb, M., Charnov, E.L. Levine, J.A.** (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. *Parenting across lifespan: Biosocial dimensions*. [Ed.] Lancaster, J.A.J, Rossi, A. Sherrod, L. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter: 111–142.
- Lavender, T.** (1997). Can midwives respond to the needs of fathers? *British Journal of Midwifery*, 5(2): 92–96.
- Leach, L.S., Poyser, C., Cooklin, A.R. Giallo, R.** (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190: 675–686.

- Lu, M.C.J.L., Wright, K., Pumpuang, M., Maidenberg, M., Jones, D., Garfield, C.M.D. Rowley, D.L.** (2010). Where is the F in MCH? Father involvement in african american families. *Ethnicity and Disease*, 20(1Suppl. 2): 49–61.
- Mangialavori, S., Giannotti, M., Cacioppo, M., Spelzini, F. Baldoni, F.** (2021). Screening for Early Signs of Paternal Perinatal Affective Disorder in Expectant Fathers: A Cluster Analysis Approach. *Journal of Personalized Medicine*, 11(1): 10.
- Martin, L., McNamara, M., Milot, A., Halle, T. Hair, E.** (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal*, 11(6): 595–602.
- McGill, B.S.** (2014). Navigating new norms of involved fatherhood: Employment, fathering attitudes, and father involvement. *Journal of Family Issues*, 35(8): 1089–1106.
- Misra, D.P., Caldwell, C., Young, A.A. Abelson, S.** (2010). Do fathers matter? Paternal contributions to birth outcomes and racial disparities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(2): 99–100.
- Ngui, E., Cortright, A. Blair, K.** (2009). An investigation of paternity status and other factors associated with racial and ethnic disparities in birth outcomes in milwaukee, wisconsin. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4): 467–478.
- Oakley, A.** (1994). Giving support in pregnancy: the role of research midwives in a randomized controlled trial. In: Robinson, S., Thomson, A.M. [Eds.]. *Midwives, Research and Childbirth*, Springer, Boston, MA, 3: 30–63.
- Padilla, Y.C. Reichman, N.E.** (2001). Low birthweight: Do unwed fathers help?. *Children and Youth Services Review*, 23(4–5): 427–452.
- Peters, E.D.R., Peterson, G.W. Steinmetz, S.** (2000). *Fatherhood: research, interventions and policies*. New York: Haworth Press.
- Philpott, L.F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S. Savage, E.** (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery* 55: 113–127.
- Poh, H., Koh, S., Seow, H., He, H.** (2014). First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30: 779–787.
- Rogala, D., Dylewska, M. Harat, A.** (2014). Opieka nad kobietą ciężarną w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(51): 13–19.
- Rouch, G.** (2009). Low-skilled, low socio-economic, young, co-resident, working fathers: Their experience of fatherhood (Doctor of philosophy). Massey, University: Turitea.
- Schmitz, R.M.** (2016). Constructing men as fathers: A content analysis of formulations of fatherhood in parenting magazines. *The Journal of Mens Studies*, 24(1): 3–23.
- Somers-Smith, M.J.** (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15: 101–108.
- Studniczek, A. Kossakowska, K.** (2020). Cięża i poród w czasach pandemii COVID-19: wybrane aspekty psychologiczne. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio (FeR)*, 43(3): 274–284.
- Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y. Ota, E.** (2017). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 210: 115–121.
- Theuring, S., Mbezi, P., Luvanda, H., Jordan-Harder, B., Kunz, A. Harms, G.** (2009). Male involvement in PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania. *AIDS and Behavior*, 13(Suppl 1): 92–102.
- Vallina, E., Nestander, H. Wells, M.B.** (2019). A literature review and meta-ethnography of fathers' psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*, 68: 48–55.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Liukkonen, A.** (1998). Fathers' experience of childbirth. *Midwifery*, 14(1): 10–17.
- Zambrana, R.E., Dunkel-Schetter, C. Scrimshaw, S.** Factors which influence use of prenatal care in low-income racial-ethnic women in Los Angeles County. *Journal of Community Health*, 16(5): 283–295.

Rozdział 5

Przyczyny odwlekania decyzji o macierzyństwie i ojcostwie

Jagoda Bester

Niniejszy rozdział wyjaśnia przyczyny zachowań ludzi w wieku prokreacyjnym w kontekście podjęcia decyzji o rodzicielstwie. Wiedza ta pozwoli zrozumieć obawy i trudności kobiet oraz mężczyzn decydujących po raz pierwszy o powiększeniu rodziny. Poznanie mechanizmów, czynników wpływających na odwlekanie wspomnianej decyzji pomoże zrozumieć fenomen zjawiska oraz poznać sposoby wspierania swoich pacjentów. Celem oferowanej pomocy jest możliwie najlepsze przygotowanie do pełnienia tak ważnych ról społecznych w życiu człowieka, jak ojcostwo i macierzyństwo.

Wiek XXI to czas intensywnych zmian i wielu możliwości, dotyczy to również aspektu macierzyństwa i ojcostwa. Współcześnie dla wielu kobiet nie stanowi ono wartości pierwszorzędnej. Coraz częściej kobiety odkładają decyzję o posiadaniu dziecka na późniejsze lata bądź wręcz całkowicie rezygnują z potomstwa (Wylęgły, 2019). Tendencja ta występuje w krajach, gdzie prym wiedzie postęp nauki – zarówno rozwiniętych, jak i dopiero wstępujących na drogę rozwoju (Kozáková, 2015). Warto zatem pokusić się o przyjrzenie się temu zjawisku i odnalezienie odpowiedzi, jak ta sytuacja wpływa na pracę z pacjentem na oddziale położniczym.

Na początek trzeba określić, czym właściwie jest macierzyństwo i z jakich komponentów się składa. Niewątpliwie jest pojęciem znanym już od wieków. Przedłużenie gatunku jest jedną z biologicznych potrzeb człowieka. Niemniej jednak ogromne znaczenie ma w tym przypadku także aspekt psychologiczny. Cięża staje się swego rodzaju bodźcem, wpływającym na emocje, uczucia, dzięki temu macierzyństwo ma nie tylko aspekt fizjologiczny, czyli posiadanie dziecka, ale staje się również okresem budowania więzi. Można zatem przyjąć, że macierzyństwo składa się z trzech podstawowych wymiarów: biologicznego, psychologicznego oraz społecznego (Maciarz, 2004). Biologiczny wymiar związany jest głównie z kobiecą anatomią, momentem poczęcia i okresem ciąży. Płód, przebywając w organizmie matki, stanowi z nią biologiczną jedność. W tym czasie dziecko jest uczestnikiem wszystkich zachodzących w organizmie kobiety procesów fizjologicznych. Psychologiczny wymiar związany jest ze wszelkimi przeżyciami emocjonalnymi, poczuciem odpowiedzialności, budowaniem więzi. Wszelkie przeżywane przez matkę stany emocjonalne – przyjemne, jak: radość, satysfakcja, zadowolenie, czy też nieprzyjemne: smutek, strach, żal, złość, frustracja są rejestrowane w centralnym układzie nerwowym dziecka, determinując przyszłe predyspozycje potomka do reagowania na bodźce ze środowiska w sposób radosny bądź lękowy (Rembowski, 1972). Troska o dobre samopoczucie matki jest dlatego tak ważna. Nad wyraz istotne są także pierwsze miesiące po narodzinach. Okres pielęgnacji, opieki, karmienia piersią daje możliwość wytworzenia biopsychicznej, emocjonalnej bliskości. Udzielenie wtedy młodej matce realnego wsparcia ma duże znaczenie. Jeśli pojawi się depresja poporodowa, lęk, strach w odpowiedzi na nowo podjętą rolę, należy natychmiast reagować. Ciepłe, życzliwe podejście, pełne zrozumienia i spokoju, stanowi bufor, ochronę przed zwiększeniem nieprzyjemnych emocji. Możliwość wsparcia instrumentalnego, materialnego, psychicznego stanowi ochronę przed rozwojem patologicznych zachowań. Co więcej, uświadomienie sobie przez kobietę, że odgrywa ogromną rolę

w życiu dziecka, często wzmacnia jej poczucie własnej wartości. Kobieta może czuć się potrzebna, czasem wręcz niezastąpiona. Posiadanie dziecka może nadawać głębszy sens poczuciu istnienia. Społeczny wymiar macierzyństwa odnosi się do pełnionej roli, ważnej dla całego społeczeństwa. Z rolą matki wiążą się określone obowiązki, zadania i przywileje oraz niejednokrotnie ocena i kontrola społeczna.

Znając definicję macierzyństwa warto podkreślić, iż obecnie w polskim społeczeństwie istnieje trend odwlekania decyzji o macierzyństwie (Szukalski, 2017; badania GUS). W latach 1980–2019 mediana wieku zachodzenia przez kobiety w pierwszą ciążę w latach była w Polsce następująca (tab. I).

Tabela I. Pierwsza ciąża u Polek w latach 1980–2019

| Rok | Mediana wieku matki pierwszego dziecka |
|------|--|
| 1980 | 22,9 |
| 1985 | 23,3 |
| 1990 | 22,7 |
| 1995 | 22,8 |
| 2000 | 23,7 |
| 2005 | 25,4 |
| 2010 | 26,6 |
| 2015 | 27,6 |
| 2019 | 28,3 |

Źródło: Opracowanie własne na podst. (Szukalski, 2017), badania GUS [online] <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/13/1/polska_w_liczbach_2020_pl.pdf [Dostęp: 2.07.2021].

Warto podjąć refleksję nad przyczynami owego zjawiska. Według Urszuli Kusio (2004) wpływa na tę sytuację wiele, oddziałujących na sferę psychiczną człowieka czynników, w tym: biologiczny, społeczny, kulturowy, ekonomiczny, polityczny oraz osobisty.

Biologiczny aspekt odwlekania decyzji o macierzyństwie

Z fizjologicznego punktu widzenia wydaje się, że najlepsza pora na posiadanie dziecka przypada na okres między 20 a 30 rokiem życia. Wielu położników uważa właśnie ten czas za najodpowiedniejszy do zakładania rodziny. Podkreślają, iż młodsze matki poród i ciążę znoszą lepiej niż te po 35 roku życia (Lesińska-Sawicka, 2008).

Jednak rozwój medycyny daje szansę na przedłużenie możliwości rozrodczych. Kiedyś bezpłodna dwudziestolatka była skazana na leczenie bezpłodności, natomiast dzisiaj bezpłodna czterdziestolatka, dzięki wielu możliwościom nowoczesnej medycyny, przykładowo transplantacji obcej komórki jajowej do organizmu, może zostać mamą. Dziś odkładające decyzję o dziecku dwudziesto- czy trzydziestolatki mają możliwość zabiegu odmładzania komórek jajowych, a tym samym mają szansę na późne macierzyństwo (Kusio, 2004).

Możliwości medycyny mogą zmniejszać poczucie presji czasu, dać poczucie większej swobody co do decyzji o potomstwie i jej odwlekaniu. Kobiety w okresie prokreacyjnym, znając inne metody czerpania satysfakcji z życia, w tym z pracy, awansu zawodowego, zdobycia wykształcenia, podróży obecnie skupiają się na rozwoju zawodowym. Świadomość rozwoju i możliwości medycyny może dawać poczucie bezpieczeństwa i braku poczucia presji czasowej w odniesieniu do macierzyństwa.

Spoleczny aspekt odwlekania decyzji o macierzyństwie

Funkcjonujące w społeczeństwie wzorce macierzyństwa wpływają na decyzje przyszłych matek. Stereotypowe ujęcie roli matki polega na oddaniu się w pełni dzieciom i rodzinie. Poświęcenie się rodzinie jest w tym modelu priorytetem, wskazując kobietę jako osobę odpowiedzialną za tworzenie i pielęgnowanie ogniska domowego (Gębuś, 2015). Pomimo istnienia owego stereotypu, pod wpływem zmian społecznych, politycznych i ekonomicznych dochodzi do przekształcenia modeli rodziny, ich struktury i sposobu funkcjonowania. System patriarchalny jest porzucany na rzecz partnerstwa małżeńskiego, zmienia się pozycja współczesnych kobiet, czego wyrazem jest niechęć do powielania wzorców kulturowych. Wynikający z historii Polski obraz Matki Polki jest powszechnie krytykowany. Matka Polka to wzór kobiecości heroicznej, zdolnej do ogromnych poświęceń dla dobra Ojczyzny, wzór kobiety skupionej nie na sobie, lecz na rodzinie (Imbierowicz, 2012). Stereotypowa matka kojarzona jest negatywnie, z nieszczęściem, cierpieniem, zaniedbaniem wynikającym z nadmiernych obowiązków, brakiem wolnego czasu (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, 2015). Kobiety nie chcą podążać za takim wzorcem.

Współczesne kobiety są uważane za jednostki ambitne, dla których istotna jest sfera zawodowa. Spostrzegane są jako skrupulatne, obowiązkowe i zaangażowane w pracę, zorganizowane, z umiejętnością podzielności uwagi. Mogą wykorzystać te cechy w łączeniu ról społecznych, będąc jednocześnie odpowiedzialne za potomstwo i sytuację materialną w rodzinie (Kotlarska-Michalska, 2011). Zdarza się, iż kobiety są przepracowane, przytłoczone obowiązkami domowymi i zawodowymi. Komunikat ze strony położnej, iż kobieta ma prawo odpocząć, że jest to korzystne dla jej zdrowia, wydaje się potrzebny. Czasami kobiety nie dają sobie prawa do odpoczynku. Przypomnienie o wadze tej podstawowej potrzeby i konsekwencjach jej niezaspokojenia, mogących wpłynąć na zdrowie psychiczne i fizyczne, są kluczowe.

Do kolejnych przyczyn odwlekania decyzji o rodzicielstwie należy również nastolatyzacja społeczeństwa (Daszykowska, 2017). Nastolatyzacja jest symbolicznym podtrzymywaniem w dorosłym życiu tych elementów, które są mile wspomniane z okresu młodości. Polega na próbie przedłużenia młodości poza granice wieku adolescencji. Ówczesny trend to podążanie za maksymalizacją doznań w czasie wolnym i czasie zabawy, przy jednoczesnym odkładaniu obowiązków wieku dorosłego na późniejsze lata (Wrzesień, 2010). Coraz więcej kobiet nie czuje psychicznej dojrzałości, skłaniającej do rodzicielstwa, chociaż uważają posiadanie dziecka za jedno z nadrzędnych priorytetów (Lesińska-Sawicka, 2008). Dzieje się tak, ponieważ prowadzą satysfakcjonujące życie, którego nie zamierzają jeszcze zmieniać. Mogą podążać za młodzieńczymi przyzwyczajeniami, podejmować spontaniczne decyzje, kontynuować doświadczenia z czasów młodości (ROPS, 2015).

Kulturowy czynnik wpływający na odracanie decyzji o potomstwie

Narzucanie pewnych oczekiwań ze strony mediów oraz społeczeństwa, dotyczących wizji idealnej matki, to kolejny czynnik negatywnie wpływający na podjęcie decyzji o macierzyństwie. Seriale, czasopisma kreują wizerunek supermatki, godny naśladowania. Obraz pokazuje matkę, która poświęca się rodzinie, dziecku, zaspokaja jego potrzeby, a przy tym sprawdza się w roli żony i gospodyni domu, jest atrakcyjna oraz jednocześnie odnosi sukcesy zawodowe, oddaje się swojej karierze. Jest przy tym szczęśliwa, ma dużo energii. Wizerunek wydaje się zbyt wyidealizowany, nie ma w nim miejsca na zmęczenie i przepracowanie, przytłoczenie nadmiarem obowiązków i próbom sprostania oczekiwaniom wynikającym z pełnienia poszczególnych ról społecznych (Packaleń-Parkman, 2017).

Co więcej, media potrafią kreować proces wychowania na zjawisko trudne, co może wywoływać zniechęcenie, obawę przed traumatycznym doświadczeniem. Niepewność i niezajomość sposobu

wychowania, aspektów dotyczących porodu i położu mogą stać się źródłem poczucia bezradności i bierności wobec macierzyństwa. Mnogość źródeł, opinii, literatury dotyczących szczęśliwego macierzyństwa oraz zawarte w nich sprzeczne informacje mogą wpływać zniechęcająco. Brak konkretnych i jednoznacznych instrukcji co do działań wychowawczych, prowadzących do uzyskania szczęśliwego wykształconego i zdrowego dziecka, może być kolejnym czynnikiem wpływającym na prokrastynację macierzyństwa (Kusio, 2004). W związku z tym w praktyce klinicznej, jasne, zrozumiałe komunikaty, instrukcje, wyjaśnianie działań związanych z położem mogą w istotny sposób wpłynąć na poczucie bezpieczeństwa i poczucie kontroli matek.

W wieku XX w ramach ruchu feministycznego zaczęto podkreślać, iż rodzina może być również źródłem nadmiernego obciążenia, braku poczucia swobody, środowiskiem, w którym kobiety są przymuszane do pracy jako gospodynie domowe oraz poddawane presji rodzenia dzieci. Model rodziny wielodzietnej, który wydaje się pożądany z punktu widzenia państwa jako instytucji, z perspektywy współczesnej kobiety traci atrakcyjność. Dzieje się tak, ponieważ kobiety z socjologicznego punktu widzenia dążyły na przestrzeni lat do autonomii i samorealizacji poza jednostką społeczną, jaką jest rodzina (Kusio, 2004).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na decyzję o macierzyństwie jest kult piękna i młodości. Trend ten pojawił się na początku XXI wieku. Jego istotą jest odejście od biologicznego podejścia do młodości jako naturalnego i fizjologicznego etapu życia. Obecnie młodość to również styl życia, niezależny od wieku biologicznego, w którym szczupła i wysportowana sylwetka jest kanonem piękna (Olejniczuk-Merta, 2012). W takim ujęciu ciąża może stanowić zagrożenie dla urody, dlatego dokładne zaplanowanie okresu macierzyństwa i stosowanie różnych metod regulacji poczęć są praktyczną odpowiedzią na ochronę piękna oraz młodości (Lesińska-Sawicka, 2008). Wskazówki dotyczące dbałości o zdrowie i piękno w okresie okołopolożowym wydają się dla współczesnej kobiety równie istotne.

Ekonomiczno-polityczny wpływ na odracanie decyzji o potomstwie

Ze względu na zmianę kulturowego wzorca macierzyństwa, posiadanie potomstwa nie jest już jedynym sprawiającym satysfakcję modelem życia. Dzieje się tak, ponieważ społeczna rola kobiety została przededefiniowana. Obecnie kobieta na rynku pracy zwykle jest solidnie wykształcona, pracuje, a rynek nie zachęca do przerywania nauki i kariery, aby nie wytrącić kobiety z roboczego rytmu. Chęć jak najszybszego powrotu do pracy zawodowej po urodzeniu dziecka może wynikać z obaw dotyczących pozycji na rynku pracy. Według faz rozwoju człowieka, prokreacja jest jednym z naturalnych elementów, etapów życia człowieka, natomiast obecnie macierzyństwo przestało być stanem naturalnym i oczywistą fazą życia kobiety. Wręcz bywa, iż przyjście na świat kolejnego, nieplanowanego dziecka może być postrzegane jako wydarzenie kompromitujące, ośmieszające przez społeczeństwo (Kusio, 2004). Najważniejsze jednak wydaje się nastawienie do rodzicielstwa samych przyszłych rodziców, przekonanie, iż jednym z fundamentalnych celów każdego człowieka, zgodnym z naturą, nadającym sens istnienia jest macierzyństwo i ojcostwo.

Przemiany polityczne w Polsce po 1990 r. są źródłem późnego macierzyństwa, powszechnego odkładania decyzji o macierzyństwie przynajmniej do ok. 35 roku życia. Wydłużony przez kształcenie wyższe okres edukacji, kariera zawodowa, brak stabilizacji finansowej, obawa przed obowiązkami rodzinnymi należą do wielu przyczyn odwlekania decyzji o posiadaniu dziecka (Wylęgły, 2019). Dlatego też polityka prorodzinna, stabilne miejsca pracy wydają się odpowiedzią na ekonomiczne czynniki prokrastynacji rodzicielstwa.

Zmiany systemowe, polityczne i ustrojowe w Polsce po 90. roku ubiegłego wieku wpłynęły również na system rodzinny. Po upadku komunizmu zaobserwowano spadek urodzeń. Zjawisko to tłumaczy się tym, iż gospodarka wolnorynkowo wiąże się z inflacją i bezrobociem. To z kolei z rosnącą

ceną mieszkań i popytem na kredyty hipoteczne. Niepewność zatrudnienia wymusiła potrzebę ciągłej pracy nad wzrostem kompetencji zawodowych, potrzebę edukacji wyższej, po to, aby utrzymać się na niestabilnym rynku pracy, gdzie edukacja miałaby zminimalizować ryzyko bezrobocia. Kariera zawodowa i stabilność finansowa stały się zatem istotnym elementem życia wśród przedstawicieli młodego pokolenia obu płci. Doszło do osłabienia znaczenia prokreacji, co w rezultacie skutkuje popularyzacją modelu rodziny bez dzieci lub z jednym dzieckiem (Mynarska, 2011). W badaniach populacji czeskiej (Kozáková, 2015) to właśnie kariera zawodowa była trzecim w kolejności powodem opóźnienia decyzji o pierwszym dziecku, tuż za trudnościami w znalezieniu odpowiedniego partnera oraz trudnościami zajścia w ciążę.

W badaniach z udziałem studentów macierzyństwo kojarzy się z wyrzeczeniami, zmęczeniem, brakiem czasu dla siebie, odpowiedzialnością na całe życie. Natomiast kariera kojarzy się z rozwojem, spełnieniem się, awansem społecznym, satysfakcją. W związku z tym rodzi się obawa pogodzenia sfery zawodowej z rodzinną. Dziecko mogłoby negatywnie wpłynąć na dynamiczny rozwój kariery zawodowej, stabilizacji zawodowej, natomiast z drugiej strony, część kobiet obawia się, że praca i skupienie się na niej może uczynić je gorszymi matkami (Helak, 2013).

W decyzji o macierzyństwie znaczenie ma także aspekt finansowy. Zgodnie z piramidą potrzeb Masłowa jedną z podstawowych potrzeb człowieka – za fizjologiczną – jest potrzeba bezpieczeństwa, polegająca na poczuciu stabilności, ciągłości finansowej, stałości pracy. Jeśli owa potrzeba nie jest zaspokojona, to trudno zrealizować potrzeby wyższego rzędu, do których należą potrzeba samorealizacji, rozwoju, dzielenia się swoimi doświadczeniami, w tym – zakładanie własnej rodziny. W przypadku niepewności pracy, zaplecza finansowego, z poczucia braku bezpieczeństwa dochodzi do odwlekania decyzji o założeniu własnej rodziny (Kusio, 2004).

Dodatkowo, niebagatelne znaczenie może mieć także czynnik instytucjonalny. Ograniczona liczba miejsc w żłobkach i przedszkolach publicznych może zmuszać do korzystania z placówek prywatnych, a to może wiązać się z dodatkowymi kosztami (ROPS, 2015).

Świadomość wydatków, nakładów pieniężnych związanych z posiadaniem dziecka może zniechęcać do podjęcia decyzji o potomstwie. Koszty związane z utrzymaniem mieszkania, produkty spożywcze, odzieżowe, pielęgnacyjne – niezbędne do zaspokojenia elementarnych potrzeb dziecka – są już od pierwszych dni narodzin dziecka znaczącym obciążeniem finansowym. Dodatkowymi czynnikami niesprzyjającymi mogą być ograniczone możliwości czasowe, aby skorzystać z dodatkowo płatnych wyjazdów służbowych oraz ponadplanowych godzin pracy w celu polepszenia sytuacji finansowej. Niepokój może budzić wizja utrzymania całej rodziny, gdy zarobki są niewystarczające na pokrycie kosztów życia dla jednej osoby (Laszewska-Hellriegel, 2011).

Niechęć do posiadania dziecka i frustracja mogą wynikać także z trudności oraz przeszkód architektonicznych bądź lokalnych. Brak podjazdów, wind, schody, wąskie przejścia utrudniają codzienne godzenie różnych obowiązków oraz funkcjonowanie matki z wózkiem (ROPS, 2015).

Podsumowując, unikanie decyzji o ciąży może być efektem lęku oraz frustracji wywołanych omówionymi wcześniej czynnikami. Jednak dzięki poznaniu tych elementów jest możliwość zmiany, tak, aby nie stanowiły przeszkody w podejmowaniu owych decyzji.

Osobisty aspekt odwlekania decyzji o macierzyństwie

Obecnie w społeczeństwie trwa proces przeorientowania młodych kobiet na edukację i rozwój zawodowy. Kobiety dostrzegają m.in. ekonomiczne korzyści z bezdzietności, co więcej, macierzyństwo i wychowanie dziecka nie jest już główną formą samorealizacji. Coraz częściej alternatywne źródła samorealizacji, takie jak kariera zawodowa czy podróże, wiążą się ze społeczną akceptacją. Odczucia

swobody i wolności stają się ważne dla współczesnej kobiety. Natomiast posiadanie dziecka może wiązać się z poczuciem końca autonomii, ograniczeniami, rezygnacją z dotychczasowego sposobu życia. Tryb życia bez zobowiązań, bez rytmu obowiązków i odpowiedzialności za inną osobę wydaje się atrakcyjniejszy. Wiązanie się w długotrwały i satysfakcjonujący związek, w którym dziecko przychodzi w sposób naturalny, wydaje się trudne. Niezależność, uciekanie od problemów w związku, słabe poczucie obowiązku może sprawiać trudności w budowaniu trwałej, stabilnej relacji. Posiadanie dzieci wymaga pewnej dojrzałości, wydaje się natomiast, że coraz więcej młodych nie osiąga stanu gotowości do bycia rodzicem (Kusio, 2004).

Tłumacząc zjawisko odwlekania decyzji, należy nawiązać do poszczególnych procesów poznawczych. Zgodnie z procesem i teorią motywacji oraz prokrastynacji, czyli zjawiska odwlekania działań, jeśli dana osoba nie wie, jak wprowadzić zmianę, jak wykonać zadanie, może zwlekać z jego wykonaniem, co może również dotyczyć kwestii podjęcia decyzji co do macierzyństwa. Niewiedza, niepewność mogą rodzić poczucie lęku oraz związanej z tym niechęci do podejmowanego działania, zwłaszcza wśród osób, które charakteryzują się unikalnym stylem radzenia sobie z trudnościami (Modzelewski, 2018).

Kolejny czynnik wpływający na postawę wobec macierzyństwa to komponent ideologiczny, polegający na realizowanej przez niektóre osoby specyficznej altruistycznej postawie wobec świata. Dokładniej – ze względu na istniejące przeludnienie Ziemi i związane z tym problemy ekologiczne osoby te orientują się na dobro ogółu, świata, a nie na dobro osobiste. W związku z tym nie decydują się na potomstwo. Co więcej, osoby o pesymistycznym stylu funkcjonowania uważają, iż obecny świat jest bogaty w zagrożenia, problemy i patologie, czyli jest nieodpowiednim środowiskiem dla prokreacji i wychowywania dzieci (Kusio, 2004).

Z perspektywy psychologii rozwojowej, do podstawowych zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości należą: znalezienie partnera oraz założenie rodziny. Okres ten przypada między 20–23 a 35–40 rokiem życia. Przebieg owego rozwoju intrapsychoicznego i interpersonalnego zależy od osobistych predyspozycji. Dojrzałość psychiczna, w tym gotowość do podjęcia życiowych zobowiązań, odpowiedzialności może pojawić się ok. 25 roku życia albo właśnie bliżej ukończenia 40 lat (Gurba, 2011). Początek wczesnej dorosłości to moment, kiedy człowiek zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie odseparowuje się od rodziców, to stan, w którym osoba potrafi brać odpowiedzialność za siebie i innych oraz wykazuje psychiczną gotowość do założenia rodziny. Obecnie obserwuje się, iż gotowość ta osiągnięta jest w późniejszym wieku (Malina, 2014).

Kolejną przyczyną odwlekania macierzyństwa jest postawa, w której wychowanie staje się wyzwaniem, częścią życia uporządkowanego, pełnego sukcesów, na które składają się ładny dom, dobra posada oraz staranne, idealne wychowanie dziecka. Macierzyństwo w tym ujęciu jest częścią uporządkowanego, szczęśliwego życia, w którym kobieta sama narzuca sobie wymagania wobec roli jak najlepszej mamy. Zbytня presja, aby stać się idealną, może przyczyniać się do odbierania radości z macierzyństwa, ale również do odwlekania samej decyzji. Reprezentująca taką filozofię osoba musi najpierw osiągnąć wcześniejsze cele, tj. dom, dobrą posadę itp., aby był odpowiedni czas na dziecko (Kusio, 2004).

Lęk przed powielaniem nieprawidłowych schematów rodzinnych oraz obawa przed popełnieniem błędów doświadczonych w okresie własnego dzieciństwa są kolejnymi czynnikami odraczania rodzicielstwa. Deficyty emocjonalne lub wychowawcze doświadczane w okresie dzieciństwa mogą objawiać się trudnościami w tworzeniu więzi, stabilnych relacji, brakiem poczucia bezpieczeństwa. Młoda kobieta, nie chcąc powielać wzorców rodzinnych, pokoleniowych, często w rzeczywistości jednak je powiela. Wynikać to może z niepoprawnego przebiegu socjalizacji. Jednak świadomość owych wzorców oraz praca nad tymi schematami mogą stanowić podłoże do budowania satysfakcjonujących relacji (Lesińska-Sawicka, 2008).

Co więcej, wychowywanie się u boku narcystycznych matek wpływa na zaburzone relacje rodzic–dziecko. Narcyzm u jednego z członków rodziny wpływa na cały system rodzinny, zwłaszcza na córki, odczuwające potrzebę bliskości emocjonalnej z mamą. Jednak kobiety o cechach osobowości narcystycznej skupione są na sobie, na własnych ogromnych potrzebach emocjonalnych i nie potrafią nikogo obdarzyć głębokim, bezwarunkowym uczuciem. Jeśli córki w okresie dorastania nie otrzymały wystarczającego wsparcia, całe życie mogą doznawać emocjonalnej pustki. Dodatkowo kobiety o cechach narcystycznych, mocno zapatrzone w siebie, nie mają potrzeby bycia matką. Wynikać to może z lęku, iż ich dzieci będą niewystarczająco doskonałe (McBride, 2016).

Jedną z kluczowych przyczyn odraczenia decyzji o macierzyństwie jest brak stałego partnera. Niestabilny związek nie jest czynnikiem predysponującym do posiadania dzieci. Kobiety podkreślają, iż potrzebują partnera dojrzałego, zaangażowanego, odpowiedzialnego, któremu można zaufać i na którym mogą polegać. Jeśli nie mają tego oparcia i nie czują się przy mężczyźnie bezpiecznie, nie ma możliwości, aby w takich warunkach myślały o potomstwie. Aby zdecydować się na potomstwo, kobiety potrzebują dojrzałego i stabilnego związku, opartego na wzajemnej pomocy, oddaniu i zaufaniu (ROPS, 2015). W australijskich badaniach ankietowych kobiet powyżej 35 roku życia (Clarke, 2005) 50% respondentek zgłosiło, że przyczyną odwlekania decyzji o posiadaniu dziecka jest brak partnera, mimo odczuwanej już wcześniej potrzeby zostania mamą. Natomiast 32% osób badanych wyrażało chęć osiągnięcia stabilności finansowej przed założeniem rodziny, a 19% chciało najpierw skupić się na karierze zawodowej, a potem założyć rodzinę.

Wymienione przyczyny odwlekania decyzji o macierzyństwie dotyczą również kobiet z innych krajów zachodnich. Przykładowo obserwacje przeprowadzone w Hiszpanii (Molina-Garcia i wsp., 2019) wykazują, iż główną przyczyną opóźnienia macierzyństwa jest trudność zajścia w ciążę oraz wysoki poziom lęku u kobiet.

Przyczyny odwlekania decyzji o ojcostwie

Analizując przyczyny odwlekania decyzji o ojcostwie, należy przede wszystkim określić pojęcie ojcostwa. Macierzyństwo od ojcostwa różni się tym, że jest już od dawna zdefiniowane i ukształtowane (Więclawska, 2020). Ojcostwo w ujęciu leksykalnym to: *pochodzenie dziecka od mężczyzny i związany z tym biologicznym faktem stosunek prawny łączący ojca i dziecko* (Skorupka, Anderska, Łempicka, 1998, s. 121). Pierwsze wzmianki o ojcostwie pojawiają się dopiero ok. 10 tys. lat temu. Początkowo nie brano pod uwagę związku przyczynowo-skutkowego aktu kopulacji z faktem pojawiania się dziecka. Obecnie najbardziej rozpowszechnionym przekonaniem, udowodnionym naukowo i zbadanym, jest konieczność uczestnictwa ojca w wychowaniu dziecka, w jego prawidłowym rozwoju psychospołecznym (Poznańska, 2004).

Można wyróżnić kilka aspektów ojcostwa. Pierwszym z nich jest aspekt biologiczny – fizyczny, naturalny. Każdy człowiek ma ojca, nawet jeśli nie jest on świadomy swego rodzicielstwa. Natomiast sam udział materiału genetycznego ojca nie wpływa na wychowanie i kształtowanie się człowieka (Więclawska, 2020). Pewne predyspozycje genetyczne są przekazywane, jednak równie istotny wpływ na aktywację i dezaktywację poszczególnych genów ma wychowanie oraz udział środowiska.

Dla rozwoju dziecka istotniejsze znaczenie ma – jak się wydaje – aspekt psychologiczny. Dzieje się tak, ponieważ ojciec, pełniąc rolę wychowawcy i opiekuna budującego więź z dzieckiem, wpływa na jego rozwój, na kształtowanie postaw, charakteru młodego człowieka (Więclawska, 2020).

W kontekście społecznym, rola ojca to pewne zobowiązania i przywileje oraz ocena społeczna. Z rolą ojca wiąże się zobowiązanie do zapewnienia bytu i wychowania dziecka. Pozycja ojca zmieniała się w poszczególnych wiekach. W starożytnym Rzymie ojciec był głową rodziny, dysponował ogromną

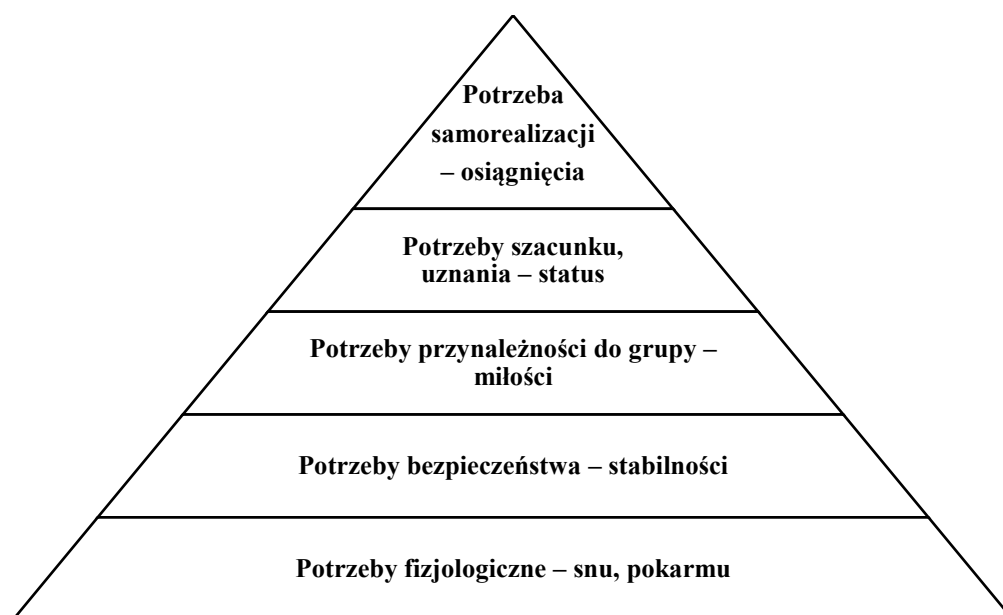
władzą nad żoną i dziećmi. Przejmował odpowiedzialność za losy członków rodziny, zarządzał majątkiem, zasobami materialnymi. Miał decydujący głos w sprawach dotyczących wychowania dzieci (Pospiszyl, 2012).

W miarę upływu czasu ojcowie starali się wzmacniać swój autorytet poprzez budowanie głębokiej więzi z członkami rodziny. Rolą ojca, oprócz zapłodnienia, było pogłębienie uczucia bliskości emocjonalnej z dzieckiem. Stawał się dla dzieci wzorem, który chciały naśladować, podążać za ideami, które były mu bliskie, takie jak: systematyczność, patriotyzm i umiłowanie ojczyzny (Więclawska, 2020). Natomiast zmiany globalne, w tym ekonomiczne, wszechobecna urbanizacja, uprzemysłowienie, rozwój gospodarczy wpływają na zmiany funkcjonowania rodziny, w tym rolę ojca. Kariera zawodowa staje się powodem nieobecności ojca, pojawia się dystans między dzieckiem a rodzicem, częsta nieobecność z powodu pracy, nadmiaru obowiązków jest codziennością (Więclawska, 2020).

Obecnie częsty jest model mężczyzny biernego, niezaangażowanego ojca, którego rola ogranicza się do zapewnienia zaplecza finansowego, zaspokojenia potrzeb materialnych. Jednak w kontekście psychologii rozwojowej dzieci potrzebują ojca, dla swojego rozwoju potrzebują ojcowskiej miłości, jego obecności oraz bliskiej z nim relacji. Jest to niezmiernie istotne w kontekście budowania w przyszłości relacji partnerskich, ale również w kontekście budowania poczucia bezpieczeństwa oraz wielu potrzeb natury psychicznej i rozwojowej (Więclawska, 2020).

Nawet w stabilnym związku zdarza się, że mężczyzna nie jest gotowy na potomstwo. Czynniki wpływającymi na ten stan mogą być – podobnie jak w przypadku kobiet – lęk przed zmianą, nowymi obowiązkami, odpowiedzialnością, koniecznością zmiany priorytetów, przeorganizowaniem swojego ustabilizowanego życia. Rola ojca jako osoby zapewniającej rodzinie byt oraz zaplecze finansowe, a także związana z tym presja społeczna, również mogą zniechęcać do decyzji o potomstwie (Mynarska, 2011).

Obawa przed niesprostaniem wymaganiom dotyczącym utrzymania rodziny i brakiem stabilności finansowej ma fundamentalne znaczenie (Mynarska, 2011). Nawiązując do piramidy potrzeb Masłowa, dla mężczyzny ważna jest stabilizacja finansowa, posiadanie mieszkania, domu, stałej pracy, aby zapewnić warunki bytowe potomstwu. Zgodnie z teorią motywacji, aby zaspokoić potrzeby wyższego rzędu, czyli usytuowane wyżej w piramidzie, potrzebne jest spełnienie potrzeb na niższym szczeblu (Miler-Zawodniak, 2012).



Źródło: Opracowanie własne na podst. Miler-Zawodniak (2012).

Ryc. 1. Piramida Potrzeb Masłowa.

Z obserwacji własnych, kolejną obawą mężczyzn jest możliwość powielenia negatywnych wzorców wychowawczych, lęk, że będą złymi ojcami. Dodatkowo może pojawić się lęk przed zaburzeniem relacji z partnerką. Przekonanie, że dziecko zaskarbi sobie większość uwagi, a partner zostanie w pewien sposób odepchnięty, może wzbudzać niechęć do posiadania potomka jako rywala o uwagę.

Niewątpliwie jedną z głównych przyczyn gotowości na dziecko jest dojrzałość psychiczna. Tempo procesu jest zindywidualizowane. Osoba zrównoważona, odpowiedzialna, która zamknęła okres adolescencji, charakteryzujący się gwałtownymi emocjami, buntem młodzieńczym i poszukiwaniem własnej tożsamości, jest ukierunkowana na stabilizację. Według opinii respondentów badań Mynarskiej (2011), zmiana zainteresowań i priorytetów jest jednym z wyznaczników dojrzałości. Słabsze zainteresowanie zabawą, rozrywką, spotkaniami z przyjaciółmi, a większa koncentracja na rodzinie w opinii respondentów świadczy o większej gotowości do rodzicielstwa.

PODSUMOWANIE

W porównaniu z wcześniejszymi dekadami – współczesne społeczeństwo lokuje poszczególne priorytety na innym poziomie. Obecnie często liczy się kariera, odpowiednie zaplecze finansowe, swoboda, wygoda życia. Brak nadmiernej odpowiedzialności, brak przygotowania wychowawczego, ale również brak odpowiedniego partnera oraz brak stabilnych i satysfakcjonujących związków sprawiają, iż decyzja o rodzicielstwie jest odwlekana. Co więcej, istotny wpływ wywierają również panujące wzorce kulturowe, w tym nadtoletanckość społeczeństwa. Zmiany ustrojowe i ekonomiczne mają niebagatelne znaczenie i wiodą prym w podejmowaniu decyzji o zakładaniu rodziny.

Znając przyczyny odwlekania decyzji do rodzicielstwa, można wykorzystać je do świadczenia usług na jeszcze wyższym poziomie. Znając tendencje, można się spodziewać, że w praktyce klinicznej położne będą się często spotykać z ciężarnymi 35 plus. Wykazanie zrozumienia, brak oceniania, ciepła i miła atmosfera, dająca poczucie bezpieczeństwa w kontakcie z pacjentem, są istotne w tak ważnym momencie, jakim jest rodzicielstwo. Zainteresowanie potrzebami matki i ojca oraz podążanie, próba ich zaspokojenia będą dawały poczucie satysfakcji, bezpieczeństwa. Jeśli matka nie wie np., gdzie szukać informacji o odpowiedniej pielęgnacji, wychowaniu dziecka, można podzielić się odpowiednimi źródłami, kontaktami do specjalistów: lekarzy, psychologów zajmujących się danym problemem. Jeśli mowa o kwestiach wygody i swobody życia, warto dzielić się z pacjentami, jeśli tego potrzebują, informacjami o nowych aplikacjach, urządzeniach, przedsięwzięciach, które usprawniają opiekę nad dzieckiem. Kolejną kwestią jest wsparcie kobiet w dbaniu o swój wygląd. Rozpowszechnianie wiedzy, jak zadbać o ciało kobiety po porodzie, aby wspomóc proces regeneracji i spowolnić proces starzenia, ma ogromne znaczenie. Rozwiewanie różnego rodzaju wątpliwości w związku z tematem opieki okołoporodowej, służenie wsparciem w tych pierwszych momentach rodzicielstwa jest jednym z kluczowych elementów.

PIŚMIENNICTWO

- Clarke, V.E., Hammarberg, K.** (2005). Reasons for delaying childbearing: a survey of women aged over 35 years seeking assisted reproductive technology. *Australian Family Physician*, 34(3): 187–189.
- Daszykowska, J.** (2017). Transmisja młodości w dorosłość w kontekście zmieniającego się społeczeństwa. *Społeczeństwo i Rodzina*, 51(2): 81–99.
- Gębuś, D.** (2015). Być żoną i matką – opiekunką domowego ogniska? Rola rodzinna w wyobrażeniach młodych kobiet. *Wychowanie w Rodzinie (WwR)*, 11: 81–94.
- Gurba, E.** (2011). Wczesna dorosłość. W: J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka: podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 287–311.
- Helak, M.** (2013). Macierzyństwo a kariera zawodowa kobiet w opinii studentów. *Studia z teorii wychowania: Półrocznik Zespołu Teorii Wychowania Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN*, 4/2(7): 108–123.

- Imbierowicz, A.** (2012). Matka Polka w defensywie? Przemiany mitu i jego wpływ na macierzyństwo polskich kobiet. *Ogrody Nauk i Sztuk (ONiS)*, 2(2): 430–442.
- Kotlarska-Michalska, A.** (2011). Społeczne role kobiet. *Edukacja Humanistyczna (EH)*, 1(24): 25–35.
- Kozáková, R., Vévodová, S., Vévoda, J., Merz, L.** (2015). Reasons for Delaying the First Birth for Mothers Aged 35 and More. *Profese Online*. 8(1): 17–23.
- Kusio, U.** (2004). Współczesna kobieta wobec macierzyństwa. *Kultura i Edukacja (KiE)*, 4: 20–47.
- Laszewska-Hellriegel, M.** (2011). Czynniki mające wpływ na podejmowanie decyzji o posiadaniu dziecka przez potencjalnych rodziców. Analiza pieniężnych i niepieniężnych kosztów oraz zysków z posiadania dziecka. *Dysfunkcje rodziny. Roczniki Socjologii Rodziny*, t. XXI: 57–77.
- Lesińska-Sawicka, M.** (2008). Późne macierzyństwo: studium socjomedyczne. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Maciarz, A.** (2004). Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Malina, A.** (2014). Wczesna dorosłość w cyklu życia człowieka: współczesne problemy realizacją zadań rozwojowych młodych dorosłych. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- McBride, K.** (2016). Nigdy dość dobra: jak wyzwolić się spod destrukcyjnego wpływu narcystycznej matki. Łódź: Wydawnictwo Feeria.
- Miler-Zawodniak, W.** (2012). Teorie potrzeb jako współczesne teorie motywacji. *Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 4: 101–116.
- Modzelewski, P.** (2018). Zjawisko odwlekania działań – prokrastynacji. Istota zagadnienia, przyczyny i konsekwencje. *Wspomaganie rozwoju kompetencji diagnostycznych nauczycieli. XXIV Konferencja Diagnostyki Edukacyjnej*, Katowice, s. 341–350.
- Molina-Garcia, L., Hidalgo-Ruiz, M., Cocera-Ruiz, E.M., Conde-Puertas, E., Delgado-Rodriguez, M., Martinez-Galiano, J.M.** (2019). The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLoS One*. 14(12): 1–12.
- Mynarska, M.** (2011). Kiedy mieć dziecko? Jakościowe badanie procesu odraczania decyzji o rodzicielstwie. *Psychologia Społeczna*, t. 6, 3(18): 226–240.
- Olejniczuk-Merta, A.** (2012). Kult młodości – moda czy długofalowa zmiana stylu życia. *Marketing i Rynek (MiR)*, 8: 2–8.
- Packaleń-Parkman, M.A.** (2017). Macierzyństwo bez lukru i retuszu. Wizerunek Matki Polki w literaturze polskiej po roku 2000 i blogach. *Postscriptum Polonistyczne (PSP)*, 2(20): 63–83.
- Pospiszyl, K.** (2012). Ojciec a wychowanie dziecka. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Poznańska, M.W.** (2004). Ojciec: ojcostwo i rola ojca w wychowaniu. W: Pilch, T. (Red.). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 804.
- ROPS.** Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego. (2015). Społeczna rola matki – wyzwania współczesnego macierzyństwa. Raport z badania 2015.
- Rembowski, J.** (1972). Więzy uczuciowe w rodzinie: studium psychologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skorupka, S., Anderska, H., Lempicka, Z.** (1998). Nowy leksykon PWN, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 1213.
- Szukalski, P.** (2017). Podwyższanie się wieku matek w Polsce – ujęcie przestrzenne. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*, 3: 1–5.
- Więclawska, A.** (2020). Panorama problematyki współczesnego ojcostwa. Toruń: Monografie Kolegium Jagiellońskiego.
- Wrzesień, W.** (2010). Czy ulegając nastolatyzacji, zachowamy młodość? Zalety i wady życia w rodzinie i poza rodziną. *Roczniki Socjologii Rodziny (RSR)*, t. XX: 37–53.
- Wylęgły, K.** (2019). Psychospołeczne uwarunkowania odraczania decyzji o macierzyństwie. *Ogrody Nauk i Sztuk (OniS)*, 9: 189–198.

Rozdział 6

Psychologiczne aspekty ciąży nastolatków

Magdalena Gruszczyńska

Adolescencja w życiu każdego człowieka jest okresem związanym z ogromnymi zmianami w sferze biologicznej, emocjonalnej i społecznej. Jest to proces przejścia z dzieciństwa w dorosłość. Nie bez znaczenia użyto słowa „proces”, ponieważ dorastanie, dojrzewanie nie jest pojedynczym, krótkotrwałym aktem, ale właśnie procesem rozciągniętym w czasie. Zgodnie z teorią Havighursta, w każdy etap życia człowieka wpisane są zadania rozwojowe, z którymi wiążą się specyficzne wyzwania (Havighurst, 1963). Początkowo wyzwania często kojarzone są z trudnościami, kryzysami. Sprostanie im daje człowiekowi poczucie satysfakcji, ale przede wszystkim jest źródłem dojrzewania i przygotowania do kolejnej fazy życia. Unikanie trudności oraz niepowodzenia w podejmowaniu wyzwań związanych z danym okresem życia powodują poczucie porażki, obniżają poczucie wartości oraz osłabiają możliwości adaptacyjne, a co za tym idzie – możliwości radzenia sobie z trudnościami w kolejnych fazach. Zgodnie z teorią autora, dojrzewamy przez całe życie, nabierając doświadczenia, zdobywamy tzw. mądrość życiową, która w rezultacie daje zasoby do pokonywania trudności w kolejnych fazach życia.

Zdaniem Havighursta na okres adolescencji przypadają następujące zadania (Szczurek-Boruta, 2007, s. 50):

- ukształtowanie roli męskiej lub kobiecej,
- akceptacja swojego wyglądu i kontrola nad własnym ciałem,
- rozwijanie ideologii (systemu wartości ważnego w codziennych wyborach),
- osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych,
- osiągnięcie nowych, bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci,
- przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie,
- przygotowanie do kariery zawodowej (niezależności ekonomicznej).

Powyższe zadania bardzo mocno są związane z budowaniem poczucia własnej tożsamości. Zdaniem Eriksona okres ten charakteryzuje się kryzysem tożsamości, rozbieżnością między tym, co dotychczas wiedziałem o sobie, kim chciałem być, a tym kim, chcę być (Erikson, 2004). Młody człowiek staje przed dylematami związanymi z własnym poczuciem wartości, wartościami, którymi chce się kierować, doświadcza własnej fizyczności i płciowości. Podejmowanie wyzwań związanych z rozwiązywaniem poszczególnych dylematów jest potrzebne do budowania tożsamości, poprzez co możliwe będzie osiągnięcie niezależności.

W związku z powyższym, co naturalne, w okresie adolescencji młodzi ludzie doświadczają siebie w nowych rolach, wchodzą w różne grupy rówieśnicze, eksperymentują, wyznaczają własne granice. Grupa rówieśnicza często staje się miejscem uczenia się nowych zachowań, wyznaczania systemu wartości. Bardzo często, aby zostać przyjętym, zaakceptowanym, należy dopasować się do istniejących w niej zasad, czasem odrzucając dotychczasowe wartości lub przejmując nowe. Wszystko to prowadzi

do wykształcenia własnej tożsamości, która niejednokrotnie może nie być spójna z oczekiwaniami i wyobrażeniami opiekunów (Obuchowska, 2001). Proces dorastania wiąże się często z koniecznością wypracowania nowych strategii adaptacyjnych, co często zaburza dotychczasową równowagę, może wpłynąć na samoocenę młodego człowieka, obraz świata, stosunek do innych ludzi.

Ważnym aspektem wyłaniającym się w tym okresie jest odkrywanie własnej seksualności, eksperymentowanie oraz doświadczanie pierwszych kontaktów seksualnych.

Młodzież a seksualność

Rozwój seksualny człowieka przebiega w zasadzie od początków jego życia. Już między czwartym a szóstym rokiem życia dziecko odkrywa własną seksualność, poznaje ciało, różnice międzypłciowe (Waszyńska, 2010).

Okres adolescencji to okres dojrzewania, także płciowego. W tym okresie dziecko przechodzi w dorosłość, następuje konsolidacja popędu płciowego z uczuciowością, kształtują się nowe role społeczne (Beisert, 2006). Zanim to jednak nastąpi, młody człowiek niejednokrotnie „próbuję” dorosłości na własną rękę, metodą prób i błędów, często kierowany naciskiem grupy rówieśniczej, tego, co aktualnie jest „modne”, a co niekoniecznie nosi znamiona dojrzałości i odpowiedzialności. Bardzo często w tym okresie młodzież podejmuje ryzykowne zachowania, często przekraczające granice zdrowego rozsądku – od eksperymentowania z używkami po ryzykowne zachowania seksualne. Samo rozpoczęcie współżycia seksualnego w wieku nastoletnim uznawane jest za zachowanie ryzykowne (Lewczuk, 2018). Nie jest to jednak jedyne zachowanie ryzykowne podejmowane przez młodzież w sferze seksualnej. Coraz częstsze staje się zjawisko promiskuityzmu – stosunków seksualnych podejmowanych przypadkowo, z różnymi partnerami, zupełnie pozbawionych więzi emocjonalnych (Currie, 2012). Rozwój i dostępność technologii (telefony komórkowe, sieć internetowa) umożliwiły ludziom, w tym także nastolatkom, udział w niebezpiecznych formach aktywności, jak: tothing, czyli umawianie się na odbycie stosunku płciowego, sponsoring, czyli poszukiwanie osoby, która za stosunki płciowe kupuje upragnione rzeczy nastolatkom, czy wynajmuje mieszkanie, sexting – przesyłanie zdjęć narządów płciowych za pomocą telefonu komórkowego lub Internetu, cyberseks – zdalne łączenie się poprzez sieć komputerową dwóch lub więcej osób i wysyłanie do siebie pobudzających seksualnie komunikatów, opisujących własne doznania podczas wirtualnego stosunku seksualnego oraz cyberprostytuacja (Beisert, 2006). Kolejnym zachowaniem zaliczanym do ryzykownych jest świadome unikanie stosowania prezerwatywy podczas przypadkowych stosunków seksualnych. Warto zwrócić uwagę, iż ryzykowne zachowania seksualne mogą nieść za sobą nie tylko konsekwencje w postaci ciąży czy chorób przenoszonych drogą płciową, lecz także ryzyko nadużyć seksualnych, hejtu, traum na tle seksualnym, zaburzeń seksualnych, trudności w nawiązywaniu intymnych związków w dorosłości i wiele innych (Lewczuk, 2018).

Wiek rozpoczęcia współżycia uzależniony jest od narodowości, rasy oraz kultury, jednak najczęściej przypada na okres adolescencji i wyprzedza pojawienie się potrzeb seksualnych (Broussard, 2010). Jednocześnie sygnalizuje się obniżanie wieku, w którym młodzież podejmuje inicjację seksualną (Izdebski, 2012; Currie, 2012). Wskazuje się na następujące źródła obniżającego się wieku inicjacji seksualnej (Szymańska, 2015):

- wcześniejsze dojrzewanie płciowe,
- niekorzystne warunki socjoekonomiczne,
- poziom wykształcenia (młodzież ze szkół zawodowych częściej deklaruje, że inicjowała przed 14 rokiem życia, wcześniej niż uczniowie liceum i technikum),
- miejsce zamieszkania (mieszkańcy małych miejscowości i wsi inicjują później niż mieszkańcy ośrodków wielkomiejskich),

- stosunek do religii (młodzież bardziej zaangażowana w praktyki religijne później rozpoczyna współżycie płciowe),
- modelowanie (dzieci rodziców, którzy sami w wieku adolescencyjnym rozpoczęli współżycie, szybciej podejmują inicjację seksualną),
- brak silnej więzi matki z córką, nieobecność ojca,
- brak uświadomienia seksualnego,
- większe społeczne przyzwolenie na zachowania seksualne.

Różny jest także w tym okresie stosunek do seksu. Chłopcy najczęściej podejmują aktywność seksualną z ciekawości, rosnącego popędu seksualnego oraz dla przyjemności. Dziewczeta natomiast kierują się miłością – poczuciem, że poprzez akt seksualny wyrażą uczucie oraz otrzymają je w zamian od partnera. W następnej kolejności motywowane są podnieceniem seksualnym, ciekawością i przyjemnością (Izdebski, 2012). Pierwsze doświadczenia seksualne są często związane z chęcią przypodobania się członkom grupy rówieśniczej i pozbawione są odpowiedzialności związanej z zapobieganiem ciąży. Niejednokrotnie dziewczeta wierzą, że pierwszy stosunek seksualny nie kończy się ciążą. Jednocześnie należy podkreślić, że wiek dojrzewania to czas, gdy dopiero kształtuje się poczucie odpowiedzialności i przewidywalności oraz konsekwencji własnych zachowań. Często ważniejsza jest spontaniczna reakcja, chęć zaspokojenia aktualnej potrzeby (niekoniecznie seksualnej, czasem zaistnienia na tle grupy), niż świadome podjęcie decyzji o współżyciu i zabezpieczeniu przed chorobami czy ciążą. W sytuacji, gdy młodzież dojrzała i świadomie podchodzi do podejmowania aktywności seksualnej, najpopularniejszą metodą antykoncepcji jest prezerwatywa, za nią doustne środki hormonalne stosowane przez dziewczeta oraz stosunek przerywany (Izdebski, 2012).

W obliczu postępującej tendencji obniżania się wieku inicjacji seksualnej, coraz więcej uwagi przykładana jest do odpowiedniej edukacji seksualnej, która w opinii naukowców, lekarzy, ale także młodzieży jest nadal na bardzo niskim poziomie. Tymczasem odpowiednia edukacja seksualna, prowadzona w atmosferze dyskrecji, zaufania i bezpieczeństwa, podobnie jak dostęp do antykoncepcji, są czynnikami mogącymi przyczynić się do zmniejszenia liczby ciąż u nastolatek (Gorańska i wsp., 2018).

Jak wspomniano wcześniej, jednym z zadań okresu adolescencji jest zbudowanie własnej, autonomicznej tożsamości. Jednym z jej składników jest tożsamość seksualna. Także w tym obszarze młody człowiek zmaga się z wyzwaniami, kryzysami związanymi z rozbieżnością między tym, co przekazują osoby dorosłe (rodzice, szkoła), grupa rówieśnicza oraz popularne media społecznościowe. W związku z kruchością tworzącej się dopiero tożsamości, młodzież podatna jest na różnego rodzaju wpływy, często przyjmuje bezkrytycznie wszystko, z czym się spotyka, dążąc do uzyskania ważnych w danym momencie życia dla siebie celów.

Nastoletnie macierzyństwo

Wczesne podejmowanie kontaktów seksualnych niejednokrotnie skutkuje zajściem w ciążę przez nastoletnie dziewczeta. Częstość występowania ciąż u nastolatek w Europie jest bardzo zróżnicowana. Najwyższy wskaźnik w Europie Zachodniej ma Wielka Brytania (Broussard, 2010).

Problematykę nastoletnich ciężarnych naukowcy podejmowali już od dawna. Le Van (1998) na podstawie własnych badań wyróżniła kilka rodzajów młodocianych matek:

1. **Ciąża SOS** – ratowanie rodziny. Nastolatki wychowujące się w domu dysfunkcyjnym mają nadzieję, że gdy zajdą w ciążę, to los rodziny się odmieni, nastąpi zjednoczenie lub uzdrowienie systemu rodzinnego dzięki pojawiającemu się dziecku oraz uwadze, która skupiona będzie na ciężarnej, a później jej dziecku.
2. **Ciąża inicjacyjna**. Nastolatka nie myśli o konsekwencji, jaką może być zajście w ciążę, podejmuje współżycie celem zwrócenia uwagi na siebie i swoje problemy, jest to kolejne zachowanie z gamy

zachowań autoagresywnych (po kontakcie z alkoholem i narkotykami, ucieczkach z domu, agresji, problemach z nauką, próbach samobójczych).

3. **Ciąża z wyrachowania.** Dziewczęta lubią opiekować się dziećmi, marzyły o zawodzie nauczycielki czy opiekunki, jednak z uwagi na brak wykształcenia lub małe perspektywy na przyszłość, nie mogą zrealizować swego marzenia. Dziewczęta często charakteryzuje niska samoocena, brak pewności siebie, co związane jest z ubogim życiem towarzyskim. W ich odczuciu ciąża kompensuje braki emocjonalne, jest lekiem na samotność i nudę.
4. **Ciąża świadoma.** Nastolatki pochodzą często z rodzin wielodzietnych o niskim statusie socjoekonomicznym. Są w stałym związku z ojcem dziecka, a ciąża ma być powodem uniezależnienia się od rodziców, dać możliwość opuszczenia domu.

W literaturze funkcjonuje termin „punktualnego macierzyństwa” (*on-time mothering*), czyli zgodnego z biologiczną gotowością oraz społecznym przyzwoleniem na podjęcie funkcji prokreacji. Uważa się, iż optymalny czas posiadania potomstwa to 25–35 lat. Bardzo ważnym aspektem przygotowania do macierzyństwa jest gotowość psychiczna, czyli zdolność do podjęcia działań opiekuńczo-wychowawczych wobec nowo narodzonego dziecka. Nastoletnie macierzyństwo mieści się w ramach „macierzyństwa niepunktualnego” (*off-time mothering*), czyli występującego za wcześnie wobec rytmu biologicznego, społecznego i psychicznego. Uważa się, iż nastoletnie macierzyństwo jest zdarzeniem nie-normatywnym, związanym z większym kryzysem i większymi wyzwaniem dla dziewczyny, często przekraczającymi jej aktualne możliwości (Bakiera, 2018).

Okresem dorastania nazywamy okres zmian w rozwoju psychicznym zapoczątkowany dojrzewaniem płciowym i przebiegający w sposób indywidualnie zróżnicowany pod wpływem czynników społecznych, przy czym jego zakończeniem jest uzyskanie stanu rozwoju psychicznego, którego właściwością jest zdolność do podjęcia ról społecznych człowieka dorosłego (Obuchowska, 1982, s. 134). Biorąc pod uwagę zadania rozwojowe poszczególnych faz życia, należy podkreślić, iż ciąża w wieku dojrzewania stawia młodych rodziców, a szczególnie dziewczęta w bardzo trudnej sytuacji. Konsekwencje takiego stanu rzeczy są różnorakie. Z punktu widzenia psychologii, dziewczęta nie są gotowe do pełnienia roli matki, same jeszcze emocjonalnie są dziećmi, a stają przed zadaniem podjęcia odpowiedzialności za własne potomstwo. Mając na uwadze, iż nastolatka w ciąży staje przed zadaniem, które rozwojowo przekracza jej możliwości, nastoletnie macierzyństwo mieści się w kategoriach przewlekłego stresu psychologicznego. Nastoletnie macierzyństwo wiąże się nie tylko z tym, że dziewczyna rodzi dziecko, wychowuje niemowlę, całkowicie zależne od niej w pierwszych miesiącach życia, ale w kolejnych latach powinna przekazać mu wartości, normy, być modelem zachowań. Jest to niezmiernie trudne, biorąc pod uwagę, iż okres adolescencji jest czasem eksperymentowania i tworzenia własnej tożsamości. Nastoletnia mama staje przed koniecznością przeformułowania swoich celów życiowych (np. ukończenia szkoły, podjęcia dalszego wykształcenia czy pracy), zmiany priorytetów (jest zmuszona do rezygnacji z dotychczasowego trybu życia). Niejednokrotnie zmienia się status społeczny nastoletniej ciężarnej (w zależności od tego, jak bliskie relacje wiążą dziewczynę z jej przyjaciółmi, uzyska od nich wsparcie, pomoc lub wręcz przeciwnie, może spotkać się z krytyką, hejtem i wykluczeniem z grupy społecznej, co często doprowadza do zaburzeń depresyjnych).

Bardzo często nastoletnie mamy wychowują dzieci bez udziału ich ojców, robią to zatem same lub przy pomocy rodziny. Młoda mama często zmuszona jest do mieszkania z własnymi rodzicami lub opiekunami, co często prowadzi do długotrwałego uzależnienia ekonomicznego od nich, od zasiłków socjalnych, co z kolei nierzadko skutkuje przekazywaniem takiego modelu życia własnemu dziecku (Kempińska, 2017). W zależności od tego, w jakim wieku dziewczyna zachodzi w ciążę, jest zmuszona do przerwania nauki, niejednokrotnie nie podejmuje już w ogóle edukacji, co skutkuje brakiem lub niskim wykształceniem, a w późniejszym czasie trudnościami ekonomicznymi. Bardzo ważnym aspektem jest to, jakie relacje wiążą nastolatkę z rodzicami. Niejednokrotnie dziewczęta obawiają się ujawnić,

że są w ciąży, ukrywają ten fakt, co prowadzi do opóźnienia momentu zgłoszenia się do lekarza ginekologa oraz niejednokrotnie braku tej opieki przez długi czas. Nieplanowana ciąża często jest związana z brakiem akceptacji tego faktu przez samą nastolatkę, co może prowadzić do intencjonalnych zachowań antyzdrowotnych, braku dbałości o siebie, a wręcz szkodenia sobie w celu pozbycia się ciąży. Brak akceptacji stanu, w którym znalazła się nastolatka, ale także niedojrzałość emocjonalna mogą prowadzić do braku rozwinięcia się więzi emocjonalnej z dzieckiem. Skok pokwitaniowy, który jest naturalny w tym okresie, może stać się dużo trudniejszy dla nastolatki w ciąży niż jej nieciężarnej rówieśniczki. Powodem tego będą zwielokrotnione zmiany somatyczne, trudności fizjologiczne, brak akceptacji własnego wyglądu. Rozwojowo okres adolescencji wiąże się także ze wzrostem krytycyzmu, co niejednokrotnie prowadzi do konfliktów z rodzicami czy innymi dorosłymi. Dodatkowo w związku z obecnym w tym czasie tzw. egocentryzmem młodzieżowym, młoda matka może mieć tendencję do podejmowania niedojrzałych decyzji, zachowań w opiece nad dzieckiem (tzw. *stawianie na swoim*), co w konsekwencji może potęgować konflikty.

Częstym problemem jest to, że nastolatki nie podejmują właściwej współpracy z lekarzem, położną, co w powiązaniu z naturalnie występującymi w tym wieku zachowaniami buntowniczymi bywa bardzo trudne dla personelu (Frankowicz-Gasiul i wsp., 2008). Brak przestrzegania zaleceń lekarza i położnej, niedostateczne przygotowanie organizmu do pełnienia funkcji rozrodczych, często nieprawidłowe nawyki żywieniowe i zachowania antyzdrowotne prowadzą w konsekwencji do tego, iż ciąża nastolatki staje się ciążą wysokiego ryzyka. Najczęstsze powikłania takiej ciąży to (Abdelaal i wsp., 2018; Kempieńska, 2017; Frankowicz-Gasiul i wsp., 2008):

- poronienia samoistne,
- poród przedwczesny,
- przedwczesne oddzielenie się łożyska prawidłowo usadowionego,
- nadciśnienie indukowane ciążą,
- stan przedrzucawkowy i rzucawka,
- infekcje dróg moczowych,
- małowodzie,
- niska masa urodzeniowa dziecka,
- niedokrwistość.

Naukowcy wskazują także na częstsze przypadki depresji poporodowej u nastolatek niż u kobiet po 35 roku życia (Abdelaal i wsp., 2018; McCracken i Loveless, 2014).

Relacja z nastoletnią mamą

Ze względu na specyficzną sytuację, w jakiej znajduje się nastolatka, będąc w nieplanowanej ciąży, duże znaczenie dla jej komfortu psychicznego, obniżenia poziomu lęku, stresu będzie miała relacja z personelem medycznym. Niejednokrotnie to lekarz, położna stają się pierwszymi osobami, które dowiadują się o ciąży nastolatki. Nastolatka często przeżywa poczucie winy, wstydu, boi się oceny społecznej nie tylko ze strony rówieśników, ale przede wszystkim osób dorosłych. Warto pamiętać, że często nastolatki mają niesatysfakcjonujące relacje z własnymi rodzicami czy opiekunami, zatem personel medyczny może być dla nich źródłem wsparcia i modelowania prawidłowych postaw przez cały okres ciąży, a także i po niej.

Niezmiernie istotne jest traktowanie nastolatki jak pełnoprawnej pacjentki, której należy się szacunek, a jednocześnie duża troska i zrozumienie różnorodnych zachowań i reakcji, które mogą być spowodowane reakcją na ciążę oraz zmianami związanymi z okresem dojrzewania. Prawidłowa komunikacja w przypadku nastolatek nabiera szczególnego znaczenia, a odpowiedzialność za ten proces leży po stronie personelu, jako wykwalifikowanego w tym zakresie.

Zasady komunikacji z nastolatką w ciąży i po porodzie:

- nie oceniaj, nie krytykuj;
- zachowaj spokój i cierpliwość dla zachowań i reakcji pacjentki, cierpliwie odpowiadaj na pytania i wątpliwości – może się okazać, że pacjentka będzie potrzebowała kilkukrotnych wyjaśnień tego samego tematu nie ze względu na jej roztargnienie, lecz z powodu lęku i niedostatecznej dojrzałości do zrozumienia pewnych kwestii;
- posługuj się językiem zrozumiałym dla pacjentki, używanie medycznych sformułowań zazwyczaj wzmacnia lęk i powiększa dystans interpersonalny;
- pamiętaj o poszanowaniu intymności pacjentki, pytaj o zgodę na przeprowadzenie badań, czynności, informuj, co będziesz robić i dlaczego;
- okres adolescencji wiąże się z tworzeniem obrazu ciała, który często bywa w tym wieku zaburzony, co może przejawiać się wzmożoną wstydlivością, przejawiającą się niechęcią odkrywania intymnych części ciała przed personelem – nie reaguj na takie zachowanie zdziwieniem czy dezaprobatą, a raczej okaż zrozumienie i cierpliwość;
- przekaż wszystkie informacje dotyczące prawidłowych zachowań w ciąży w sposób nieoceniający i nieautorytarny, pamiętaj, że adolescencja to wiek, w którym człowiek takie nawyki dopiero nabywa i utrwała, zatem naturalne jest, że ich nie posiada;
- przekaż wszystkie informacje dotyczące opieki nad noworodkiem, pamiętaj, że pacjentka nie była przygotowana do roli mamy, nie posiada umiejętności opieki nad niemowlęciem (za wyjątkiem dziewcząt, które były obarczone obowiązkiem opieki nad młodszym rodzeństwem, w tym niemowlakiem, przez rodziców – nawet w tym przypadku wiedza może okazać się niewystarczająca);
- rozmawiaj z pacjentką o jej lękach i innych emocjach;
- zachowaj dyskrecję, gdy pacjentka zwierza się z własnych przeżyć i trosk.

PODSUMOWANIE

Okres adolescencji jako faza rozwoju jest czasem ważnym, choć bardzo trudnym, ze względu na liczne przemiany w obrębie ciała i psychiki młodej dziewczyny. W związku z powyższym należy dołożyć wszelkich starań, by ciąża, a następnie poród i połóg były czynnikiem jak najmniej stresującym i lękotwórczym. Należy przygotować pacjentkę do nowej roli w sposób zapewniający bezpieczeństwo jej oraz mającemu narodzić się dziecku, a jednocześnie umożliwić rozwój tożsamości, samodzielności, niezależności wpisane w ten okres rozwojowy.

PIŚMIENNICTWO

- Abdelaal, H., Mohamed, A. Aly, H.** (2018). Racial Disparity, Depression, and Birth Outcomes Among Pregnant Teens. *Maternal and Child Health Journal*. 22(10): 1400–1406.
- Bakiera, L., Szczerbal, J.** (2018) Doświadczenie nastoletniego macierzyństwa a wybrane aspekty funkcjonowania dorosłych kobiet. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(1): 102–121.
- Beisert, M.** (2006). *Seksualność w życiu człowieka*. Warszawa: PWN.
- Broussard, A.B., Broussard, B.S.** (2010). Pregnant teens: lessons learned. *Nursing for Women's Health*. 14(2): 104–111.
- Currie, C., Zanotti C., Morgan A. et al.** (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010, Survey World Health Organization*.
- Erikson, E.H.** (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Frankowicz-Gasiul, B., Michalik, A., Czerwińska, A., Zydorek, M., Olszewska, J. i Olszewski, J.** (2008). Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny. *Studia Medyczne* 11: 57–63.
- Gorajska, M., Kuik, M., Laube, J., Liszewska, U., Madej, O.** (2018). Edukacja seksualna w Polsce w kontekście promocji zdrowia seksualnego vs tabu seksualne. *Psychoseksuologia* 4: 110–120.

- Havighurst, R.J., Taba H.** (1963). *Adolescent Character and Personality*. New York: Science Editions.
- Izdebski, Z.** (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku: studium badawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jaczewski, A.** (2014). *Seksualność dzieci i młodzieży: pół wieku badań i refleksji*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Kempińska, U.** (2017). *Nieletnie macierzyństwo – problem ogólnoswiatowy*. Poznań: Instytut Naukowo-Wydawniczy MAIUSCULA sp. z o.o.
- Le Van, C.** (1998). *La grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues*. Paryż: L'Harmattan.
- Lewczuk, J.** (2018). Psychologiczne konsekwencje ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. W: Jędrzejko, M.Z., Szwedzik, A. (Red.), *Pedagogika i profilaktyka społeczna: nowe wyzwania, konteksty, problemy*. T. I. Warszawa: Wyd. Aspra, s. 221–245.
- McCracken, K.A., Loveless, M.** (2014). Teen pregnancy: an update. *Current Opinion in Obstetrics Gynecology*, 26(5): 355–359.
- Obuchowska, I.** (1982). Psychologiczne aspekty dojrzewania. W: Jaczewski, A., Woynarowska, B. (Red.). *Dojrzewanie*. Warszawa: WSiP, s. 131–206.
- Obuchowska, I.** (2001). *Drogi dorastania*. Warszawa: WSiP.
- Szczurek-Boruta, A.** (2007). *Zadania rozwojowe młodzieży i edukacyjne warunki ich wypełniania w środowiskach zróżnicowanych kulturowo i gospodarczo: studium pedagogiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Szymańska, J.** (2015) *Programy profilaktyczne: podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Waszyńska, K.** (2010). *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*. Seria: *Psychologia i pedagogika*, nr 155. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Rozdział 7

Wybrana problematyka rodzicielstwa osób LGBTQ+*Radosław Pujanek, Julia Wyszomirska*

Jesteśmy świadkami zmian, jakie dokonują się w społeczeństwie na przestrzeni ostatnich lat, kiedy coraz częściej porusza się kwestie związane z prawami osób nieheteronormatywnych. Zauważalne są zmiany w zakresie funkcjonowania tych osób poprzez zwiększoną ich widoczność w przestrzeni publicznej. Można również zaobserwować postępujące, choć ciągle niewystarczające zmiany, w obrębie zakładania rodziny i rodzicielstwa, gdzie coraz częściej można spotkać osoby pozostające w związku nieformalnym z osobą tej samej płci lub identyfikujące się jako nieheteronormatywne. W dobie aktualnie toczących się żywo dyskusji i sytuacji polaryzacji społeczeństwa względem praw oraz równości obywatelskich osób z mniejszości seksualnych w Polsce szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi zarówno na wsparcie społeczne, jak i profesjonalną opiekę zdrowotną wolną od uprzedzeń, a także dyskryminacji w procesie hospitalizacji, leczenia i zdrowienia.

Nasze doświadczenia wskazują, że położne nie uznają kontaktów z osobami LGBTQ+ za stresujące, wymagające, ponieważ najczęściej deklarują, że w ogóle nie spotykają się z takimi sytuacjami. Biorąc pod uwagę, że osoby LGBTQ+ nie pojawiły się akurat teraz – nagle, lecz funkcjonowały w społeczeństwie zawsze, takie doświadczenia wydają się nieprawdopodobne. Wielu specjalistów opieki zdrowotnej nie omawia rutynowo z pacjentami_kami¹⁴ orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, a placówki nie opracowują wielu systemów gromadzenia takich danych. Bez tych informacji nie można zidentyfikować osób LGBTQ+, a tym samym trafnie określić ich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej. W konsekwencji nie można rozwiązać doświadczanych przez nich problemów zdrowotnych, niewykluczony jest także brak zapewnienia ważnych usług zdrowotnych (Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Information. Importance of the Collection and Use of These Data. Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Z drugiej strony doświadczenia pacjentów_ek wskazują, że najczęściej w przypadku kontaktu z personelem medycznym osoby te spontanicznie nie ujawniają własnej tożsamości płciowej i/lub orientacji. Same przez to są narażone na mniej skuteczną opiekę, jednocześnie chroniąc siebie przed ewentualnymi przykrościami, a personel medyczny przed koniecznością zmierzania się z nową, wymagającą sytuacją.

Biorąc pod uwagę powyższe, celem pracy jest przybliżenie problematyki LGBTQ+, zaczynając od zagadnień ogólnych, jak terminologia, a następnie bardziej szczegółowej – związanej ze wzajemnymi relacjami pacjentów_ek z personelem medycznym, szczególnie położnymi. Autorzy niniejszego rozdziału mają nadzieję, że wraz ze wzrostem świadomości w tym obszarze położne będą mogły osobiście, własną postawą, zachowaniem ułatwiać osobom LGBTQ+ ujawniać się w relacjach z personelem. Pozwoli to na zbieranie wiarygodnych, w tym klinicznych, danych o pacjentach_kach, przyczyniając się do poprawy jakości opieki medycznej. Z kolei położne poczują się pewniej w relacjach z osobami, które

¹⁴ Użycie znaku zastępującego „_” wskazuje na formę neutralną płciowo, uwzględniając płeć żeńską, męską, niebinarność i transpłciowość.

być może obecnie wydają się niektórym „nietypowe”, budzą niepewność, co do odpowiedniego zachowania, komunikowania się.

Spoleczność osób LGBTQ+ – podstawowe zagadnienia

Opisując wybraną problematykę rodzicielstwa osób LGBTQ+, autorzy chcieliby na wstępie przybliżyć podstawowe zagadnienia, opisane dokładniej w dalszej części rozdziału. Odwołując się do aktualnych badań (Bancroft, 2011; Bomba, 2012; Dragan i Iniewicz, 2020) należy zaznaczyć, że pojęcie orientacji seksualnej coraz częściej ujmowane jest w kategoriach *tożsamości psychoseksualnej*, uwzględniając subiektywne odczucia jednostki, jej pragnienia i fantazje seksualne, dotychczasowe doświadczenia w relacjach i związkach z innymi osobami oraz ich płć. Odróżnić należy od tego pojęcie *tożsamości płciowej*, odnoszące się do wewnętrznego poczucia płci (Bojarska i Kowalczyk, 2017). Zgodnie z aktualnym rozumieniem funkcjonowania człowieka, uwzględnia się działanie czynników biologicznych oraz społeczno-psychologicznych. Dlatego oprócz płci biologicznej, odnoszącej się do różnic anatomicznych w wyglądzie narządów płciowych, zwraca się uwagę na płć psychologiczną, która jest sposobem przeżywania siebie jako kobieta lub mężczyzna oraz formy ekspresji zachowań zgodnych lub niezgodnych z kulturowymi oczekiwaniami wobec danej płci. Jednocześnie coraz częściej spotykamy się z określeniem osób niebinarnych, które nie identyfikują się z dominującym w społeczeństwie założeniem o dychotomii kobieta–mężczyzna (Bojarska i Kowalczyk, 2017).

Osoby o tożsamości seksualnej innej niż heteroseksualna, a także przeżywające własną płć w sposób odmienny od dominujących w społeczeństwie wzorców zachowań typowo kobiecych lub męskich, określane są również jako *osoby nieheteronormatywne* i do nich często odnosi się skrót LGBTQ+ (tab. II). Z kolei heteronormatywność to pojęcie obejmujące wszelkie sposoby, za pomocą których heteroseksualna kultura traktuje swoje wzorce jako elementarną formę funkcjonowania w związkach, budowania relacji międzyludzkich i reprodukcji (Majka-Rostek, 2012).

Uwzględniając aktualne wyniki obserwacji dotyczących funkcjonowania osób ze społeczności LGBTQ+, należy rozważyć wpływ społeczno-kulturowy na psychologiczny dobrostan jako jeden z czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych (Iniewicz i wsp., 2012). Wiele badań przeprowadzonych z udziałem względnie licznej grupy osób (Bostwick i wsp., 2010; Cochran i Mays, 2000; Cochran i wsp., 2003; Sandfort i wsp., 2001) wykazało zwiększone ryzyko rozwoju depresji, zaburzeń lękowych i uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród osób nieheteronormatywnych w porównaniu z osobami o tożsamości heteroseksualnej. Jednocześnie konsekwencją zwiększonej chorobowości psychiatrycznej wśród osób należących do mniejszości seksualnych jest większe ryzyko pojawienia się myśli i aktów samobójczych (Grabski, 2012). Jak wynika z raportu KPH (Kampania Przeciw Homofobii) ok. 70% młodzieży LGBTQ+ prezentuje myśli samobójcze. Jednocześnie przejawy braku akceptacji tożsamości nieheteroseksualnej są silnie związane z pojawieniem się objawów depresji, poczuciem osamotnienia i częstszym przeżywaniem myśli samobójczych (Świder i Winiewski, 2017). Należy w tym miejscu zaznaczyć, że w świetle aktualnych badań naukowych tożsamość psychoseksualna i płciowa nie są czynnikami, wpływającymi bezpośrednio na wystąpienie jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego. Wskazuje się na różnorodność czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych, które będą warunkować pojawienie się objawów psychopatologii. Osoby z mniejszości seksualnych w porównaniu z osobami heteroseksualnymi są wyjątkowo narażone na pogorszenie zdrowia psychicznego ze względu na doświadczenie dyskryminacji, stygmatyzacji, uprzedzeń, przemocy oraz stresu mniejszościowego (Bancroft, 2011; Iniewicz i wsp., 2012; Dragan i Iniewicz, 2020; Tsigotis i wsp., 2015).

Tabela II. Społeczność osób LGBTQ+

| | | |
|----------|--------------------|---|
| L | Lesbijki | Kobiety odczuwające pociąg seksualny i chęć tworzenia silnych więzi emocjonalnych oraz związków z kobietami (osoby homoseksualne). |
| G | Geje | Mężczyźni odczuwający pociąg seksualny i chęć tworzenia silnych więzi emocjonalnych oraz związków z mężczyznami (osoby homoseksualne). |
| B | Osoby biseksualne | Osoby odczuwające pociąg seksualny i chęć tworzenia silnych więzi emocjonalnych oraz związków z więcej niż jedną płcią. |
| T | Osoby transpłciowe | Osoby, u których występuje niezgodność między płcią odczuwaną a płcią przypisaną przy urodzeniu. |
| Q | Queer | Termin zbiorczy dla osób, których seksualność i/lub płciowość wybiega poza heteroseksualność czy pojęcie kobiety/mężczyzny. |
| I | Osoby interpłciowe | Osoby, które rodzą się z ciałem, które nie wpisuje się w społeczne lub medyczne definicje typowych ciał żeńskich lub męskich. |
| A | Osoby aseksualne | Osoby, których tożsamość seksualna polega na braku odczuwania pociągu seksualnego. |
| P | Osoby pansesualne | Osoby odczuwające pociąg seksualny i silną chęć tworzenia silnych więzi emocjonalnych i związków bez względu na płeć. |
| + | | Uwzględnienie osób, które jednoznacznie nie identyfikują się z żadnym z powyższych pojęć. Wskazanie różnorodności płci, seksualności i relacji. |

Źródło: Opracowanie własne na podst. Słownik Terminologii Queerowej [online] <https://zaimki.pl/slowniki/terminologia> [Dostęp: 18.06.2021].

Stres mniejszościowy definiowany jest jako stres psychospołeczny, jakim obciążone są osoby należące do grup mniejszościowych, charakteryzujący się unikatowością, chronicznością i społecznym uwarunkowaniem, uwzględniając indywidualne doświadczenia jednostki oraz działanie instytucji i struktur społecznych (Meyer, 1995, 2003). W swoim modelu, stworzonym na podstawie badań prowadzonych od lat 90. XX wieku, Meyer (1995) wyodrębnił trzy elementy stresu mniejszościowego. Pierwszym z nich jest *oczekiwanie odrzucenia*, charakteryzujące się stałym wyszukiwaniem sygnałów, mogących wskazywać na dyskryminację i uprzedzenia ze strony otoczenia. W celu unikania negatywnych doświadczeń i obniżenia doświadczanego stresu uruchamia się mechanizm obronny nazywany *ukrywaniem* własnej tożsamości seksualnej i/lub płciowej. W procesie internalizowania negatywnych przekonań na temat osób ze społeczności LGBTQ+, na których działanie narażona jest osoba nieheteronormatywna jeszcze przed uświadomieniem sobie własnej tożsamości psychoseksualnej, wyodrębnia się element stresu mniejszościowego nazwany *zinternalizowaną homofobią* (Meyer, 1995).

Doświadczenia kliniczne osób udzielających pomocy psychologicznej osobom LGBTQ+, obok aktualnych badań naukowych, wskazują na konieczność uwzględnienia stresu mniejszościowego w procesie opieki nad tymi osobami. Ze względu na wcześniejsze negatywne doświadczenia osób nieheteronormatywnych oraz podwyższone ryzyko lęku przed ujawnieniem własnej tożsamości psychoseksualnej i/lub płciowej wszelkie działania podejmowane przez specjalistów powinny być oparte na zasadach całkowitej akceptacji afirmacji pacjenta_ki, kierując się dobrem i poczuciem komfortu tych osób. Do czynników redukujących poczucie lęku i odrzucenia zalicza się bezwzględny szacunek oraz akceptację danej osoby w zakresie wyboru partnera_ki, a także używanie w kontaktach interpersonalnych imienia lub pseudonimu, jakim określa się dana osoba, bez względu na własne przekonania personelu medycznego. Ponadto badania wskazują, że zwiększona akceptacja i otwartość wobec osób nieheteroseksualnych posiadających dzieci związana jest z poprawą funkcjonowania tych osób i obniżeniem odczuwanego stresu związanego z rodzicielstwem (Greenfeld i Seli, 2016).

Opieka medyczna, położnicza osób LGBTQ+

Wiele osób ze społeczności LGBTQ+ doświadcza dyskryminacji i wykluczenia w różnych obszarach życia społecznego. Jest to szczególnie widoczne w kontekście prawa do zakładania rodziny, rodzicielstwa, dostępu do metod wspomaganego rozrodu. W Polsce o adopcję lub zapłodnienie metodą *in vitro* mogą się starać w pierwszej kolejności małżeństwa różnopłciowe, dalej ewentualnie pary różnopłciowe. W przypadku osób pozostających w związkach jednopłciowych lub osób transpłciowych założenie rodziny, adopcja, wspomagany rozród są praktycznie niemożliwe. Wielokrotnie spełnienie pragnień o dziecku wymaga życia w ukryciu, nieujawniania własnej tożsamości płciowej i/lub tożsamości seksualnej, zakładania lub pozostawania w pozornych, ale sformalizowanych związkach. Wiąże się to z kosztami psychologicznymi i społecznymi (Kowalczyk, Rodzinka i Krzystanek, 2016). W odniesieniu do osób nieheteronormatywnych, obecnie stan prawny pozwala na adopcję dziecka jedynie przez osoby transpłciowe, pod warunkiem pozostawania w związku małżeńskim różnopłciowym od min. 5 lat. Zdarza się, że zagrożenie wykluczeniem pojawia się w tam, gdzie każdy człowiek powinien mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa i profesjonalną opiekę bez względu na przekonania, poglądy, sposób życia i potrzeby zarówno osób z mniejszości seksualnych, jak i osób świadczących jakąkolwiek pomoc medyczną. Jednym z takich obszarów są miejsca, w których świadczona jest opieka zdrowotna (Eady i wsp., 2011, Furness i wsp., 2020; Keuroghlian i wsp., 2017). Jeszcze do niedawna wszelkie formy zapewnienia opieki okołoporodowej oparte były na założeniu heteroseksualności osób decydujących się na założenie rodziny i posiadanie potomstwa, co *a priori* jest postawą wykluczającą, np. osoby homoseksualne. Ze względu jednak na zmiany społeczne oraz rozwój medycyny i nauk pokrewnych coraz częściej można spotkać osoby identyfikujące się jako lesbijki, osoby biseksualne, transpłciowe, niebinarne, które podejmują decyzję o powiększeniu swojej rodziny, wymagając przy tym profesjonalnej opieki medycznej. Dlatego też od osób pracujących w obszarze położnictwa oczekuje się zrozumienia, akceptacji i poszanowania decyzji osób nieheteronormatywnych i nieheteroseksualnych. Należy uwzględnić, z jakimi trudnościami związane jest rodzicielstwo osób LGBTQ+. Poza czynnikami społeczno-psychologicznymi, np. stres mniejszościowy, wykluczenie i dyskryminacja, utrudnieniem może być brak rozwiązań prawnych w odniesieniu do osób nieheteroseksualnych oraz ich opieki nad dzieckiem. Dodatkowym wyzwaniem dla samego personelu medycznego może stać się opieka nad osobą transpłciową i/lub niebinarą, co często również jest związane z brakiem uregulowań prawnych lub złożonym procesem tranzycji.

Z przeglądu 24 badań wynika, że personel medyczny bardzo często nie jest świadomy tożsamości seksualnej pacjentów nieheteronormatywnych, z góry zakładając, że jest ona heteroseksualna. W odbiorze pacjentów język używany podczas przyjęcia, czy zbierania wywiadu przez położne i pielęgniarki był głównym wskaźnikiem ich heteronormatywności (Stewart i O'Reilly, 2017). Pacjenci LGBTQ+ zgłaszali np., że personel – pytając o imię partnera – używał zaimków przeciwnej płci i był zdezorientowany po skorygowaniu pomyłki (Röndahl i wsp., 2006). To często pozostawiało pacjentom niewielkie możliwości ujawnienia tożsamości seksualnej lub tożsamości płciowej. Stosunkowo częste są dyskryminujące komentarze na temat pacjentów LGBTQ+ wśród personelu medycznego. Ponad połowa pacjentów transpłciowych doświadczyła trudności, takich jak nękanie, mylenie płci i wyśmiewanie. W skrajnych przypadkach zdarza się, że personel traktuje tożsamość nieheteroseksualną i odmienną tożsamość płciową jako patologię. Ujawnia się to m.in. w wyrażaniu przekonania, że można wyleczyć się z bycia LGBTQ+ i udzielaniu porad w tym zakresie, wiązaniu choroby z orientacją lub tożsamością płciową. W kilku badaniach stwierdzono nierówną lub dyskryminującą opiekę nad pacjentami LGBTQ+, aż dwie trzecie osób transpłciowych miało negatywne doświadczenia w toku leczenia (Stewart i O'Reilly, 2017).

Kolejna grupa personelu medycznego to osoby, które wyrażają poglądy dotyczące konieczności traktowania pacjentów LGBTQ+ jak wszystkich innych. Jednak w praktyce założenie to skutkuje nieuznawaniem za istotną w opiece pielęgniarskiej i położniczej tożsamości seksualnej i tożsamości płciowej. W odbiorze pacjentów_ek opisywane jako nastawienie neutralne, tolerancyjne, ale bez zauważania ich potrzeb, bez zainteresowania tematyką tożsamości, orientacji. Może też być odczuwane jako dystans, odizolowanie się personelu, który o nich „zapomina”, czego skutkiem jest konieczność samodzielnego zadbania o siebie w warunkach szpitalnych (Stewart i O'Reilly, 2017). Przykładem takiej postawy mogą być reakcje położnych w kontaktach z lesbijkami ujawniającymi od początku własną tożsamość seksualną. Mimo tego 10% z nich nadal było traktowane jak osoba heteroseksualna (Hunt i Fish, 2008). Wyrażało się to m.in. w lekceważeniu partnerów tej samej płci, unikaniu rozmów z nimi i kwestionowaniu ich obecności w placówce medycznej, czy prośbach o podanie kontaktu do alternatywnego krewnego (Hunt i Fish, 2008, Röndahl i wsp., 2006).

W tle negatywnych doświadczeń osób LGBTQ+ obserwuje się także pozytywne zmiany, wynikające właśnie z nastawienia personelu medycznego. Zalicza się do nich uznanie znaczenia ujawnienia, zrozumienie potencjalnego stresu związanego z seksualnością oraz społeczne i psychologiczne konsekwencje ujawnienia orientacji (Daley, 2010), rozwijanie swoich umiejętności komunikacyjnych, opartych na zaufaniu, relacji terapeutycznej i dostosowania się w zakresie języka i dokumentacji (Spidsberg i Sørli, 2012), a nawet ułatwianie mówienia o własnej tożsamości seksualnej poprzez szerokie zadawanie pytań i reagowanie na ujawnienie w sposób neutralny lub pozytywny (Beagan i wsp., 2012, Eady i wsp., 2011). W podsumowaniach kilku badań wskazano na przykłady pielęgniarek i położnych występujących w obronie swoich pacjentów LGBTQ+, np. poprzez nakłanianie reszty personelu do poprawy opieki nad pacjentami_kami i złagodzenia pięt na oraz włączenia partnerów tej samej płci do opieki (Stewart i O'Reilly, 2017).

Zdarza się, że mimo neutralnego czy pozytywnego nastawienia do osób LGBTQ+ personel medyczny czuje się niekomfortowo, niezręcznie w obliczu konieczności zadawania pytań o tożsamość seksualną, czy tożsamość płciową. Pielęgniarki i położne obawiają się błędów komunikacyjnych, niefortunnego użycia niewłaściwego słowa, niezamierzonego obrażenia pacjentów_ek, co skutkuje niepewnością i nadmierną ostrożnością w kontaktach z osobami LGBTQ+ (Stewart i O'Reilly, 2017). Autorzy niniejszego rozdziału chcą zachęcić położne do przełamywania własnych oporów, barier i doceniania obserwowanych zysków, jak: większy zakres, bardziej trafne informacje kliniczne, lepsza relacja interpersonalna i samopoczucie pacjentów_ek, co wiąże się z dobrą współpracą w toku leczenia/opieki, podnoszenie własnych kompetencji interpersonalnych, poczucie większej pewności w kontaktach z coraz szerszym kręgiem pacjentów_ek. Tabela III zawiera niektóre praktyczne rady, sugestie przydatne w relacjach z pacjentami_kami nieheteronormatywnymi.

Tabela III. Wskazówki dla personelu medycznego ułatwiające komunikację z osobami LGBTQ+

- Powiedz, jak chcesz, żeby pacjent_ka zwracał_a się do ciebie.
- Zapytaj, jak się zwracać do danej osoby.
- W przypadku pomyłki przeproś i wyjaśnij, że nie wynika to z braku akceptacji lub własnej niezgody.
- Zapewnij, że w danym miejscu taka osoba może czuć się bezpieczna.
- Wyjaśnij, dlaczego wrażliwe pytania są istotne; zadawaj te pytania, które mają znaczenie kliniczne i nie są motywowane próżną ciekawością.
- Unikaj negatywnych i stereotypowych komentarzy na temat osób LGBTQ+.
- Okaż zainteresowanie osobą i traktuj wybory i potrzeby pacjenta_ki w taki sam sposób, jak osób heteronormatywnych i heteroseksualnych.
- Zastanów się, jakich określeń używa pacjent_ka do samoopisu (np. „klatka piersiowa” zamiast „biust”).
- Nie oceniaj.
- Nie wyśmiewaj.
- Nie neguj tego, co mówi druga osoba (nawet, jeśli nie zgadza się to z twoim światopoglądem i wartościami).
- Pokaż swoje wsparcie dla osób ze społeczności LGBTQ+, np. używając przypinki lub innych akcesoriów.
- Zasięgnij porady specjalisty, np. psychologa lub seksuologa, kiedy masz poczucie niewystarczającej wiedzy lub kompetencji do opieki nad osobami LGBTQ+.
- Poszerzając swoją wiedzę na temat osób LGBTQ+, korzystaj z aktualnych doniesień naukowych.
- Pamiętaj, że to pacjent_ka jest „ekspertem” w zakresie tego, jak się identyfikuje i przeżywa własną płęć i/lub seksualność.
- Zaproponuj wsparcie innych instytucji po zakończeniu opieki okołoporodowej (np. grupy wsparcia, stowarzyszenia lub fundacji).

Źródło: Opracowanie własne.

Opieka okołoporodowa osób transpłciowych

Transpłciowość to termin odnoszący się do osób, których tożsamość płciowa, czyli całość funkcjonowania i poczucia przynależności do danej płci fizycznej, jest odmienna od przypisanej przy urodzeniu płci metrykalnej (Kowalczyk i wsp., 2016). W celu uzgodnienia płci osoby transpłciowe podejmują często wieloetapowy proces korekty płci (tranzycja), obejmujący diagnozę medyczną i psychologiczną, uzgodnienie płci metrykalnej, co jest związane ze zmianą dokumentów tożsamości, uwzględniając m.in. nadanie nowego numeru PESEL. Ponadto proces korekty płci może obejmować hormonoterapię, zabiegi chirurgiczne i kosmetyczne mające na celu upodobnienie ciała do płci odczuwanej i przeżywanej, jak np. rekonstrukcja klatki piersiowej, falloplastyka, waginoplastyka, histerektomia, zabiegi feminizujące lub maskulinizujące twarz (Kowalczyk i wsp., 2016; Robacha, 2017). Opisując pojęcie transpłciowości, należy zaznaczyć, że transpłciowa kobieta to osoba, której przy urodzeniu na podstawie zewnętrznych narządów płciowych nadano płęć męską, ale przeżywa się jako kobieta. Transpłciowy mężczyzna to osoba identyfikująca się jako mężczyzna, ale z tych samych powodów została jej nadana płęć żeńska. Bez względu jednak na sposób identyfikacji i przeżywania własnej płci osoby transpłciowe nie muszą dokonać tzw. „pełnej tranzycji”, która wiązałaby się ze zmianą chirurgiczną narządów płciowych. W związku z tym istnieje możliwość zajścia w ciążę i porodu w przypadku transpłciowych mężczyzn.

Zwraca się szczególną uwagę na terapię hormonalną u transpłciowych mężczyzn, która powinna zostać przerwana w czasie ciąży ze względu na teratogenne działanie testosteronu na płód (García-Acosta i wsp., 2020). Jednocześnie wstrzymanie hormonoterapii, szczególnie u osób, które nie dokonały zmiany w obrębie klatki piersiowej, może zwiększać ryzyko pogorszenia samopoczucia i wystąpienia zaburzeń nastroju (Charter i wsp., 2018).

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na samopoczucie i dobrostan osób transpłciowych w opiece okołoporodowej może być karmienie piersią. Osoba, która przeżywa się jako mężczyzna, ale nie przeszła maskulinizacji klatki piersiowej może odczuwać niechęć do karmienia dziecka ze względu

na przeżywaną *dysfориę* (głębokie niezadowolenie z wyglądu lub negatywna ocena pewnego obszaru na ciele, bądź całego ciała). Jednocześnie osoby decydujące się na karmienie piersią mogą stosować bandaże (tzw. *binder*), w celu poradzenia sobie z odczuwaną dysfориą, gdy produkcja mleka jest regularna i nie jest wywierany nacisk na odpowiednią część klatki piersiowej (Garcia-Acosta i wsp., 2020). W takim przypadku istnieje jednak ryzyko powstawania przekrwień lub stanu zapalnego gruczołu mlekowego u osób długotrwale stosujących bandaże. Wskazuje się, że osoby sprawujące opiekę i pracujące w obszarze położnictwa powinny poinformować o możliwym ryzyku związanym ze stosowaniem wszelkich elementów uciskających klatkę piersiową, zachowując zrozumienie dla doświadczenia dysfории u osób transpłciowych, budując zaufanie i świadcząc profesjonalną pomoc (Garcia-Acosta i wsp., 2020; MacDonald i wsp., 2016).

Tabela IV. Rekomendacje i wybrane aspekty opieki okołoporodowej osób transpłciowych

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Karmienie piersią może stać się możliwe po pewnych zabiegach medycznych w obszarze klatki piersiowej. • Przed przystąpieniem do karmienia piersią nie można stwierdzić, czy jest to możliwe w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu, anatomii klatki piersiowej itp. • Omów prawdopodobny wpływ różnych metod chirurgicznych mających wpływa na zdolność karmienia lub proces laktacji. • Omów metody stosowane przez transpłciowych mężczyzn do karmienia piersią po rekonstrukcji klatki piersiowej. • Zachęcaj pacjenta do omówienia tych problemów ze swoim chirurgiem (najlepiej przed zabiegiem). • W razie potrzeby zachęcaj do wspierania laktacji. • Jeśli karmienie piersią jest niemożliwe lub niepożądane, omów inne metody karmienia i tworzenia więzi z niemowlakiem. • Niektórzy transpłciowi mężczyźni odczuwają zmiany swoich emocji po odstawieniu testosteronu, kiedy są w ciąży i w okresie poporodowym. Szczególnie narażone są osoby stosujące hormonoterapię przed okresem ciąży. Zmiany te mogą być odczuwane jako pozytywne i/lub negatywne. Poinformuj pacjentów na wszystkich etapach, że mogą doświadczyć takich zmian. • W przypadku niebezpieczeństwa lub cierpienia pacjentów _pacjentek: <ul style="list-style-type: none"> – powinni szukać pomocy u ciebie lub innych specjalistów, jeśli są w niebezpieczeństwie lub istnieje ryzyko zranienia siebie bądź innych; – jakość ich przeżyć emocjonalnych nie wpływa na ich płęć ani adekwatność przeżywania ciąży. • Monitorowanie: <ul style="list-style-type: none"> – zachowaj czujność w odniesieniu do symptomów depresji okołoporodowej i omawiaj ją z pacjentami _tkami; – objawy zaburzeń nastroju mogą zmieniać się w zależności od doświadczeń i/lub stosowania hormonoterapii. |
|---|

Źródło: Opracowanie własne na podst. Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. (2017).

Zakres specyficznych zjawisk w relacjach pracowników ochrony zdrowia z osobami LGBTQ+ jest dość bogaty. Od oporów, lęków, być może uprzedzeń, przez trudności natury językowej, obawy przed własnym niewłaściwym zachowaniem, urażeniem pacjenta _ki. Do tego zawsze należy włączyć problem kliniczny, który w wielu przypadkach będzie wymagał pogłębienia wywiadu dotyczącego płci, seksualności. W końcu konieczne jest właściwe zrozumienie pacjenta _ki, sytuacji, lokalizacji problemów w kontekście społecznym, relacji interpersonalnych. Realizacja tych celów, niezależnie od przyczyny zgłoszenia się na badanie lub leczenie, będzie wymagała zachęcenia do ujawnienia własnej tożsamości psychoseksualnej i tożsamości płciowej. Autorzy mają nadzieję, że zapoznanie się z treściami tego rozdziału okaże się pomocne w pracy zawodowej i wyrównywaniu dostępu oraz jakości opieki medycznej w odniesieniu do osób LGBTQ+. W razie pytań, wątpliwości, czy zgłaszanych przez pacjentów _ki problemów zachęcane jest poszukiwanie wsparcia informacyjnego, emocjonalnego (przydatne adresy w tab. V).

Tabela V. Wybrane instytucje działające na rzecz wsparcia i pomocy osobom LGBTQ+

| Miasto | Nazwa instytucji | Adres |
|--------------|--|---|
| Białystok | Stowarzyszenie Tęczowy Białystok | mailzaufania.bialystok@gmail.com |
| Gdańsk | Stowarzyszenie Tolerado | ul. Miszewskiego 17/105 80-239 Gdańsk tolerado@tolerado.org |
| Katowice | Stowarzyszenie Tęczówka | ul. Morcinka 3 40-029 Katowice kontakt@teczowka.org.pl |
| Kraków | Federacja Znaki Równości | ul. Czyżówka 43 30-526 Kraków kontakt@znakirownosci.org.pl |
| Kraków | Stowarzyszenie Queerowy Maj | ul. Zarzecze 7 30-134 Kraków info@queerowymaj.org |
| Lublin | Stowarzyszenie Marsz Równości w Lublinie | ul. Fryderyka Chopina 41/2 20-023 Lublin marsz.rownosci.lublin@gmail.com |
| Łódź | Stowarzyszenie Fabryka Równości | ul. Piotrkowska 56 90-105 Łódź poczta@rownasie.pl |
| Opole | Stowarzyszenie Tęczowe Opole | ul. Damrota 1 45-018 Opole teczowe.opole@gmail.com |
| Poznań | Grupa Stonewall | Zamkowa 7A/8 61-768 Poznań kontakt@grupa-stonewall.pl |
| Warszawa | Kampania Przeciw Homofobii | ul. Solec 30a 00-403 Warszawa info@kph.org.pl |
| Warszawa | Fundacja Trans-Fuzja | ul. Stanisława Noakowskiego 10 lok. 66 00-666 Warszawa kontakt@transfuzja.org |
| Warszawa | Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza | ul. Wspólna 61/102 00-687 Warszawa kontakt@mnw.org.pl |
| Warszawa | Stowarzyszenie Lambda Warszawa | ul. Żurawia 24a lok. 4 00-515 Warszawa warszawa@lambdawarszawa.org |
| Warszawa | Stowarzyszenie My, Rodzice | ul. Nowy Świat 49 lok. 206 00-042 Warszawa info@myrodzice.org |
| Wrocław | Stowarzyszenie Kultura Równości | ul. Kniaziewiczza 28/2 50-455 Wrocław kontakt@kulturalarnosci.org |
| Zielona-Góra | Stowarzyszenie Instytut Równości | Kożuchowska 8F 65-364 Zielona Góra kontakt@instytutrownosci.pl |

Źródło: Opracowanie własne.

PIŚMIENICTWO

- Bancroft, J.** (2011). Rozwój seksualny. W: Lew-Starowicz, Z., Robacha, A. (Red.). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Polish Edition by Elsevier Urban Partner, s. 265–291.
- Beagan, B. L., Fredericks, E., Goldberg, L.** (2012). Nurses' work with LGBTQ patients: "they're just like everybody else, so what's the difference"? *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmieres*, 44(3): 44–63.
- Bojarska, K., Kowalczyk, R.** (2017). Tożsamości seksualne. W: Lew-Starowicz, M., Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (Red.). *Seksuologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 102–113.
- Bomba, J.** (2012). Homoseksualizm czy homoseksualności? W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (Red.). *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wyd. Continuo, s. 17–35.
- Bostwick, W.B., Boyd, C.J., Hughes, T.L., McCabe, S.E.** (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(3): 468–475.
- Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J. Robinson, K.** (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1): 64–77.
- Cochran, S.D., Mays, V.M.** (2000). Lifetime prevalence of suicidal symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from the NHANES III. *American Journal of Public Health*, 90(4): 573–578.
- Cochran, S.D., Mays, V.M., Sullivan, J.G.** (2003). Prevalence of psychiatric disorders, psychological distress, and treatment utilization among lesbian, gay, and bisexual individuals in sample of the U.S. population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1): 53–61.
- Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Information.** (2021). Importance of the Collection and Use of These Data. Centers for Disease Control and Prevention. [online] <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html> [Dostęp: 05.07.2021].
- Daley, A.** (2010). Being recognized, accepted, and affirmed: self-disclosure of lesbian/queer sexuality within psychiatric and mental health service settings. *Social Work in Mental Health*, 8(4): 336–355.
- Dragan, W.L., Iniewicz, G.** [Red.] (2020). *Orientacja seksualna: źródła i konteksty*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Eady, A., Dobinson, C., Ross, L.E.** (2011). Bisexual people's experiences with mental health services: a qualitative investigation. *Community Mental Health Journal*, 47(4): 378–389.
- Furness, B.W., Goldhammer, H., Montalvo, W., Gagnon, K., Bifulco, L., Lentine, D., Anderson, D.** (2020). Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative. *Annals of Family Medicine*, 18(4): 292–302.
- García-Acosta, J.M., San Juan-Valdivia, R.M., Fernández-Martínez, A.D., Lorenzo-Rocha, N.D. Castro-Peraza, M.E.** (2020). Trans* Pregnancy and Lactation: A Literature Review from a Nursing Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1): 44.
- Grabski, B.** (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych. W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (Red.). *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wyd. Continuo, s. 263–285.
- Greenfeld, D. Seli, E.** (2016). Same-sex reproduction: medical treatment options and psychosocial considerations. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(3): 202–205.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. Sevelius, J.** (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(2): 1–14.
- Hunt, R. Fish J.** (2008). *Prescription for Change: Lesbian and Bisexual women's Health Check 2008*. London: Stonewall.
- Iniewicz, G., Grabski, B., Mijas, M.** (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego. *Psychiatria Polska*, 46(4): 649–664.
- Keuroghlian, A.S., Ard, K.L., Makadon, H.J.** (2017). Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health*, 14(1): 119–122.
- Kowalczyk, R., Rodzinka, M., Krzystanek, M.** [Red.] (2016). *Zdrowie LGBT: przewodnik dla kadry medycznej*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M.L., Kibbe, A., Myler, E.** (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16: 106–117.
- Majka-Rostek, D.** (2012). Osoby LGB w związkach. W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (Red.). *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wyd. Continuo, 199–216.

- Meyer, I.H.** (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(12): 38–56.
- Meyer, I.H.** (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5): 674–697.
- Robacha, A.** (2017). Transeksualizm. W: Lew-Starowicz, M., Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (Red.). *Seksuologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 287–298.
- Röndahl, G., Innala, S., Carlsson, M.** (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4): 373–381.
- Sandfort, T.G.M., de Graaf, R., Bijl, R.V. Schnabel, P.** (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58(1): 85–91.
- Słownik Terminologii Queerowej [online]** <https://zaimki.pl/slowniki/terminologia> [Dostęp: 18.06.2021].
- Stewart, K., O'Reilly, P.** (2017). Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53: 67–77.
- Somerville, C.** (2015). *Unhealthy Attitudes: The Treatment of LGBT People Within Health and Social Care Services*. London: Stonewall.
- Spidsberg, B.D. Sorlie, V.** (2012). An expression of love—midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4): 796–805.
- Świder, M., Winiewski, M.** (2017). *Sytuacja społeczna osób LGBTA w Polsce: raport za lata 2015–2016*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.
- Tsirigotis, K., Gruszczyński, W., Tsirigotis-Maniecka, M.** (2015). Autodestruktywność pośrednia u osób homoseksualnych. *Psychiatria Polska*, 49(3): 543–557.

Rozdział 8

Nadzieje i trudności niepełodnych par

Elwira Justyna Brodowska

Celem pracy jest przybliżenie tematyki niepełodności, sposobów diagnostycznych, możliwości leczenia, a przede wszystkim zagadnień związanych z psychologicznymi czynnikami dotyczącymi niepełodnych par. Niepełodność jest szczególną chorobą, która – w odróżnieniu od każdej innej – dotyczy zawsze dwojga młodych osób, i to w okresie ich największej aktywności życiowej (Nowacka, i wsp., 2020). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) niepełodność definiuje się jako niemożność uzyskania ciąży przez okres dwunastu miesięcy pomimo regularnych stosunków płciowych (2–4 razy w tygodniu), bez stosowania metod ograniczenia płodności. Statystyki informują, iż problem ten dotyczy ok. 10–16% osób w wieku rozrodczym (Łukaszuk, K. i wsp., 2018). Badania wykazują, iż za 35% przypadków niepełodności odpowiada partnerka, za taki sam odsetek odpowiadać może partner, w przypadku 10% diagnoza dotyczy obojga partnerów, z kolei w odniesieniu do 20% nie można wskazać jednoznacznej przyczyny (Boivin i wsp., 2007). Niepełodność (pierwotna lub wtórna) oraz bezpłodność (trwała, nieodwracalna utrata możliwości poczęcia dziecka) partnerów uważana jest za najczęstszą przyczynę braku dziecka w związku, czyli tzw. niezamierzonej bezdzietności (Kucharewicz, 2018). W Polsce problem braku potomstwa dotyczy ok. miliona par. Specjalistyczne ośrodki zajmują się diagnostyką oraz leczeniem niepełodności. Wspomniane badania oraz czynności terapeutyczne dotyczą intymnych sfer życia kobiety i mężczyzny, w związku z czym podstawową zasadą przygotowania pacjentów jest udzielenie wyczerpujących informacji na temat stosowanych zabiegów, zapewnienie maksymalnej intymności oraz dyskrecji przez personel medyczny (Wdowiak, 2009).

Poniżej przedstawiono rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (Łukaszuk, K. i wsp., 2018) w odniesieniu do diagnostyki niepełodności.

Okres bezskutecznego starania się o potomstwo, po którym para powinna zgłosić się na specjalistyczną konsultację, zależy od wielu czynników, między innymi:

- wieku kobiety,
- przebiegu jej cykli,
- przebytych operacji w obrębie miednicy,
- wielkości rezerwy jajnikowej,
- planów prokreacyjnych partnerów.

U kobiet poniżej 35 roku życia, bez obciążeń w wywiadzie, zaleca się rozpoczęcie diagnostyki w kierunku niepełodności po roku regularnego współżycia, u kobiet po 35 roku życia – po 6 miesiącach, natomiast u kobiet po 40 roku życia jeszcze wcześniej, nawet bezpośrednio po zadeklarowaniu chęci starania się o potomstwo. Wszelkie nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym u kobiety lub mężczyzny, niezależnie od wieku partnerów, powinny stanowić wskazanie do wcześniejszej diagnostyki niepełodności. Głównym celem diagnostyki jest przede wszystkim ustalenie przyczyn niepełodności, ale

również opracowanie oraz wdrożenie zindywidualizowanego planu leczenia. Przyczynami kobiecej niepłodności są między innymi: zaburzenia owulacji, niedrożność jajowodów, przyczyny immunologiczne, endometrioza, wady macicy, zaburzenia wydzielania śluzu, wady genetyczne, mięśniaki, nowotwory, poronienia nawykowe, ogólnoustrojowe zaburzenia metaboliczne oraz hormonalne. Celem postawienia trafnej diagnozy u kobiety powinno się wykonać wiele badań, między innymi: badanie podmiotowe, przedmiotowe, z uwzględnieniem badania ginekologicznego, USG wykonane wielokrotnie podczas trwania cyklu płciowego, badania hormonalne, immunologiczne, testy postkoitalne, posiewy bakteriologiczne, histerosalpingografię, laparoskopię.

Dobór metod diagnostycznych zależy od wyników badań partnerów oraz możliwości leczenia, na jakie mogą się zdecydować. Badania hormonalne, rekomendowane u kobiety niemiesiączkującej bądź miesiączkującej nieregularnie, to: hormon folikulotropowy (FSH, *follicle-stimulating hormone*), hormon luteinizujący (LH, *luteinizing hormone*), estradiol, tyreotropina (TSH, *thyroid-stimulating hormone*), testosteron, prolaktyna. Celem wykluczenia niskiej rezerwy jajnikowej, w klinicznie uzasadnionych przypadkach, zaleca się badanie stężenia hormonu antymullerowskiego (AMH, *anti-Müllerian hormone*) metodą automatyczną. Ocenę stanu anatomicznego narządu rodowego wykonuje się za pomocą badań obrazowych, takich jak: ultrasonografia (USG), ultrasonografia 3D, histerosalpingografia (HSG) oraz kontrastowa/żelowa histerosalpingosonografia (HyCoSy/HyFoSy). HSG oraz HyCoSy/HyFoSy wykonuje się u pacjentek bez obciążeń w badaniach podmiotowym, przedmiotowym oraz badaniach dodatkowych. Poszerzenie diagnostyki o laparoskopię jest zasadne w przypadku podejrzenia zmian w miednicy mniejszej, a w przypadku widocznych zmian w obrazie USG w obrębie macicy – o histeroskopię.

Diagnostykę niepłodności należy prowadzić równolegle u obojga partnerów, gdyż u ok. połowy par za ograniczenie płodności odpowiada czynnik męski. Minimum diagnostyczne u mężczyzny zawiera badania podmiotowe ukierunkowane na zaburzenia rozrodu oraz co najmniej jedno badanie seminologiczne. Badanie nasienia wykonywane jest po 2–7-dniowym okresie abstynencji seksualnej oraz alkoholowej. Nasienie pozyskuje się drogą masturbacji w laboratorium w specjalnie wydzielonym pomieszczeniu. Jeśli jest taka możliwość, wejście do tego pomieszczenia powinno znajdować się w miejscu niewidocznym dla innych pacjentów. Należy zapewnić mężczyźnie maksimum dyskrecji oraz intymności, ważne jest, aby moment przekazywania informacji o przebiegu oddawania nasienia był niesłyszalny dla osób postronnych. Nasienie oddawane jest do sterylnych pojemników w kształcie cylindra, wykonanych z tworzywa sztucznego, które nie ma toksycznego wpływu na nasienie. Przed oddaniem nasienia mężczyzna powinien umyć ręce oraz penis. Pojemniki podgrzewane są do temperatury 37°C, następnie podpisane i zakręcone, dostarczane są do laboratorium w temperaturze 20–40°C.

Aktualne standardy prawidłowego badania nasienia zostały wydane przez Światową Organizację Zdrowia w 2010 r. Zgodnie z tymi wytycznymi, ocena nasienia powinna zostać przeprowadzona metodą komputerową (CASA) lub manualną przez doświadczonego diagnostę. Według WHO wartości referencyjne poszczególnych parametrów nasienia wynoszą: liczebność plemników ≥ 15 mln/ml lub 39 mln/ejakulat; żywotność plemników $\geq 58\%$ żywych plemników; ruchliwość plemników $\geq 32\%$ plemników o ruchu postępowym; morfologia plemników $\geq 4\%$ plemników o prawidłowej budowie; pH $\geq 7,2$; objętość ejakulatu $\geq 1,5$ ml. W diagnostyce różnicowej należy rozważyć przyczyny przedjądrowe, jądrowe, pozajądrowe oraz zaburzenia seksualne (PTMRiE oraz PTGP, 2018, s. 114). Przyczyny niepłodności u mężczyzn przedstawiono w tabeli VI.

Tabela VI. Przyczyny niepłodności u mężczyzn

| | |
|-------------------------------|--|
| Przyczyny przedjądrowe | zaburzenia wydzielania lub działania gonadotropin przysadkowych, hormonów steroidowych, tarczycowych, czynniki środowiskowe, nieodpowiedni tryb życia |
| Przyczyny jądrowe | wrodzone lub nabyte zaburzenia budowy jądra, wnetrostwo, zapalenie jąder, uraz mechaniczny jąder, skręt powrózka nasiennego, długotrwałe niedokrwienie gonady |
| Przyczyny pozajądrowe | niedrożność dróg wyprowadzających nasienie, niedorozwój najądrzy, nasieniowodów, zapalenie najądrzy, gruczołów dodatkowych, tj. stercza, pęcherzyków nasieniowych, urazy mechaniczne najądrzy nasieniowodów, cewki moczowej, podwiązanie nasieniowodów |
| Zburzenia seksualne | brak wzwodu, brak wytrysku, wytrysk wsteczny, zaburzenia budowy prącia uniemożliwiające współżycie płciowe |

Źródło: Opracowanie własne na podst. Łukaszuk K., Kozioł K., Jakiel G i wsp., (2018).

W razie wykrycia nieprawidłowości w badaniu podmiotowym, przedmiotowym i/lub badaniu nasienia zaleca się przeprowadzenie oceny endokrynologicznej pacjenta oraz badanie USG. Należy wykonać profil hormonalny z uwzględnieniem prolaktyny, FSH, LH oraz testosteronu (PTMRiE oraz PTGP, 2018, Wdowiak, 2009).

Diagnostyka i leczenie bezpłodności wymaga holistycznego podejścia do problemu, należy uwzględnić zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne. Pragnienie posiadania dziecka jest często tak wielkie, że dominuje nad innymi problemami oraz ambicjami życiowymi (Nowacka i wsp., 2020). Brak możliwości realizacji tego pragnienia wywiera ogromny wpływ na stan psychoemocjonalny pary, doprowadza do frustracji, poczucia mniejszej wartości społecznej, a przede wszystkim do zmian w funkcjonowaniu rodziny. Brak potomstwa może stać się powodem konfliktów małżeńskich czy też rodzinnych oraz poczucia niższej wartości – zarówno kobiety, jak i mężczyzny (Makara-Studzińska i wsp., 2012). Koncepcje psychosomatyczne dowodzą istotnego wpływu czynników psychosomatycznych na powstawanie i utrzymywanie się zaburzeń płodności. Istnieją trzy psychogenne modele niepłodności: pierwszy informuje, iż problemy psychiczne lub mechanizmy psychologiczne są wyłączną przyczyną problemów prokreacyjnych; drugi stanowi, że czynniki psychiczne są odpowiedzialne za niepłodność tylko w przypadku, gdy nie ma uwarunkowań biologicznych; trzeci to model cyrkularny, zgodnie z którym do niepłodności prowadzi kołowa interakcja czynników psychologicznych oraz biologicznych. Trzeci model odnosi się m.in. do silnego stresu, mogącego mieć istotny wpływ na poziom odpowiedzialnej za rozród gospodarki hormonalnej. Natomiast trudności w zajściu w ciążę pociągają za sobą wiele następstw psychicznych, można do nich zaliczyć np. silny stres, obniżony nastrój, frustrację, załamania psychiczne, które dodatkowo wpływają na reakcje fizjologiczne w organizmie, co z kolei potęguje problemy z płodnością (Trzęsowska-Greszta i wsp., 2017).

Czynniki psychologiczne mogą wpływać na powstawanie zjawisk warunkujących niepłodność. Nadwrażliwość emocjonalna oraz zaburzenia rozwoju psychoseksualnego należą do najczęstszych czynników będących źródłem zaburzeń w życiu seksualnym. Wpływają zarówno na sposób przeżywania przez leczonych swego stanu, jak i na przebieg leczenia, mogą być także zasadniczą przyczyną problemu. W psychogenezie jako podstawowy czynnik niepłodności wymienia się u obu płci wadliwy rozwój osobowości. To z kolei powoduje zaburzenia w życiu seksualnym, negatywne nastawienie względem partnera, a także stany przewlekłego napięcia emocjonalnego, co z kolei upośledza prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Bardzo ważnym obszarem wpływającym na stan psychiczny są również czynniki związane z leczeniem niepłodności. Pomimo okazywanego przez personel medyczny zaangażowania w problem niepłodnych par, są one podatne na zranienia związane z emocjami pojawiającymi się podczas procesu leczniczego.

Teoretyczny model Wassera przedstawia wpływ silnego stresu na redukcję płodności poprzez mechanizmy psychosomatyczne. Przyczyny wielu zaburzeń seksualnych można doszukiwać się w stresie oraz przemęczeniu (Wilson i Kapitzke, 2002). Teorię roli stresu w niepłodności opisuje się jako model zamkniętego koła: *narażenie na stres środowiskowy – zaburzenia płodności – diagnostyka, leczenie – stres sytuacyjny, zaburzenia relacji partnerskich – brak koncepcji – narastanie stresu – pogorszenie wyników badań diagnostycznych – niepłodność* (Skrzypulec-Plinta, 2015, s. 22). Niepłodność jest zazwyczaj zaskoczeniem dla partnerów i przyczyną obciążenia psychicznego. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, prowadząc do braku zainteresowania codziennością, spadku wydajności, podczas wykonywania zadań, braku koncentracji, depresji, nieporozumień z partnerem oraz rodziną, niepokoju, zaburzeń snu, braku bądź nadmiernego apetytu, a także nadużywania leków lub alkoholu oraz spadku libido (Makara-Studzińska i wsp., 2012). W wielu opracowaniach podkreślano, iż kobiety niepłodne charakteryzują się obniżoną samooceną, niskim poczuciem własnej wartości, poczuciem bezradności oraz mniejszą satysfakcją z życia. U wielu z nich poziom odczuwanego lęku oraz depresji jest porównywalny nawet do kobiet, u których rozpoznano chorobę nowotworową. U kobiet doświadczających niepowodzeń w leczeniu niepłodności zaobserwowano także wyższy wskaźnik lęku, depresji oraz zaburzeń epizodów wcześniej istniejących już zaburzeń afektywnych, aniżeli w grupie kobiet w ciąży fizjologicznej oraz u kobiet w ciąży po zastosowaniu metod wspomaganego rozrodu (Chanduszko-Salska, 2016). Badania Ramezanzadeh i wsp. (2004) wykazały, że w grupie pacjentek leczących się z powodu niepłodności, ponad 40% miało depresję, a 86% uskarżało się na niepokój i lęk. W obserwacjach Chan i wsp. (2006) ponad 14% kobiet spełniało kryteria głębokiej depresji, z kolei badania Bhongade i wsp. (2015) wykazały, że w grupie niepłodnych mężczyzn objawy depresji przejawiało 27% badanych. Depresja ma istotny wpływ na leczenie niepłodności, istnieje bowiem związek pomiędzy depresją a zwiększonym ryzykiem niepowodzenia leczenia oraz przedwczesnej rezygnacji z dalszej terapii (Koszycki i wsp., 2012; Volgsten i wsp., 2010).

W sytuacji niepewności spowodowanej oczekiwaniem na poczęcie para traci poczucie bezpieczeństwa, co z kolei wpływa na odczuwanie niepokoju oraz chronicznego stresu (Warawan i Wycisk, 2013). W przypadku bezpłodności można mówić o efekcie kaskadowym stresu. Początkowo para radzi sobie z niemożnością zajścia w ciążę. Po upływie okresu ok. 12–18 miesięcy starań o potomstwo z negatywnym skutkiem, wiele par decyduje się na leczenie. Proces diagnozy medycznej, psychologiczno-psychiatrycznej, podobnie jak dalszy proces nieinwazyjnego bądź inwazyjnego leczenia wpływają na powstanie kolejnych napięć, które z kolei stają się źródłami stresu. Z ogromnymi wyzwaniem muszą radzić sobie również kobiety po nieudanych, często kilku, próbach zapłodnienia *in vitro*, natężenie odczuwanego stresu jest ściśle związane z pragnieniem kobiety, a pośrednio i jej partnera (Trzęsowska-Greszta i wsp., 2017). Stres oraz obciążenie są tym silniejsze, im bardziej partnerzy pragną zostać rodzicami. Stres uruchamia proces radzenia sobie, który wg koncepcji Richarda Lazarusa i Suzan Folkman (1984) definiuje się jako podejmowanie poznawczych i behawioralnych wysiłków, zmierzających do przepracowania problemu oraz regulacji przykrych emocji towarzyszących stresowi. W przypadku niepłodności – zależnie od fazy leczenia, stosowanych leków hormonalnych, wsparcia społecznego, zasobów osobistych oraz przeżywanych emocji – możliwe jest podejmowanie przez kobiety zarówno aktywnych, jak i pasywnych sposobów redukcji stresu. Preferowane przez niepłodne kobiety sposoby radzenia sobie ze stresem zostały pogrupowane wg koncepcji Yali i Lobel (1999) na cztery główne grupy (tab. VII):

- aktywne unikanie,
- strategie aktywno-konfrontujące,
- pasywne unikanie,
- przeformułowanie i reinterpretacja.

Tabela VII. Strategie radzenia sobie ze stresem

| Strategie radzenia sobie ze stresem | Przykłady |
|-------------------------------------|---|
| Aktywne unikanie | zaangażowanie się w inne niż leczenie czynności, unikanie kontaktu z kobietami w ciąży i miejsc, gdzie można spotkać dzieci, szczególnie małe |
| Strategie aktywno-konfrontujące | aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego, poszukiwanie informacji, ujawnianie emocji |
| Pasywne unikanie | pasywne czekanie na to, co się wydarzy |
| Przeformułowanie i reinterpretacja | dostrzeganie dobrych stron sytuacji, nadawanie pozytywnego znaczenia trudnym doświadczeniom, inwestowanie w rozwój osobisty i związek |

Źródło: Opracowanie własne na podst. Chanduszeko-Salska, Kossakowska (2018).

Badania Schmidt i wsp. (2005) pozwoliły stwierdzić, iż styl oparty na aktywnym unikaniu okazał się predyktorem silnie odczuwanego stresu związanego z niepłodnością. Bielawska-Batorowicz (2006) w swoich badaniach wykazała również, iż kobiety stosujące strategie unikowe mają większe powinowactwo obniżenia nastroju oraz pojawienia się negatywnych emocji po niepowodzeniu. Kobiety niepłodne częściej stosują styl skoncentrowany na unikaniu aniżeli kobiety niemające trudności z zajściem w ciążę. Z kolei w pracy Trzęsowskiej-Greszty i wsp. (2017) odnotowano ujemną korelację depresji ze stylem radzenia sobie poprzez koncentrowanie się na zadaniu oraz stylem unikowym. Czynnikiem wpływającym na wyższy poziom depresji u kobiet niepłodnych był styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach. Natomiast niższy poziom depresji prezentowały kobiety posługujące się stylem unikowym, wyrażającym się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Przegląd badań nad skutecznością radzenia sobie wykonany przez Irenę Heszen oraz Helenę Sęk (2007) pokazuje, iż każda ze strategii cechuje się umiarkowaną skutecznością. Skuteczność pojedynczej strategii nie może zostać jednoznacznie opisana, gdyż składa się na nią wiele czynników, między innymi właściwości danej sytuacji oraz cechy posługującej się nią osoby. O adaptacyjnym radzeniu sobie można mówić, jeżeli dana osoba, radząc sobie z konkretną sytuacją, jest elastyczna w doborze strategii i stosuje kilka z nich (Łosiak, 2008). Badania Karslen i Bru (2002) nad osobami przewlekłe chorymi pokazują, iż osoby stosujące strategie koncentrujące się na problemie są z reguły dobrze przystosowane do swojej choroby, z kolei osoby stosujące strategie unikowe, zwykle gorzej radzą sobie z wymaganiami stawianymi przez chorobę. Strategie ukierunkowane na zdobycie informacji, tworzenie własnej koncepcji choroby, a także rozwiązywanie problemów powstałych na skutek zachorowania oraz strategie nastawione na regulację emocji, zwłaszcza aktywowanie pozytywnych emocji mają istotne znaczenie w przystosowaniu się do choroby (Heszen i Sęk, 2007).

Osoby mające problemy z prokreacją, oprócz doświadczanego chronicznego stresu, mogą odczuwać silny lęk wzmacniany niepowodzeniami i niepewnością w stosunku do efektów leczenia, poczucie winy, niepokoju, napięcie w stosunkach międzyludzkich. Pojawiają się pytania: *Co by było, gdybyśmy wcześniej zdecydowali się na dziecko?; Co powiemy, jeśli ktoś z rodziny lub znajomych zapyta, dlaczego jeszcze nie mamy dziecka? Może ludzie pomyślą, że jesteśmy egoistami i wolimy wygodne życie? O czym mamy rozmawiać ze znajomymi, skoro oni wszyscy mają dzieci, tylko nie my?*

Istnieją trzy główne grupy czynników ryzyka powstania problemów psychologicznych, występujących podczas leczenia niepłodności. Zaliczane są do nich czynniki osobowe, sytuacyjne i społeczne oraz związane z leczeniem. Rozpoznanie tych czynników we wczesnych etapach oraz wczesne wdrożenie metod zaradczych i profilaktycznych może znacząco poprawić kondycję psychofizyczną a tym samym sprzyjać pozytywnym результатам leczenia (Chanduszeko-Salska, 2016).

Poza licznymi konsekwencjami psychologicznymi znaczenia nabiera również kontekst społeczno-kulturowy. Niepłodność dotyka nie tylko jednostki, lecz wpływa także na jej rodzinę, a w szerokim rozumieniu również na społeczeństwo. Zależność ta jest dwukierunkowa, ponieważ od reakcji społecznych, oczekiwań, wsparcia, przychylnych rozwiązań prawnych zależy w dużej mierze radzenie sobie z tym problemem zarówno poszczególnych osób, jak i całych rodzin (Miernik, 2019). Problem niepłodności należy zatem rozpatrywać w kontekście biologicznym, ale też społecznym. Socjologowie podkreślają, iż zarówno zdrowie, jak i choroba powinny być rozumiane w sposób uwzględniający kontekst społeczno-kulturowy. Uwzględnienie tego kontekstu w badaniach nad niepłodnością wydaje się oczywiste, ponieważ jednostka jest nieustannie kształtowana poprzez wpływy społeczne, szczególnie w zakresie podejmowania pożądanego przez społeczeństwo ról. W tym kontekście sama niepłodność nie jest rozumiana jako obecność patologicznych objawów, ale jako brak pożądanego stanu. Niepłodność ma wymiar społecznie skonstruowanego procesu, w wyniku którego partnerzy stają przed wyzwaniem określenia swojej zdolności do posiadania potomstwa. Sytuacja problemowa pojawia się w momencie, gdy danej osobie brak takiej zdolności. Bez względu na medyczną definicję tego zjawiska, doświadczenie niepłodności niesie za sobą wiele społecznych powinowactw. Najistotniejsza z nich jest niemożność podjęcia pożądanego roli społecznej, jaką jest rodzicielstwo, spostrzeganej jako jedną z najważniejszych przemian w życiu dorosłego człowieka. W większości kultur na poziomie społecznym brak możliwości poczęcia dziecka wiąże się z tematem tabu oraz stygmatyzacją. Pary, których dotyczy ten problem, spotykają się często z krytycyzmem oraz posądzeniem o łamanie norm społecznych. Najbardziej widoczne jest to w krajach, gdzie rodziny wielodzietne są pożądanym lub stanowią normę społeczną (Jastrzębska, 2017). Dodatkowo w krajach, w których brakuje pieniędzy publicznych na leczenie niepłodności, pary często zmagają się nie tylko ze stygmatyzacją społeczną oraz dyskryminacją, ale również z obciążeniem finansowym w przypadku podjęcia leczenia. Małżeństwo nieposiadające dzieci bywa określane jako dysfunkcyjne. Z socjologicznego punktu widzenia odnosi się to do mechanizmu „naznaczenia społecznego”. Niespełnianie pewnego zestawu cech uznawanego w społeczeństwie za normalny oraz typowy dla określonej grupy społecznej, postrzega się jako stygmat, odchylenie od normy. Dochodzi do naznaczenia społecznego, czyli negatywnej reakcji na zachowanie jednostki, różniące się od ogólnie przyjętego obrazu normy (Jastrzębska, 2017).

Brak posiadania dzieci pociąga za sobą inne implikacje dla kobiet niż dla mężczyzn (Miernik, 2019). Według ról społecznych mężczyzna jest głównym żywicielem rodziny, z kolei rola kobiety jest silnie związana z samym pojęciem macierzyństwa. Niektóre osoby mogą zatem czuć się napiętnowane, mieć poczucie straty albo borykać się z niskim poczuciem własnej wartości (Nachtigall i wsp., 1992). Z badań wynika, iż kobiety i mężczyźni niepełni określani są w społeczeństwie jako niespełnieni, cierpiący, nieszczęśliwi, z kompleksami. W konsekwencji może dojść do zjawiska samonaznaczenia się osób niepełnych, czyli zmiany obrazu własnej osoby i ukształtowania się nowej tożsamości zorientowanej wokół cechy nietolerowanej społecznie (Przybył, 2003).

Ogromną rolę w zakresie profilaktyki niepłodności oraz w procesie diagnostyczno-leczniczym pełnią położne. Przede wszystkim rola położnej to edukacja pacjentki oraz jej partnera w zakresie rozpoznawania oraz charakterystyki cyklu miesięczkowego, a także stosowania naturalnych metod rozpoznawania płodności. Rzetelnie prowadzona edukacja pozwala na zwiększenie poziomu wiedzy pary borykającej się z niepłodnością, co z kolei skutkuje wzrostem poczucia bezpieczeństwa. Położne pełnią istotną rolę w obszarach profilaktyki chorób, działań edukacyjno-zdrowotnych, a także w ramach ochrony macierzyństwa oraz ojcostwa. Nieodłącznym działaniem radzenia sobie z problemem niepłodności oraz rodzeniem zdrowych dzieci są zachowania prozdrowotne, odpowiedni styl życia oraz opieka przedkonceptyjna wraz z rozpoznawaniem płodności i dbaniem o nią. Położna uczestniczy już we wczesnych etapach diagnostyki niepłodności, dba o zapewnienie bezpieczeństwa oraz intymności przeprowadzanych badań (Neneman i wsp., 2019).

W procesie leczenia niepłodności na każdym jego etapie ogromną rolę odgrywa pomoc psychologiczna. Wiedza oraz doświadczenie psychologów klinicznych i psychoterapeutów są ważnymi obszarami promocji i wzmacniania zdrowia psychicznego pacjentów. Kompleksowa terapia medyczna oraz psychologiczna z zastosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej, a także technik relaksacyjnych zwiększają prawdopodobieństwo zajścia w ciążę (Chanduszko-Salska, 2016). W leczeniu niepłodności obiecujące wyniki przynosi również zastosowanie hipnozy i hipnoterapii, szczególnie podczas stosowania metod wspomaganego rozrodu, ciąży, budowania więzi emocjonalnych z dzieckiem, a także porodu (Leviatas i wsp., 2006). Badania pokazują prawie dwukrotne zwiększenie skuteczności procedury *in vitro* u pacjentek, u których zastosowano hipnozę, o czym świadczy 53,1% ciąż u kobiet uczestniczących w hipnoterapii w porównaniu z 30,2% ciąż uzyskanych w warunkach *in vitro* bez dodatkowych czynników (Leviatas i wsp., 2006). Osoby borykające się z problemem niepłodności mogą skorzystać z różnych form pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej, począwszy od rozmowy, konsultacji psychologicznej poprzez psychoedukację, terapię indywidualną, terapię par, a także terapię grupową, grupy wsparcia, interwencję psychologiczną, warsztaty podnoszące kompetencje osobiste, ułatwiające radzenie sobie z emocjami i stresem oraz poprawiające komunikację w związku (Chanduszko-Salska, 2016). Terapia pozwala zmniejszyć poczucie wstydu, własnej porażki oraz izolacji społecznej, zwiększyć skuteczność radzenia sobie z niepłodnością, a także umiejętność samoakceptacji, kształtuje umiejętność dystansowania się od myśli i uczuć powodujących lęk oraz niepokój. Pozwala tym samym obniżyć negatywne emocje, skupić się na odnajdywaniu satysfakcji z życia dnia codziennego, zmniejsza psychologiczny stres u niepłodnych par, ułatwiając tym samym efektywną współpracę z zespołem specjalistów zaangażowanych w proces leczenia. Warto pamiętać, że terapia powinna dotyczyć obojga partnerów, pozwala to na poradzenie sobie z własnymi frustracjami, nawiązanie głębszej więzi oraz ułatwia współpracę (Chanduszko-Salska, 2016).

PIŚMIENNICTWO

- Bielawska-Batorowicz, E.** (2006). Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G.** (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction* 22(6): 1506–1512.
- Bhongade, M.B., Prasad, S., Jiloha, R.C., Ray, P.C., Mohapatra, S., Koner, B.C.** (2015). Effect of psychological stress on fertility hormones and seminal quality in male partners of infertile couples. *Andrologia*, 47(3): 336–342.
- Chan, C.H., Ng, E.H., Chan, C.L., Ho Chan, T.H.** (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing *in vitro* fertilization: A randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85(2): 339–346.
- Chanduszko-Salska, J.** (2016). Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganiu leczenia niepłodności partnerskiej. *Postępy Andrologii Online*, 3(1): 22–32.
- Chanduszko-Salska, J., Kossakowska, K.** (2018). Stres a objawy depresji i sposoby radzenia sobie u kobiet z niepłodnością i kobiet w ciąży wysokiego ryzyka. *Folia Psychologica*, 22: 73–96.
- Heszen I., Sęk H.** (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jastrzębska, J.** (2017). Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzypłciowych i uwarunkowań kulturowych. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 29(1): 227–233.
- Karlsen, B., Bru, E.** (2002). Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine*, 7(3): 245–259.
- Koszycki, D., Bisserbe, J.C., Blier, P., Bradwejn, J., Markowitz, J.** (2012). Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: First pilot randomized controlled trial. *Archives of Womens Mental Health*, 15(3): 193–201.
- Kucharewicz, J.** (2018). Wybrane zasoby indywidualne i relacyjne jako wyznaczniki satysfakcji z małżeństwa osób bezpłodnych. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, 132: 381–392.
- Lazarus, R.S. Folkman, S.** (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Leviatas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger M., Potashnik, G.** (2006) Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of *in vitro* fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertility and Sterility*, 85(5): 1404–1408.

- Łosiak, W.** (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Łukaszuk, K., Koziół, K., Jakiel, G.** i wsp. (2018). Diagnostyka i leczenie niepłodności – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP). *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(3): 112–140.
- Makara-Studzińska, M., Wdowiak, A., Bakalczuk, G., Bakalczuk, Sz., Kryś, K.** (2012). Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. *Seksuologia Polska*, 10(1): 28–35.
- Miernik, B.** (2019) Mężczyzna wobec niepowodzeń prokreacyjnych. Psychopedagogiczne aspekty doświadczania przez mężczyzn trudności w prokreacji. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 39(3): 94–106.
- 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*, 1(57): 113–121.
- Neneman, M., Bączek, G., Dmoch-Gajzlerska, E.** (2019). Rola położnej w terapii niepłodności w Polsce w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 9(1): 41–49.
- Nowacka, A., Zielińska, M., Rabiej, M.** (2020). Psychologiczne i społeczne aspekty niepłodności małżeńskiej. W: J. Jędrzejewska, M. Śliwa (Red.). *Problemy społeczne w XXI wieku – przegląd badań*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel, s. 148–162.
- Przybył, I.** (2003). Naznaczenie społeczne i samonaznaczenie osób niepłodnych, *Roczniki Socjologii Rodziny*, 15: 47–61.
- Ramezandeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M.** (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*, 4(1): 9.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., 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(11): 3248–3256.
- Skrzypulec-Plinta, V.** (2015). Stres jako jedna z przyczyn niepłodności. W: *Wspieramy płodność. Raport koalicji na rzecz Kompleksowej Terapii Niepłodności*, s. 19–26.
- Trzęsowska-Greszta, E., Jastrzębski, J., Sikora, R., Fiałek, M., Trębicka, P.** (2017). Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płeć psychologiczna. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 29(1): 191–215.
- Warawan, L., Wycisk, J.** (2013). Satysfakcja małżeńska u kobiet niepłodnych z uwzględnieniem stylu radzenia sobie z stresem. *Psychologia Jakości Życia*, 12(1): 1–16.
- Wilson, J.F., Kopitzke, E.J.** (2002). Stress and Infertility *Current Women's Health Reviews*, 2(3): 194–199.
- Wdowiak, A.** (2009). Przygotowanie do badań diagnostycznych oraz zabiegów stosowanych w leczeniu niepłodności kobiecej i męskiej. *Psychologia w Położnictwie i Ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A. Olsson, P.** (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 89(10): 1290–1297.
- Yali, A.M., Lobel, M.** (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(1): 39–52.

Rozdział 9

Kluczowe problemy adopcji

Magdalena Modlibowska

Niniejsze opracowanie, dotyczące wybranych aspektów rodzicielstwa adopcyjnego, kierowane jest do osób, które nie adoptowały dziecka, być może nigdy nie adoptują, jednak w swojej praktyce zawodowej mogą mieć kontakt z adopcją. Trudno jest wyczerpać listę konkretnych sytuacji, gdzie położna może się spotkać z tym tematem. Do najbardziej oczywistych należy prowadzenie przez położną kobiety w ciąży, która już jest matką adopcyjną. Może to być również kontakt z osobami starającymi się o dziecko, doświadczającymi niepłodności lub poronienia. Może to być kontakt w szpitalu, gdzie matka biologiczna oddaje swoje dziecko do adopcji. Może to również być sytuacja, w której matka adopcyjna kontaktuje się bezpośrednio z położną z własnej inicjatywy, ponieważ oczekuje, że tam znajdzie wsparcie w swoich rodzicielskich wyzwaniach. Może również się okazać, że dojrzewająca dziewczyna, wybierająca położną jako osobę wprowadzającą w świat płodności i macierzyństwa, była adoptowana w dzieciństwie.

Aby móc w takich sytuacjach zachować profesjonalizm, niezbędne jest zrozumienie podstawowego kontekstu zawiązywania się rodziny adopcyjnej, poznanie definicji, prawnych uwarunkowań i podstawowych kroków procedury umożliwiającej tę formę rodzicielstwa. Równie ważną rolą położnej, jak każdego, kto jest członkiem środowisk okołorodzicielskich, jest budowanie rzetelnej wiedzy w mentalności społecznej. W tym wypadku istotne jest, aby mieć podstawową wiedzę na temat funkcjonujących mitów i stereotypów na temat adopcji, aby ich nie powielać, tylko wskazywać fakty. W tym kontekście wydaje się, że rola położnej jest szczególnie istotna w przypadku mitu o zachodzeniu w ciążę po adopcji. Podobnie jak możliwość prawidłowego poprowadzenia kobiety pozostawiającej dziecko w szpitalu, co może mieć znaczący wpływ na to, jak w przyszłości ułoży się życie dziecka po adopcji.

Położna towarzyszy rodzinie w momencie pojawienia się dziecka i wchodzenia dorosłych osób w role rodzicielskie. Wiedza z obszaru rodzicielstwa biologicznego w tym zakresie może być pomocna i przydatna również w rodzicielstwie adopcyjnym. Karmienie piersią, czy depresja poadopcyjna są realnymi wyzwaniami pary adoptującej dziecko. Tematy te są jednak jeszcze bardzo rzadko w Polsce omawiane. Potrzeba jak największej grupy osób przygotowanych do udzielania wsparcia w takich sytuacjach, a rola położnych wydaje się tutaj najcenniejsza. Położna jako najbliższa osoba dla rodziców wchodzących w rodzicielstwo, może być tą, do której naturalnie będą zwracać się osoby adoptujące z prośbą o pomoc. Poznanie specyfiki adopcji, w kluczowych obszarach omówionych w tym opracowaniu, może być dobrym punktem startu do zwiększania świadomości społecznej i rzetelnej wiedzy na temat tej formy rodzicielstwa.

Adopcja w ujęciu prawnym

Słowniki podają pochodzenie słowa adopcja od łac. *adoptio, adoptare*, co znaczy przybrać, przyjąć do rodziny (Markowski i Pawelec, 2007, s. 4.). W polskim prawie adopcja nazywana jest przysposobieniem (inaczej usynowieniem), wyróżnia się trzy jej formy: pełną, niepełną, całkowitą. Adopcja (przysposobienie) to powstanie stosunku prawnego pomiędzy rodzicami adopcyjnymi (przysposabiającymi) a adoptowanym (przysposabianym) dzieckiem – takiego, jaki istnieje pomiędzy rodzicami a biologicznym dzieckiem. Adopcja jest więc związaniem prawnym rodziców i dziecka, którzy nie mieli przed nastąpieniem adopcji więzów biologicznych.

Kogo można adoptować?

Adoptowaną może być tylko osoba małoletnia, która w sensie prawnym nie ma rodziców. Jego rodzice są pozbawieni praw rodzicielskich, zrzekli się ich, nie żyją lub zostali ubezwłasnowolnieni. Dziecko może być przysposobione niezależnie od stanu jego zdrowia i stopnia rozwoju. Dziecko powyżej 13 roku życia powinno wyrazić zgodę na adopcję, a jeśli takiej nie wyrazi, sąd jest zobowiązany taką odmowę uznać (Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, 1964).

Kto może adoptować?

Każdy, kto chce zostać rodzicem. Może to być małżeństwo – zarówno bezdzietne, jak i posiadające dzieci – samotna osoba, z dzieckiem lub bez. Kwalifikacje rodzicielskie pod kątem zdolności kandydata do należytego wywiązywania się z roli rodzica podlegają subiektywnej ocenie ośrodka adopcyjnego i sądu. Adopcji wspólnej w Polsce mogą dokonać wyłącznie osoby pozostające w formalnym związku małżeńskim (Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, 1964).

Formalności związane z adopcją

Aby stać się rodzicem adopcyjnym, trzeba przejść niezbędne formalności, określone przez prawo oraz praktykę ośrodków adopcyjnych. Procedurę adopcyjną uważa się za rozpoczętą od momentu, gdy kandydaci złożą oficjalny wniosek o przygotowanie ich do przysposobienia wraz z kompletem wymaganych dokumentów. Są to przede wszystkim akt zawarcia małżeństwa, jeśli jest to para kandydatów, zaświadczenia o ogólnym stanie zdrowia umożliwiającym podjęcie roli rodzicielskiej, zaświadczenie z poradni zdrowia psychicznego oraz poradni uzależnień, zaświadczenie o dochodach z miejsca pracy lub PIT w przypadku działalności, własnoręcznie napisane życiorysy kandydatów oraz zaświadczenie o niekaralności. Procedurę w ośrodku adopcyjnym można podzielić na dwa główne etapy, indywidualny i grupowy. W pierwszym etapie, para kandydatów spotyka się (zwykle ok. 6–9 razy) z dedykowanymi dla nich pracownikami ośrodka, aby dowiedzieć się więcej o sobie i dać się poznać jako ludzie, którzy będą w przyszłości rodzicami powierzonego im dziecka. Drugi etap, grupowy, jest szkoleniem na temat tego, co może w przyszłości spotkać rodziców adopcyjnych. Trwa najczęściej 9 miesięcy (zależnie od częstotliwości spotkań), a na jego zakończenie kandydaci mają jeszcze jedno spotkanie indywidualne, na którym określają swoje oczekiwania co do dziecka. Na koniec kandydaci otrzymują kwalifikację i rozpoczynają okres oczekiwania na dziecko.

Oczekiwanie na telefon z ośrodka (od 6 miesięcy do 3 lat) z informacją o propozycji dziecka jest wyjątkowo trudnym czasem dla kandydatów, ponieważ są po dość intensywnym okresie aktywności, gdy mieli poczucie działania w kierunku rodzicielstwa. Natomiast oczekiwanie jest okresem bezczynności w porównaniu z częstymi wizytami w ośrodku. W tym czasie przyszli rodzice mogą w dal-

szym ciągu, już na własną rękę, wdrażać się w tematy parentingowe, czemu służyłyby spotkania z połączonymi znającymi temat, np. podstawowej opieki nad niemowlęciem oraz emocji pojawiających się w momencie pojawienia się dziecka w rodzinie. W momencie, gdy zadzwoni telefon, sprawy nabierają tempa. Spotkanie w ośrodku, umówienie pierwszego kontaktu z dzieckiem, decyzja kandydatów, wizyty u dziecka, składanie dokumentów w sądzie.

Zanim kandydaci staną się rodzicami adopcyjnymi, jest jeszcze kilka spraw formalnych, wśród nich złożenie wniosku do sądu o przysposobienie oraz rozprawa adopcyjna. Kolejnym etapem jest odebranie z sądu prawomocnego orzeczenia, na mocy którego nabierają praw do urlopów rodzicielskich oraz dzięki któremu można otrzymać akt urodzenia dziecka z nowymi danymi i wystąpić o nadanie mu nowego numeru pesel. Następnym jest zgłoszenie dziecka do ubezpieczenia społecznego, tak jak robią to rodzice, którym rodzi się biologiczne dziecko oraz zgłoszenie do ewidencji ludności w miejscu zamieszkania. Po tych formalnościach rodzice adopcyjni stają się w świetle prawa w pełni rodzicami i otrzymują prawo do wszystkich świadczeń dla rodziców, takich jak urlopy macierzyński i rodzicielski, becikowe, program wychowawczy 500+, i inne, zgodnie z obowiązującymi wymogami.

Adopcja w ujęciu społecznym

Z punktu widzenia grup społecznych, w których funkcjonują rodziny adopcyjne, należy zwrócić uwagę na krzywdzące stereotypy, szkodliwe zarówno ze względu na dobro funkcjonowania adoptowanego dziecka, jak też całej struktury rodziny adopcyjnej.

Bohaterstwo rodziców adopcyjnych

Najbardziej powszechny stereotyp to traktowanie adopcji jako **aktu heroicznego altruizmu**. Podstawowa przyczyna zniekształconego obrazu adopcji leży w postrzeganiu jej jako altruistycznego pomagania porzuconym dzieciom. Rodzice adopcyjni spotykają reakcje typu: *podziwiam waszą odwagę, ależ wy jesteście dzielni, to niesamowite, co zrobiliście dla tego dziecka, jesteście wyjątkowymi ludźmi, że wzięliście cudze dziecko na wychowanie* (Modlibowska, 2020). Adopcja powinna mieć altruistyczne podłoże, jednak jest w niej naturalne miejsce na egoizm bycia rodzicem. To naturalne adoptować dziecko, nie tylko dlatego, że chce się mu pomóc, ale głównie dlatego, aby spełnić swe pragnienie zostania matką, ojcem, rodzicem. Adoptując, nie dokonuje się aktu odwagi, a raczej rozwiązuje problem niechcianej bezdzietności. Nie bierze się cudzego dziecka, lecz pragnie i odnajduje swoje dziecko.

Wstyd niepłodności

Kolejny stereotyp jest silnie związany z **traktowaniem niepłodności i bezpłodności jako wstydu**. Niepłodność jest postrzegana jako wstydliva ułomność, bez względu na przekonania pary, której ten problem dotyczy. Z całą pewnością jest to sprawa intymna. Adopcja natomiast tę intymność uzewnętrznia. Pokazuje światu, że para nie spłodziła swojego dziecka. Szczególnie adresowane jest to do mężczyzn, w świetle powszechnego obrazu – samca przekazującego geny. Statystyka współczesnych par wskazuje, że problemy z płodnością leżą statystycznie w takim samym stopniu po stronie mężczyzn, jak i kobiet¹⁵. Bez znaczenia jest, jak do tej sytuacji podchodzą sami panowie, siła stereotypu jest głęboko zakorzeniona. Bywa, że wpływa na nastawienie do adopcji jako rodzicielstwa gorszej kategorii zarówno osób nią zainteresowanych, jak i tych z otoczenia.

¹⁵ Co roku niepłodność dotyka 1,5 mln polskich par. Czy grozi nam zapaść demograficzna [online] <https://parenting.pl/grozi-nam-zapasc-demograficzna> [Dostęp: 16.06.2021].

Uciążliwa procedura adopcyjna

Do popularnych i chętnie rozpowszechnianych stereotypów dotyczących adopcji należy ten o trudnej procedurze, jaką muszą przejść kandydaci na rodziców adopcyjnych. Społeczna niewiedza na **temat procedury adopcyjnej** rodzi wiele nieporozumień. Procedura adopcyjna jest to proces przygotowywania kandydatów na przyszłych rodziców. Można ją zobaczyć jako warsztaty prowadzone przez parę specjalistów (zazwyczaj psycholog i pedagog), podczas których każdy ma szansę lepiej poznać samego siebie, nie tylko w kontekście rodzicielskim. Upraszczaając, jest to rodzaj szkoły rodzenia, jednak obowiązkowej dla obydwójga rodziców i rozpoczęty z większym wyprzedzeniem. Wypowiedzi pracowników ośrodków adopcyjnych, zebrane na potrzeby badań społecznych (Ładyżyński, 2010), pokazują charakterystykę kandydatów na rodziców, ale przede wszystkim dobre intencje pracowników ośrodków adopcyjnych. Celem procedury adopcyjnej jest przede wszystkim dobre rozpoznanie i uświadomienie kandydatom ich prawdziwych głębokich motywacji przysposobienia dziecka: *Chciałabym, żeby mieli taką świadomość, że obok tego motywu, o którym wszyscy krzyczą, że chcieliby pomóc dziecku, mają też normalne motywy. Każdy człowiek ma taką potrzebę bycia rodzicem. [...] Oni nie są ani gorsi, ani lepsi od biologicznych rodziców. (Pedagog, 13 lat stażu)* (Ładyżyński, 2010, s. 224).

Rodzicielstwo zastępcze vs adopcyjne

Wyjątkowo często w potocznym rozumieniu adopcja **jest mylona z rodzicielstwem zastępczym**. Choć można znaleźć podobieństwa, różnice są istotne. Podobieństwo jest w fundamentalnym podejściu do zranionego dziecka. Ono, trafiając do rodziny zastępczej czy adopcyjnej, dostaje w niej ciepło, bliskość, opiekę, troskę i wychowanie (Modlibowska, 2015a). Podstawowa różnica polega zaś na tym, że rodzicielstwo zastępcze to forma opieki, natomiast adopcja to forma rodzicielstwa. Rodzic zastępczy dosłownie zastępuje rodziców biologicznych w spełnianiu ich obowiązków rodzicielskich na jakiś czas. Rodzice adopcyjni wchodzą w rolę rodziców biologicznych, będąc rodzicami zamiast nich, na zawsze. Rodzice zastępczy mogą liczyć na różne formy wsparcia i pomocy ze strony państwa. Rodziny adopcyjne nie otrzymują żadnego dodatkowego wsparcia, są w świetle przepisów traktowane jak rodziny naturalne.

Zachodzenie w ciążę po adopcji

Na świecie jest wiele par, które urodziły biologiczne dziecko po zawiązaniu adopcji. Na podstawie aktualnej wiedzy, jednoznacznie stwierdzam, że pogląd: *zajdziesz w ciążę, gdy adoptujesz* jest nieprawdziwy i krzywdzący. W celu zobrazowania rodzaju wyrządzonej takim stwierdzeniem krzywdy, prześledzimy historię mojego doświadczenia. Zdecydowaliśmy się z mężem na adopcję, gdy po kilku latach starań i szczegółowych badań diagnoza brzmiała: niepłodność idiopatyczna – możemy mieć dzieci naturalnie, ale nie wiadomo, dlaczego ich nie mamy. W trakcie procesu przygotowawczego psychologowie przeprowadzili nas przez stratę nienarodzonego biologicznego dziecka. Przeszłam żalobę po stracie szansy na ciążę. A jednak otoczenie nie pozwoliło mi jej całkowicie zamknąć, komentarzami: *jesteście zdrowi, to zaraz po adopcji zajdziesz w ciążę*. Chociaż czas mijał na intensywnej opiece nad dzieckiem, to w głębi czułam niepokój. Wyrządzono mi krzywdę, nie pozwalając w pełni zamknąć straty rodzicielstwa biologicznego. To nieuczciwe, chociaż nie wynika ze złej intencji, aby ludziom niepłodnym mówić takie słowa. Jest jeszcze inna strona tego stereotypu. Skoro mama adopcyjna ma spodziewać się ciąży z racji adopcji, sugeruje się, że adopcja nie do końca jest wartościowym rodzicielstwem. Jest ona odnoszona do rodzicielstwa biologicznego w sposób wartościujący na korzyść tego drugiego. To traktowanie adopcji jako narzędzia do spełnienia się marzenia o rodzicielstwie biologicznym. Jest to

wypaczanie rzeczywistego obrazu tej formy rodzicielstwa. Adopcja jest świadomą drogą dojścia do rodzicielstwa, nie jest substytutem innej jego formy. Takie rozumienie jest warunkiem prawidłowego zawiązania się rodziny adopcyjnej. Mit zachodzenia w ciążę po adopcji krzywdzi także dzieci. Komentarze pojawiają się najintensywniej w momencie, gdy matka adopcyjna zachodzi w ciążę. Dziecko adoptowane słyszy, że ktoś je adoptował, bo dzięki temu urodzi biologiczne dziecko. Nie jest trudno sobie wyobrazić, w jakiej pozycji w rodzinie umiejscawia się wtedy dziecko. Tym bardziej, że nawet dzieci w okresie dojrzewania, poszukując tożsamości, przeżywają swoją „inność” w rodzinie adopcyjnej, bez względu na to, jak dobre panują w niej relacje i jak silne są więzi z rodzicami adopcyjnymi.

Fakt zachodzenia w ciążę po adopcji został zbadany naukowo. Wnioski badań mówią jednoznacznie, że wskaźnik zajścia w spontaniczną ciążę u kobiet, które adoptowały, jest taki sam, jak u kobiet, które nie adoptowały.¹⁶ Ciąża dzięki adopcji jest mitem, krzywdzącym zarówno rodziców, jak i dzieci oraz samo postrzeganie adopcji. Ciąża spontaniczna jest przypadkiem, na który adopcja nie ma wpływu.

Rodzicielstwo biologiczne vs adopcyjne

Mocno zakorzenionym w mentalności społecznej stereotypem jest przedstawianie rodzicielstwa adopcyjnego jako identycznego z biologicznym. Rodzicielstwo adopcyjne ma swoją specyfikę, której nie ma w biologicznym (m.in. trójkąt adopcyjny) i porównywanie tych dwóch form może prowadzić w kierunku wypierania tej specyfiki. Badania przeprowadzone przez Davida H. Kirka na próbie blisko 2000 rodzin adopcyjnych wykazało, że kluczem do stworzenia prawidłowych relacji w rodzinie adopcyjnej jest akceptacja faktu, że rodzicielstwo adopcyjne nie jest identyczne z biologicznym (Kirk, 1981). Zaprzeczanie różnicom między wspomnianymi rodzajami rodzicielstwa jest mniej korzystne dla pozytywnego przystosowania osób należących do rodziny adopcyjnej. Natomiast uznawanie tych różnic wiąże się z utrzymaniem równowagi, wzajemnej empatii, otwartej komunikacji i satysfakcji w rodzinie adopcyjnej. Wniosek dla osób mających kontakt z rodzinami adopcyjnymi może być taki, aby również uznać różnice. Rodzicielstwo adopcyjne ma wszystko to, co rodzicielstwo biologiczne, ale rozpoczyna się inaczej i ma specyficzne elementy, niewystępujące w rodzicielstwie biologicznym, co nazywam rodzicielstwem „plus”. Porównywanie tych dwóch form rodzicielstwa i używanie stwierdzeń *kocha się jak swoje* w kontekście adoptowanego dziecka, jest utrwalaniem stereotypu niewłaściwego postrzegania adopcji.

Pozostawienie dziecka przez matkę biologiczną w szpitalu

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że rocznie w samych tylko szpitalach pozostawianych jest ok. 700 noworodków¹⁷. Problem ten jest szczególnie widoczny w Warszawie i powiatach ościenych – w woj. mazowieckim pozostawianych w szpitalu po urodzeniu jest ok. 200 dzieci rocznie (Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, 2018).

Dokładne określenie przyczyn, a także konsekwencji pozostawienia dziecka przez matkę biologiczną, jest stosunkowo trudne. Przede wszystkim trzeba zdać sobie sprawę, że adopcja jest najlepszym rozwiązaniem dla pozostawionego dziecka. Konieczne jest jak najszybsze ustalenie jego sytuacji praw-

¹⁶ Resolve. The National Infertility Association. For Friends and Family [online] <https://resolve.org/get-help/helpful-resources-and-advice/infertility-and-relationships-for-friends-and-family/> [Dostęp: 04.01.2023].

¹⁷ M. Modlibowska (2015b). Po drugiej stronie adopcji. Chcemy Być Rodzicami [online] <https://www.chcemy-bycrodzicami.pl/po-drugiej-stronie-adopcji> [Dostęp: 14.10.2021].

nej i skrócenie czasu przebywania poza rodziną. Matka, która świadomie zrzeka się swojej władzy rodzicielskiej, wyrażając tzw. zgodę blankietową – mimo wyraźnego braku akceptacji społecznej – wykazuje się największą, jak na taką sytuację, troską o dobro dziecka¹⁸.

Oddanie dziecka do adopcji, czyli zrzeczenie, zgodnie z Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym – art. 1191 § 1 k.r.o) to wyrażenie przez rodziców biologicznych zgody na przysposobienie dziecka bez wskazywania osoby przysposabiającej. Decyzję o zrzeczeniu matka biologiczna może podjąć przed porodem bądź bezpośrednio po nim, jednak przysługuje jej 6 tygodni od porodu na ostateczną decyzję. W tym czasie może bez żadnych konsekwencji, pomimo wcześniejszej deklaracji, zabrać dziecko do domu. Może zgłosić się do ośrodka adopcyjnego już w czasie ciąży lub po porodzie, gdzie po rozmowie z pracownikiem i wstępnej deklaracji o oddaniu dziecka do adopcji wyraża zgodę na to, aby po urodzeniu dziecko przebywało w pieczy zastępczej do czasu złożenia oświadczenia w sądzie.

Jeśli matka biologiczna decyduje się po porodzie zostawić dziecko w szpitalu, powinna złożyć oświadczenie, natomiast personel medyczny powinien o tym fakcie powiadomić niezwłocznie najbliższy ośrodek adopcyjny. Pracownicy ośrodka skontaktują się z matką i zapewnią odpowiednie wsparcie. Wspólnie z pracownikami ośrodka matka będzie mogła spokojnie rozpatrzeć swoją sytuację życiową i alternatywy rozwiązań. To bardzo ważna decyzja, która będzie miała wpływ na całe dalsze życie, zarówno jej, jak i dziecka. Jeśli potwierdzi wolę rezygnacji z wychowywania swojego dziecka, ośrodek adopcyjny pomoże przeprowadzić całą procedurę zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W takiej sytuacji matka również ma prawo do zmiany decyzji w ciągu 6 tygodni bez żadnych konsekwencji.

Ośrodek adopcyjny udzieli wsparcia w zakresie:

- skutków prawnych takiej decyzji,
- trybu przygotowania dziecka do adopcji,
- poinformowania o koniecznych działaniach i towarzyszenia w trakcie procedury oddawania,
- opieki psychologicznej.

Aby zrzeczenie było skuteczne i miało moc prawną, matka musi zgłosić się do sądu i w obecności sędziego złożyć takie oświadczenie woli. Wstępne deklaracje i oświadczenia złożone w szpitalu bądź ośrodku nie mają mocy prawnej¹⁹.

Dziecko pozostawione w szpitalu może zostać wypisane ze szpitala, po ustaleniu opiekuna prawnego. Zostanie umieszczone do czasu adopcji w pieczy zastępczej, czyli pogotowiu rodzinnym, rodzinie zastępczej lub Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym. Kluczową kwestią jest, aby jak najszybciej dziecko trafiło do rodziny adopcyjnej. Długość czasu przebywania dziecka w pieczy zastępczej ma znaczący wpływ na jego rozwój psychoruchowy, im jest dłuższy, tym stan dziecka jest gorszy²⁰ (tab. VIII).

Tabela VIII. Średni czas przebywania dziecka w IOP w Otwocku i rozwój psychoruchowy

| Średni czas pobytu | | Ocena rozwoju psychoruchowego |
|--------------------|---------|-------------------------------|
| Do 3 miesięcy | 75 dni | w normie |
| | 90 dni | rozwój nieharmonijny |
| Powyżej 4 miesięcy | 116 dni | zaburzenia rozwoju ruchowego |
| | 155 dni | zaburzenia emocji |
| | 196 dni | rozwój opóźniony |

Źródło: Opracowanie własne na podst. dokumentacji Interwencyjnego Ośrodka Preadopcyjnego w Otwocku (dane niepublikowane).

¹⁸ M. Modlibowska (2015b). Po drugiej stronie adopcji. (...) op. cit. [online].

¹⁹ M. Modlibowska (2015b). Po drugiej stronie adopcji. (...) op. cit. [online].

²⁰ M. Modlibowska (2015b). Po drugiej stronie adopcji. (...) op. cit. [online].

Trudno jednoznacznie wskazać najczęstszy powód oddawania dzieci do adopcji, ale jest to zawsze powiązane z samotnością matki w swoim najbliższym środowisku. Porzucenie dziecka przez matkę następuje podświadomie już w okresie ciąży, a przejawia się wyparciem stanu odmiennego i niezmiennym trybem życia, co w konsekwencji doprowadza do urodzeń przedwczesnych i zaburzeń stanu zdrowia oraz rozwoju dziecka. Wiadomość o poczęciu dziecka nie jest radością, lecz dużym problemem, następuje porzucenie emocjonalne dziecka już od tego momentu. Ponieważ matka wypiera, że jest w ciąży, dowiaduje się o tym po kilku miesiącach lub nawet w czasie akcji porodowej (szczególnie nieletnie matki). Z powodu wyparcia nie jest pod opieką położniczą lub lekarską w czasie ciąży i nie zmienia swojego trybu życia. W konsekwencji nie leczy się z uzależnienia od narkotyków, alkoholu, nikotyny, jest niedożywiona, nie robi badań profilaktycznych, a w przypadku przemocy – nadal jest ofiarą.

Jeśli matka zostawia dziecko w szpitalu anonimowo (jakby było umieszczone w tzw. *oknie życia*) lub fałszuje swoje dane personalne, to jest to najgorsze rozwiązanie – przede wszystkim ze względu na dobro dziecka, lecz także dobro matki biologicznej oraz przyszłych rodziców adopcyjnych. Procedura w takim przypadku się wydłuża i jest bardziej skomplikowana, a to oznacza, że dziecko będzie dłużej (nawet o kilka lat) czekać na nową rodzinę. Obowiązkiem policji jest przede wszystkim przeprowadzenie dochodzenia, łącznie z poszukiwaniami matki biologicznej, aby ustalić personalia dziecka. Procedura ta jest konieczna i jak najbardziej słuszna, gdyż pozwala uniknąć np. przypadków porwania, a dziecku na przyszłość zapewnia znajomość jego tożsamości²¹. Brak wiedzy o swoim pochodzeniu znacznie utrudni dziecku kształtowanie tożsamości osobistej i może stać się przyczyną wielu trudności życiowych. Anonimowe pozostawienie dziecka jest sytuacją jednokierunkową również dla matki biologicznej, ponieważ utrudnia jej zmianę zdania oraz pozbawia profesjonalnej pomocy przejścia przez tę stratę.

Sytuacje nielegalne i adopcja ze wskazaniem

Adopcja ze wskazaniem budzi wiele kontrowersji, ponieważ była luką prawną ułatwiającą handel dziećmi i nielegalne adopcje. Matka biologiczna umawiała się z parą małżeńską poszukującą dziecka i za „odpowiednim” wynagrodzeniem przekazywała dziecko wprost do nowych rodziców. W 2019 r. zmieniono przepisy prawa dotyczące przysposobienia, umożliwiając adopcję ze wskazaniem tylko osobom spokrewnionym i tylko tym, którzy zgłosili się do ośrodka adopcyjnego, gdzie przeszli formalną procedurę przygotowawczą.

Tylko w przypadku legalnie przeprowadzonej adopcji faktycznie dziecko jest w najlepszej sytuacji i jest podmiotem sprawy. W innych przypadkach jest zaspokajana tylko potrzeba rodziców adopcyjnych, dziecko staje się przedmiotem, a matka biologiczna ofiarą, nawet jeśli sama sobie tego nie uświadamia. W ośrodkach adopcyjnych bardzo dobrze znane są mamy biologiczne oddające dzieci – ich uczucia, niepokoje, tragedie, ich płacz, ich samotność. Dzięki legalnej adopcji matka biologiczna może poprzez ośrodek adopcyjny się dowiadywać o losach dziecka, lecz co najważniejsze – może mieć pewność, że rodzice adopcyjni są sprawdzeni pod względem formalnym i moralnym.

Pożądane działania personelu medycznego

Działania personelu medycznego, szczególnie położnej asystującej rodzącej kobiecie, trudno zebrać w ścisły zbiór proceduralnego postępowania. Ważne, aby zwrócić uwagę, czy nagle w szpitalu nie pojawia się osoba towarzysząca rodzącej, która wyraźnie jest zainteresowana tylko dzieckiem,

²¹ M. Modlibowska (2015b). Po drugiej stronie adopcji. (...) op. cit. [online].

można wprost zapytać o pokrewieństwo, a jeśli jest mowa o adopcji (np. w przypadku legalnej adopcji ze wskazaniem przy porodzie może być przyszła matka lub ojciec adopcyjny), wprost zapytać o dane ośrodka adopcyjnego prowadzącego tę konkretną sprawę. Jeśli nie ma mowy o adopcji, warto zaobserwować, w jakim stanie psychicznym jest matka biologiczna, nadmierny smutek, niechęć do zajmowania się dzieckiem, rezygnacja z karmienia piersią – mogą, chociaż nie muszą, wskazywać, że matka rozważa pozostawienie dziecka w szpitalu.

Dobrze jest zaproponować rozmowę z psychologiem, umożliwić, zapoznanie się z ulotkami na temat oddawania dziecka do adopcji (można wcześniej o takie poprosić najbliższy ośrodek adopcyjny), poinformować o konsekwencjach anonimowego porzucenia dziecka lub nielegalnej adopcji. Można ułatwić kontakt z ośrodkiem adopcyjnym, zapewnić o wsparciu prawno-psychologicznym, jakie tam dostanie matka biologiczna. W sytuacjach podejrzanych, konfliktowych, zagrażających bezpieczeństwu dziecka, należy niezwłocznie zawiadomić ośrodek adopcyjny lub policję. Można podpowiedzieć matce, żeby pożegnała się z dzieckiem przed umieszczeniem w nowej rodzinie, czy to w formie listu czy w formie pamiątki, a także listu do jego przyszłych rodziców adopcyjnych. Z punktu widzenia przyszłego poszukiwania tożsamości przez dorastające dziecko, takie pożegnanie, choćby w formie kilku słów w liście, ma charakter silnie wspierający wychodzenie z traumy odrzucenia.

Bardzo duże znaczenie ma okazywanie zrozumienia i zachęcanie do oficjalnej ścieżki. Jednocześnie warto być wyczulonym na różne nietypowe sytuacje, mogące wskazywać, że matka nie jest gotowa wziąć dziecko pod swoją opiekę. Należy zatroszczyć się o taką kobietę, bo od tego, jakie podejmie decyzje, zależy dalszy los jej i jej dziecka.

Matki biologiczne zasługują na okazanie im szacunku, bez względu na to, jaka sytuacja spowodowała decyzję kobiety o oddaniu dziecka do adopcji. Błędy i trudności, jakie są jej doświadczeniem, dają szansę na powstanie szczęśliwej, pełnej rodziny tam, gdzie dziecko będzie przysposobione. Legalnie oddając dziecko, gwarantują mu nie tylko życie, ale też jak najlepszą jakość tego życia. A sobie poczucie, że zrobiły, co było najlepsze w danym momencie. Zasługują na zrozumienie i pomoc.

Jawność adopcyjna – czynnik krytyczny udanej adopcji

Wiadomo z całkowitą pewnością, że jawność adopcyjnego pochodzenia w danej rodzinie jest dziecku niezbędna do pełnego budowania swojej tożsamości. Adoptowane dziecko jest nierozzerwalnie związane w sensie biologicznym i mentalnym z drugą parą rodziców, czyli z rodzicami biologicznymi. O jawności można mówić w kontekście grupy odbiorców informacji o adopcji:

- adoptowane dziecko – kryterium wyznaczającym moment rozpoczęcia rozmów o adopcji powinna być potrzeba dziecka;
- bliską rodzinę i przyjaciół – gdzie inicjatywa należy całkowicie do rodziców adopcyjnych, a nawet kandydatów na rodziców, jeśli zdecydują się informować o swojej decyzji wcześniej;
- środowisko znajomych i nieznanym, do którego zaliczymy m.in. sąsiadów, nowo poznane osoby w kręgach towarzyskich, inne osoby, z którymi kontaktują się rodzice adopcyjni w codziennym życiu, pracownicy przedszkola czy szkoły, kręgi zawodowe rodziców.

W trzeciej grupie ważnymi odbiorcami są osoby z personelu medycznego. Rodzice adopcyjni będą się pojawiać u lekarza, w przychodni, nawet ze zdrowym dzieckiem i wtedy sami mogą zdecydować, w jakim stopniu informacje o tym, że dziecko było adoptowane, są potrzebne do prawidłowego przebiegu tej konkretnej wizyty. Praktyką rodziców adopcyjnych jest korzystanie z wizyty domowej lekarza pediatry, gdy dziecko obejmowane jest opieką faktyczną, zanim odbędzie się ostateczna rozprawa adopcyjna nadająca prawa nowym rodzicom oraz nowy pesel dziecku. Celem takiej wizyty jest zbadanie kondycji dziecka i pomoc w zapewnieniu mu jak najlepszych warunków opieki. Brane pod opiekę dzieci często są w słabej kondycji fizyczno-psychicznej i warto, żeby ktoś je medycznie

zdiagnozował, co ułatwi opiekunom – przyszłym rodzicom podejmowanie decyzji o właściwej pielęgnacji czy żywieniu. Może przyszła matka, opiekująca się niemowlęciem, zdecyduje się zaprosić na wizytę położną, aby uzyskać wsparcie w innym zakresie lub z uwagi na zaufanie, jakim ją obdarza. Oczywiście ujawnianie adopcji lekarzowi czy położnej to tylko dobra wola rodziców, ale są też sytuacje, w których zatajenie tej informacji byłoby co najmniej nierozsądne, a być może godziłoby w zdrowie lub życie dziecka. Zdarza się, że rodzicom brakuje śmiałości, żeby powiedzieć o fakcie adopcji personelowi medycznemu. Wskazówką mogą być wymijające odpowiedzi rodziców lub uporczywe odpowiedzi *nie wiem*, np. w czasie zbierania wywiadu. Warto wtedy zapytać rodzica wprost o powód skąpych odpowiedzi.

Sytuacje, w których położna lub inna osoba z personelu medycznego ma kontakt z rodzicem adopcyjnym, mogą być bardzo różne. Trudno byłoby wszystkie je skatalogować i opisać procedury działania. Ważna jest podstawowa znajomość tematu adopcji i intuicyjne wyczuwanie sytuacji. Dla zobrazowania przykładem jednego z takich zdarzeń, przytoczę doświadczenie ze szpitala, podczas pobytu mojego dziecka. Jedna z osób z personelu, trochę w żartach i bez złych intencji, zwróciła mi uwagę, że nie umiem zajmować się dzieckiem. Faktycznie, mogło to wyglądać nietypowo, ponieważ był to mój pierwszy kontakt z niemowlęciem, a do tego w szpitalu, bo tam zaczęła się nasza wspólna droga z córką. Brakowało mi nie tylko podstawowej wiedzy o pielęgnacji niemowlęcia, lecz także swobody i pewności siebie jako matki. Ponieważ było to w trakcie przeprowadzania formalności, córka leżała na oddziale jeszcze ze starymi danymi personalnymi. Tylko dobra wola ordynatora oddziału umożliwiła mi odwiedzenie mojej przyszłej córki. Nie miałam wówczas ochoty przy wszystkich matkach w sali ogłaszać faktu adopcji, miałam poczucie, że jestem „inną” matką, słabszą w swojej roli w porównaniu z matkami na oddziale. Ta uwaga jeszcze mocniej osłabiła moją wiarę w swoje możliwości. Rozwiązałam tę sytuację w indywidualnych rozmowach z personelem medycznym, w gabinecie lekarskim i tzw. dyżurce. Chociaż było to dla mnie trudne, powiedziałam, że jestem młodą mamą adopcyjną i jest mi trudno odnaleźć się w tej roli w momencie bezpośredniej konfrontacji z innymi mamami. Otrzymałam wówczas duże wsparcie, nie tylko merytoryczne, ale przede wszystkim ludzkie. Praktycznie każdego dnia ktoś z personelu pomagał mi nauczyć się pielęgnacji mojej przyszłej córki, jednocześnie zachowując dyskrecję.

Nie ma jednoznacznej recepty na sposób współpracy z rodzicem adopcyjnym. Ważna jest czujność, takt i zrozumienie dla nieporadności, zagubienia i potrzeb rodziców. Dotyczy to także – a raczej przede wszystkim – adoptowanych dzieci, których życiowy bagaż zawiera wiele trudnych, często traumatycznych doświadczeń, a ich zachowanie może odbiegać od typowego. Szczególnie w pierwszym okresie kontaktów z nowymi rodzicami.

Dokumentacja medyczna po adopcji

W kontekście jawności adopcji w szerszym środowisku istotnym problemem jest **dokumentacja medyczna adoptowanego dziecka**. Mimo zakończenia przez rodziców adopcyjnych wszystkich formalności sądowych i administracyjnych (akt stanu cywilnego na nowych rodziców, nowy pesel dziecka), pozostaje jeszcze temat książeczki zdrowia i karty szczepień, w których są jego poprzednie personalia i stary pesel. Polskie prawo nie reguluje tego w szczególny sposób. Warto wiedzieć z punktu widzenia osób zarządzających dokumentacją medyczną, jak sobie radzą i czego potrzebują rodzice adopcyjni w praktyce.

Najprostszą sprawą wydaje się książeczka zdrowia. W większości przypadków ośrodek adopcyjny nie podejmuje się wymiany książeczki zdrowia dziecka. Rodzice mogą ją kupić w internecie, mogą zdobyć od zaprzyjaźnionej położnej lub znajomego lekarza. Pozostaje wtedy wymiana poszczególnych kartek z poprzednimi danymi lub przepisanie informacji do nowej książeczki. Jeśli potrzeba,

aby niektóre dane zostały podstemplowane pieczętą, rodzice zgłaszają się w przychodni/szpitalu, gdzie dziecko było dotychczas zapisane i tam proszą personel medyczny o podstemplowanie przepisanych danych. Może to także zrobić pracownik nowej przychodni, do której rodzice adopcyjni zapisują dziecko. Wspomniane działanie każdorazowo wiąże się z inicjatywą rodziców, a nie dla każdego rodzica jest to łatwe. Ostatecznością zawsze jest korektor i zamazanie poprzednich danych oraz wpisanie w to miejsce nowych. Wówczas jednak rodzice narażają się na częste pytania osób przeglądających książeczkę i każdorazowo od nowa muszą wyjaśniać powód zmiany danych dziecka oraz rodziców. Podobnie jest z kartami szczepień, czyli tzw. kartami uodpornienia.

Jeszcze inna jest sytuacja, gdy dziecko przed adopcją było hospitalizowane. Pojawia się w nowej rodzinie z wypisami szpitalnymi na poprzednie dane dziecka. Dokumenty ze starymi danymi personalnymi, w tym nierzadko rodziców biologicznych, pozostają też w placówce medycznej. Może to stwarzać kłopotliwe sytuacje w przypadku kolejnych wizyt i potrzeby kontynuacji leczenia²². *W szpitalu na kontrolnych badaniach zostałam wywołana nazwiskiem poprzedniej mamy* komentują mamy adopcyjne (Modlibowska, 2020). Zdarzenia takie są kłopotliwe, a ponadto stają się powodem nieporozumień oraz ujawniania danych utajnionych rozprawą adopcyjną. Rodzice adopcyjni, a także inne niepowołane do tego osoby, najczęściej poprzez stare dokumenty medyczne wchodzą w posiadanie wszystkich danych rodziców biologicznych. Są to dane wrażliwe, jak adres zamieszkania lub pesel, których posiadanie przez kogokolwiek jest po prostu niezgodne z obowiązującym prawem. Bardzo potrzebne jest rodzicom adopcyjnym wsparcie w tym zakresie. To, że oczekują zachowania tajemnicy danych biologicznych dziecka i jego rodziców nie jest fanaberią, ale czystą ludzką potrzebą normalności w funkcjonowaniu jako rodzic. Jest też szczególnie ważne pod kątem przypadkowego ujawnienia nowych danych dziecka niepożądanym osobom. Zdarzają się sytuacje, że członkowie poprzedniej rodziny poszukują danych po adopcji, mimo braku prawa ich posiadania. Dane łączące obydwie rodziny (biologiczną i adopcyjną) powinny znajdować się jedynie w sądzie i ośrodku adopcyjnym. Dostęp do nich będzie miało jedynie adoptowane dziecko, po osiągnięciu pełnoletności. To ono jest podmiotem w adopcji i tylko ono może wyjść z inicjatywą odnalezienia swoich korzeni biologicznych. Jeśli członkowie rodziny biologicznej mają ważny powód, aby mimo zakazu skontaktować się z rodziną adopcyjną, mogą to zrobić poprzez sąd rodzinny, gdzie zostało orzeczone pozbawienie praw rodzicielskich lub przez regionalny ośrodek adopcyjny. Z uwagi na brak szczegółowych procedur dla placówek medycznych, wsparcie rodziców adopcyjnych w zachowaniu dyskrecji dotyczącej danych dziecka może być jedynie wynikiem podstawowej wiedzy i dobrej woli personelu medycznego.

Jawność adopcji ma również ogromne znaczenie w kontekście budowania pozytywnego i rzeczywistego obrazu adopcji w społeczeństwie. Pozwala zrozumieć tę formę rodzicielstwa również osobom, które stykają się z adopcją w swoich zawodach (pielęgniarki, położne, lekarze, terapeuci, nauczyciele i wsp.) oraz mogą mieć wpływ na jej odbiór, także przez adopcyjnych rodziców i ich dziecko. Zatem jawność w kontekście szeroko rozumianego środowiska trzeba również rozumieć jako społeczne osvajanie adopcji poprzez jej zrozumienie, zaakceptowanie, dostrzeżenie korzyści, jakie za sobą niesie, a także przekazywanie wyłącznie rzetelnych i sprawdzonych informacji. Pomocą, również personelowi medycznemu, zawsze może służyć najbliższy ośrodek adopcyjny lub organizacja pozarządowa zajmująca się adopcją.

²² M. Modlibowska (2015c). Dokumentacja medyczna adoptowanego dziecka. Chcemy Być Rodzicami [online] <https://www.chcemybycrodzicami.pl/dokumentacja-medyczna-adoptowanego-dziecka> [Dostęp: 14.10.2021].

Karmienie piersią w adopcji

Karmienie piersią często nazywane jest karmieniem naturalnym. Stąd już prosta droga do wykluczenia matek adopcyjnych, często przez nie same, bo przecież naturalnie nie rodziły. A jednak wiarygodne źródła (np. La Leche League International) oraz doświadczenie wielu adopcyjnych matek jednoznacznie wskazują, że karmienie piersią dziecka, którego się nie urodziło, jest możliwe. Zalety tego są tak duże, że warto propagować temat karmienia piersią w adopcji, aby matki adopcyjne mogły przynajmniej rozważyć taką możliwość.

Karmienie piersią można sprowadzić do dwóch największych korzyści: odżywczej i więziotwórczej. W tej publikacji nie będę się koncentrować na korzyściach związanych z odżywianiem dziecka, gdyż są one łatwo dostępne i nie różnią się niczym w przypadku adopcji. Eksperci tematu karmienia przez matki adopcyjne zapewniają, że pokarm, który może pojawić się u matki adopcyjnej w wyniku indukcji, jest tak samo dobry odżywczo i niezastąpiony w swoim składzie jak mleko matki biologicznej (Hormann, 2007). Jednak w karmieniu piersią adoptowanego dziecka największej uwagi należy skupić na budowaniu więzi między matką i jej dzieckiem. Ssanie piersi to dla niemowlaka największy zastrzyk poczucia bezpieczeństwa, a dla matki nabranie pewności siebie. W literaturze anglojęzycznej zaprezentowano wiele wypowiedzi doświadczonych w tym zakresie matek adopcyjnych oraz badań, których wyniki potwierdzają, że karmienie piersią adoptowanego dziecka może wspomagać budowanie przywiązania matki i dziecka (Schnell, 2013). Takie korzyści, jak mniejszy stres emocjonalny i fizyczny, czy wzrost poziomu oksytocyny w organizmie matki (tzw. hormonu miłości), są w macierzyństwie adopcyjnym szczególnie pożądane. Dzieci, które doświadczyły odrzucenia, a jak podkreślają eksperci (Bowlby, 2007; Palicka, i wsp., 2017) każde dziecko adoptowane, bez względu na wiek, doświadcza tej traumy, a często także nie przeszły bezpośrednio pod opiekę matek adopcyjnych, to te, które są najbardziej narażone na trudności w budowaniu relacji. Właśnie te dzieci mogą najbardziej skorzystać z więziotwórczego aspektu karmienia piersią. Skóra do skóry, bicie serca matki, głaskanie i czułe przemawianie to elementy każdego karmienia piersią, a jednocześnie elementy, których zapewnienie może u adoptowanego dziecka wywołać falę pozytywnych uczuć i reakcji. Karmienie butelką nie daje takich samych możliwości.

W dawnych czasach karmienie piersią było oczywistym i jedynym sposobem karmienia sierot. Oddawało się je do mamki, czyli innej, będącej w trakcie laktacji kobiety, aby mogła odżywić osieroczone niemowlę. Współcześnie jest wiele dowodów na to, że adopcyjna matka jest zdolna do wywołania laktacji i skutecznego karmienia piersią²³. Oczywiście, trzeba mieć świadomość, że niektóre matki adopcyjne nie odniosą sukcesu w indukcji laktacji, niektóre nie będą miały wystarczająco dużo pokarmu, żeby karmić wyłącznie piersią. Jednak większość podejmujących próbę i wytrwałych matek ma możliwość choćby częściowego karmienia piersią. Biorąc zaś pod uwagę wartość więziotwórczą procesu wywoływania laktacji, można śmiało powiedzieć, że korzyści czerpią wszystkie matki adopcyjne i ich dzieci już z samych prób przystawiania do piersi swojego adoptowanego dziecka.

Zanim matka adopcyjna podejmie próbę karmienia piersią, warto z nią porozmawiać, zadając kilka pytań, aby ułatwić jej zrozumienie odczuwanej motywacji do tej formy karmienia. Nie powinna robić tego tylko ze względu na siebie, żeby udowodnić sobie swoją wartość jako matki. Karmienie piersią ma dać adoptowanemu dziecku możliwie najlepszy pokarm i emocjonalną przyjemność bliskości z mamą, a nie rekompensować matce fakt, że ona nie urodziła go naturalnie.

²³ La Leche League International. Breastfeeding Without Giving Birth [online] <https://www.llli.org/breastfeeding-without-giving-birth-2/> [Dostęp: 04.01.2023].

Jakie pytania powinna usłyszeć matka adopcyjna, rozważając karmienie piersią (Modlibowska, 2020):

1. Czy jest gotowa w pełni zaangażować się w wywołanie laktacji, mimo ryzyka niepowodzenia? Efekt nie przyjdzie szybko, organizm matki adopcyjnej nie miał 9 miesięcy ciąży na przygotowanie, nie miał porodu i wyrzutu naturalnej oksytocyny, dlatego zobaczenie pierwszej kropli może wymagać kilku tygodni wytężonej, systematycznej pracy, ale może też nie przynieść żadnego efektu. Dla matek adopcyjnych nie jest to takie oczywiste. One czują się zobowiązane do pełnienia roli matki z większą determinacją, bo przecież w ich poczuciu były sprawdzone i ocenione przez specjalistów w ośrodku adopcyjnym jako zdolne do tej roli. Nie pozwalają sobie na „odpuszczenie” w kwestiach bycia idealną matką dużo częściej niż matki biologiczne.
2. Czy rodzina jest gotowa wspierać matkę adopcyjną w jej staraniach o wzbudzenie laktacji? Sukcesu w karmieniu piersią, czy to biologicznego, czy adopcyjnego dziecka, nie osiągnie się bez wsparcia i pomocy bliskich. Ich wiara w powodzenie i sens wysiłków kobiety dają jej siłę, by wytrwać, szczególnie w momentach zwątpienia. Wyrozumiałość otoczenia, świadomość potrzeby otoczenia młodej mamy specjalną troską są też ważne. Mama adopcyjna, podobnie jak kobieta, która urodziła naturalnie, bez wsparcia bliskich ryzykuje brak sukcesu w laktacji.
3. Czy jest gotowa zmierzyć się ze społecznym niezrozumieniem? Matki biologiczne spotykają się z określeniami obrazującymi je jako *laktacyjne terrorystki*, tylko dlatego, że chcą karmić wyłącznie piersią, albo chcą karmić dłużej niż rekomendowane 6 mies., bądź chcą karmić w miejscach publicznych. Matki adopcyjne dodatkowo mogą spotkać się z negatywnymi reakcjami, że karmienie piersią dziecka, którego się nie urodziło jest „nienaturalne”. Matki biologiczne mają prawo do wolnego wyboru sposobu karmienia swojego dziecka, podobnie matki adopcyjne również mają taki wybór. Niestety, często nie starcza im siły i determinacji do obrony swojej decyzji, ponieważ ich poczucie bycia matką często dojrzewa w nich wolniej. Ważne, żeby wiedziały o tym, że społeczeństwo może reagować negatywnie i mogły się do tego przygotować.

Odpowiedzi na te pytania matki adopcyjne powinny znać dużo wcześniej, zanim faktycznie obejmą opieką swoje dziecko. Jednak powszechnie nie udziela się matkom adopcyjnym informacji o karmieniu piersią i nie zadaje takich pytań. Zatem są one najczęściej same z dużą niewiedzą, niepewnością, brakiem wiary, że to jest w ogóle możliwe i potrzebne. Każdy, kto ma okazję porozmawiać z matką lub kandydatką na matkę adopcyjną, powinien czuć się w obowiązku, aby wskazać jej źródła do zdobycia wiedzy na ten temat. A tym samym dać jej wybór, czy chce podjąć próbę wywołania laktacji, albo raczej próbę przystawiania dziecka do piersi, bo nie zawsze musi chodzić o laktację.

Przygotowanie matki adopcyjnej do laktacji uruchamiane jest w inny sposób, ponieważ brak wsparcia wynikającego z okresu ciąży. Podstawową sprawą jest sprawdzenie stanu zdrowia matki i dziecka, aby uzyskać pewność, że nie istnieją przesłanki, które uniemożliwiałyby karmienie lub sprawiały, że będzie ono niewskazane w tym konkretnym przypadku. Często lekarz rodzinny bądź ginekolog nie jest dla matki adopcyjnej na tyle bliską osobą, żeby chciała się do niego zwrócić z poradą w tej sprawie. Wtedy pomoc może położyćna lub międzynarodowa konsultantka laktacyjna, przed którymi być może matka adopcyjna chętniej się otworzy. Idealnie, gdyby to była osoba doświadczona w prowadzeniu adopcyjnych matek w karmieniu piersią. Jeśli chodzi o stan zdrowia dziecka, a konkretnie o jego warunki do ssania piersi (wędzidełko, podniebienie i inne), badanie powinno zostać wykonane w szpitalu po narodzinach. Praktyka pokazuje jednak, że właściwie żadna matka adopcyjna przyjmująca dziecko nie dostaje takich informacji, nie pyta też o nie z braku świadomości ich znaczenia. Najczęściej pierwszą osobą konsultującą dziecko będzie pediatra, do którego pójda rodzice adopcyjni. Warto też – mając pod opieką dziecko, o którym wiadomo, że będzie adoptowane – zbadać je pod tym kątem i przekazać wyniki badania matce adopcyjnej albo opiekunowi, który będzie jej przekazywał dziecko. Być może wywoła to zdziwienie u przyszłych rodziców, ale jest też szansa, że będzie pierwszą wskazówką do podjęcia starań o karmienie piersią.

Idealnie jest uruchomić laktację, zanim dziecko pojawi się w domu matki adopcyjnej, czyli ok. czterech tygodni wcześniej. Oczywiście większość adopcji jest nieprzewidywalna co do tak dokładnego terminu, a w praktyce kandydatka dowiadyuje się o tym, że zostanie matką tego konkretnego dziecka bardzo niespodziewanie (zdarza się, że na dwa tygodnie przed objęciem dziecka faktyczną opieką). Wówczas rozpocznie laktację w takim momencie, w którym będzie mogła. To, jak długo będzie czekać na mleczny wynik swojej pracy, zależy nie tylko od wytrwałości matki, lecz także od wieku dziecka, jego przyzwyczajenia do butelki i smoczka. Przed podobnymi wyzwaniem stają także matki biologiczne, które nie karmiły od początku i muszą od nowa wzbudzić laktację. Warto zatem matce adopcyjnej uświadamiać, że takie trudności znane są również naturalnym matkom.

Warto wyposażyć matkę adopcyjną w System Wspomagający Karmienie (SNS – *Supplemental Nursing System*, dren przy piersi). W ten sposób matka adopcyjna będzie mogła próby wywołania laktacji połączyć z karmieniem dziecka sztucznym pokarmem, do którego przywykło dziecko. System składa się z butelki i rurki. Butelkę z pokarmem zawiesza się na szyi matki, a cieniutką rurkę wychodzącą z butelki podkleja taśmą do piersi, tak żeby końcówka nieznacznie wystawała przed brodawkę. Gdy dziecko ssie pierś (stymulując ją tym samym do laktacji), pociąga równocześnie mleko z butelki przez rurkę. Ten sposób odzwyczajają dziecko od łatwiejszego pozyskiwania pokarmu z butelki, zapewniając mu zaspokojenie głodu. Dziecko powinno ssać tak długo, jak tego chce (pod warunkiem, że matkę nie bolą brodawki i ma wygodną pozycję), nawet jeśli opróżniło butelkę. Jeśli pojawia się konieczność dokarmienia dziecka bez korzystania z SNS, warto skorzystać z metod innych niż smoczki i butelka: karmienie z kubeczka, z użyciem palca, specjalną łyżeczką lub innych. Warto zwrócić uwagę, że SNS jest systemem wspomagającym karmienie i w pierwszej kolejności został stworzony z myślą o matkach biologicznych, mających problemy z uruchomieniem laktacji. To zaakcentowanie faktu, że matka adopcyjna w tej sytuacji jest po prostu matką z potrzebą wspomagania (w tym wypadku indukcji) laktacji.

Jeśli się nie uda indukować laktacji, nadal można proponować przystawianie dziecka do piersi za pomocą systemu wspomagania karmienia (SNS). W czasie prowadzenia Fundacji Wsparcia Rodzin Po Adopcji spotkałam matki adopcyjne, które wykarmiły swoje adoptowane dzieci, matki adopcyjne, które karmiły w sposób mieszany, a także matkę, która przy pierwszej adopcji nie miała sukcesu laktacyjnego, a jednak przy drugiej adopcji nawet się nie zawahała i znów podjęła próbę karmienia piersią. To jest najbardziej wyraźny sygnał, że karmienie piersią w adopcji nie jest tylko dostarczaniem pokarmu. Między kobietą a dzieckiem tworzy się swoista więź, która zaspokaja potrzeby emocjonalne obojga. A rolą wszystkich mających kontakt z rodzicami adopcyjnymi jest wskazanie im tej możliwości.

Depresja poadopcyjna

Obszar depresji poadopcyjnej, w odróżnieniu do depresji poporodowej, jest wciąż słabo zbadany. Amerykańskie badania nad depresją poporodową oraz depresją poadopcyjną pozwalają stwierdzić, że matki adopcyjne przechodzą ten proces podobnie jak matki biologiczne. Obserwacje te wskazują jednocześnie, że zjawisko depresji poadopcyjnej jest relatywnie częste w populacji. W zależności od źródła obejmuje ono swoim zakresem 8–32% badanych grup w USA oraz 65% w badaniach Eastern European Adoption Coalition²⁴. W badaniach tych objawy prezentowane przez matki nie wiązały się z indywidualnymi psychicznymi predyspozycjami ankietowanych kobiet, jednak były bezpośrednio powiązane ze stresem związanym z wyzwaniami adaptacji do nowych warunków. Natomiast badania europejskie podkreślają znaczenie wcześniej przebytej depresji dla wzrostu prawdopodobieństwa pojawienia się depresji poadopcyjnej u kobiet.

²⁴ H. McCarthy. Post Adoption Depression: The Unacknowledged Hazard [online] <http://www.choicesadoption.ca/post-adoption-depression-the-unacknowledged-hazard/> [Dostęp: 04.01.2023].

Depresję poporodową naukowcy wiążą głównie ze zmianami hormonalnymi i trudami adaptacji do pełnienia roli rodzica. Natomiast doświadczenia specjalistów w kontakcie z rodzicami adopcyjnymi wskazują, że dwoma najczęstszymi czynnikami współwystępującymi z depresją poadopcyjną są trudności w obszarze przeżywania własnej niepłodności oraz brak więzi z adoptowanym dzieckiem, w momencie, gdy trafia ono do nowej rodziny. W kontakcie z dzieckiem, które doświadczyło wielu strat i przeżywa w związku z tym trudne emocje (Jadczak-Szumiło, 2018), w rodzicach adopcyjnych nieuchronnie odżywa ból po własnej stracie. Dotyczy to w różnym stopniu wszystkich par, także tych, które w trakcie procedury przygotowującej do adopcji włożyły trud w przeżycie i opracowanie żałoby związanej z doświadczaniem niepłodności. Wydaje się jednak, że im mniej rodzice pogodzeni są z nieumożliwością posiadania biologicznych dzieci, tym trudniej jest im emocjonalnie przyjąć dziecko w wyniku adopcji i tym większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się depresji poadopcyjnej.

Doświadczenie braku więzi z dzieckiem i związane z tym frustracje, lęki oraz złość, pojawiające się w pierwszym okresie powstania rodziny adopcyjnej, wydają się pewnym tabu, o którym zarówno z psychologiem, jak i ze sobą wzajemnie niełatwo jest rozmawiać. Niezwykle trudno jest przyznać się matkom i ojcom adopcyjnym do podobnych przeżyć, rozmawiać o nich oraz szukać wsparcia, gdy wszyscy wokół (rodzina, znajomi, ale także instytucje) oczekują dowodów radości (że w końcu się udało), ulgi (że po tylu latach starań), kompetencji i odpowiedzialności (bo po szkoleniach oraz kwalifikacji na rodziców adopcyjnych). Tymczasem codzienność dostarcza, prócz wszystkich radości, również trudności. Często specyficznych, o których przyszli rodzice mogli słyszeć w czasie szkoleń, ale dopiero teraz realnie pojawiają się w życiu ich rodziny.

Wśród rodziców adopcyjnych rozbieżność między wyobrażeniami na temat nowej rodziny a rzeczywistością bywa bardzo duża, co można uznać za istotny czynnik wpływający na występowanie depresji poadopcyjnej. Najczęściej związany jest z wysokim poziomem oczekiwań wobec funkcjonowania dziecka oraz samych rodziców w ich nowej roli.

Z rozmów z rodzicami adopcyjnymi wynika, że dużym problemem jest proszenie o pomoc innych w opiece nad adoptowanym dzieckiem, nawet wtedy, gdy czują się zdecydowanie przeciążeni. Źródłem takiej postawy jest zazwyczaj lęk, że mogliby zostać ocenieni jako odrzucający i niedający wystarczającego poczucia bezpieczeństwa dziecku. Najczęściej tkwią w przekonaniu, że muszą być dla dzieci zawsze i w pełni dostępni.

Rodzice adopcyjni pełnią w pewnym sensie rolę terapeutyczną w relacji z adoptowanym dzieckiem. Zapewniają opiekę i troskę, tworzą przestrzeń, w której dziecko może przeżywać trudne emocje bez strachu przed porzuceniem, a sami pogrążeni są często w lęku przed reakcją otoczenia na ich frustracje oraz złość, związane z relacją z dzieckiem. Depresja poadopcyjna, zdaniem ekspertów wydaje się silnie związana z tymi sytuacjami (Payne i wsp., 2010).

W przypadku rodzicielstwa adopcyjnego należy wyraźnie zaznaczyć, że depresja poadopcyjna, w odróżnieniu od poporodowej, może dotyczyć w takim samym stopniu matki, jak i ojców. Badania (Foli i Gibson, 2011) wskazują, że ojcowie, częściej niż matki, wyrażają złość i gniew, deklarują, że w razie ponownego przechodzenia przez procedurę adopcyjną zadawaliby więcej szczegółowych pytań na temat funkcjonowania dziecka oraz jego historii. Często oczekują konkretnych sposobów rozwiązania problemów, mają potrzebę działania.

Podsumowując, depresję poadopcyjną należy rozumieć, podobnie jak depresję poporodową, jako jedną z możliwych reakcji na pojawienie się dziecka w domu. Smutek, złość, gniew, poczucie bezradności i przygnębienie to naturalne emocje, które mogą się wtedy pojawiać – zarówno u matek, jak i u ojców. Ważne, by emocje te mogły zostać przeżyte, wyrażone i zrozumiane oraz wsparte przez profesjonalistę.

PIŚMIENICTWO

- Bowlby, J.** (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Co roku nieplodność dotyka 1,5 mln polskich par**. Czy grozi nam zapaść demograficzna [online] <https://zdrowie.parenting.pl/grozi-nam-zapasc-demograficzna> [Dostęp: 14.10.2021].
- Czym jest IOP?** Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny. Fundacja Rodzin Adopcyjnych [online] <https://adopcja.org.pl/iop/> [Dostęp: 27.08.2021].
- Foli, K.J., Gibson G.C.** (2011). Sad adoptive dads: Paternal depression in post-adoptive period. *International Journal of Men's Health*, 10(2): 153–162.
- Hormann, E.** (2007). *Breastfeeding an Adopted Baby and Relactation*. La Leche League International Book.
- Jadczak-Szumilo, T.** (2018). *Zrozumieć, by chronić: problemy psychologiczne dzieci adopcyjnych i w rodzinach zastępczych*. Warszawa: Stowarzyszenie Diakonia Ruchu Światło-Życie.
- Kirk, H.D.** (1981). *Adoptive Kinship: A Modern Institution in Need of Reform*, Toronto: Butterworths.
- La Leche League International**. *Breastfeeding Whithout Giving Birth* [online] <https://www.llli.org/breastfeeding-without-giving-birth-2/> [Dostęp: 04.01.2023].
- Ładżyński, A.** (2009). *Společne i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce*. Kraków: Wyd. Impuls.
- Markowski, A., Pawelec, R.** (2007). *Kieszonkowy słownik wyrazów obcych*. Warszawa: Wyd. Langenscheidt.
- Modlibowska, M.** (2010). *Odczarować adopcję: poradnik rodzica dla rodziców*. Warszawa: Wyd. CoJaNaTo.
- Modlibowska, M.** (2015a). *Mama adopcyjna czy zastępcza. Chcemy Być Rodzicami*, 12: 38–39.
- Modlibowska, M.** (2015b). *Po drugiej stronie adopcji. Chcemy Być Rodzicami* [online] <https://www.chcemybycrodzicami.pl/po-drugiej-stronie-adopcji/> [Dostęp: 14.10.2021].
- Modlibowska, M.** (2015c). *Dokumentacja medyczna adoptowanego dziecka. Chcemy Być Rodzicami* [online] <https://www.chcemybycrodzicami.pl/dokumentacja-medyczna-adoptowanego-dziecka/> [Dostęp: 14.10.2021].
- Modlibowska, M.** (2015d). *Jak powinniśmy rozumieć adopcję. Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 9: 28–30.
- Modlibowska, M.** (2020). *Odczarować adopcję: przewodnik dla tych, którzy chcą odnaleźć swoje dziecko i zostać rodzicami*. Warszawa: Wyd. Mamania.
- Palicka, I., Klecka, M., Przybyło, J.** (2017). *Zaburzenia neurorozwojowe i ich wpływ na kształtowanie się przywiązania, na przykładzie dzieci z FAS/FASD – teoretyczne implikacje w praktyce klinicznej pracownik w Fundacji Fastryga (reprint)*. W: K. Lubiewska (Red.). *Przywiązanie: związki intymne, osobowość oraz problematyka kliniczno-terapeutyczna*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, s. 164–181.
- Payne, J.L., Fields E.S., Meuchel, J.M., Jaffe, Ch.J., Iha, M.** (2010). Post adoptive depression. *Archives of Women Mental Health*, 13: 147–151.
- Resolve**. The National Infertility Association. *For Friends and Family* [online] <https://resolve.org/get-help/helpful-resources-and-advice/infertility-and-relationships/for-friends-and-family/> [Dostęp: 04.01.2023].
- Schnell, A.** (2013). *Breastfeeding Without Birthing: A Breastfeeding Guide for Mothers through Adoption, Surrogacy, and Other Special Circumstances*. Praeclarus Press.
- Trauma**. W: *Słownik języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego* [online] <https://archive.ph/Bpa1K> [Dostęp: 26.06.2020].
- White McCarthy, H.** *Post Adoption Depression: The Unacknowledged Hazard* [online] <http://www.choicesadoption.ca/post-adoption-depression-the-unacknowledged-hazard/> [Dostęp: 04.01.2023].

Akty prawne regulujące w Polsce proces adopcji (stan prawny na kwiecień 2021 roku):

- Ustawa** Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy z dnia 25 lutego 1964 r. Dz.U. z 1964 r., nr 9, poz. 59 z późniejszymi zmianami.
- Ustawa** z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dz.U. z 2011 r., nr 149, poz. 887, z późniejszymi zmianami.

Rozdział 10**Ciąża i poród w dobie pandemii***Lidia Limańska*

Pandemia COVID-19 wywołana nowym koronawirusem wprowadziła radykalne zmiany w życiu mieszkańców całego świata. Konsekwencje szybko rozprzestrzeniającego się wirusa są druzgoczące – miliony przedwczesnych zgonów na całym świecie, wzrost bezrobocia, znaczące obniżenie dochodów, zakłócenia w branży transportowej, usługowej, produkcyjnej oraz niedożywienie (Pak i wsp., 2020). Całkowity wpływ pandemii na gospodarkę, środowisko, społeczeństwo i psychikę ludzką jest jednak nie do oszacowania.

Celem niniejszego rozdziału jest zwrócenie uwagi na szczególnie istotne zagadnienie, jakim jest wpływ pandemii na kobiety w okresie okołoporodowym oraz omówienie zaleceń dla położnych dotyczących sprawowania opieki nad pacjentkami w dobie kryzysu pandemicznego.

Początki pandemii COVID-19

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) została poinformowana w dniu 31 grudnia 2019 r. o przypadkach zapalenia płuc o nieznanym etiologii w chińskim mieście Wuhan. Jako przyczyna został zidentyfikowany nowy koronawirus przenoszony drogą kropelkową. Gwałtowny wzrost zachorowań na całym świecie skłonił WHO w dniu 11 marca 2020 r. do ogłoszenia pandemii. W połowie marca Europa stała się epicentrum pandemii, zgłaszając ponad 40% wszystkich zachorowań, a miesiąc później WHO ogłosiło, że liczba zgonów w Europie przekroczyła milion. Pod koniec kwietnia 63% światowej liczby zgonów miało miejsce na terenie Europy (WHO, 2020). W związku z szybkim rozprzestrzenianiem się wirusa wiele krajów na świecie wdrożyło szereg restrykcji mających na celu ograniczenie transmisji zakażeń.

Pandemia w Polsce

Pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem w Polsce rozpoznano 4 marca 2020 r. (Ministerstwo Zdrowia, 2020). Stan zagrożenia epidemicznego został wprowadzony 14 marca, a 20 marca stan epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 433; Dz.U. z 2020 r., poz. 491). Z publikacją rozporządzenia Ministra Zdrowia wprowadzono liczne restrykcje, w tym obowiązkową izolację zakażonych i kwarantannę dla mających kontakt z zakażonym bądź wjeżdżających do kraju, a także zamrożenie gospodarki, aby ograniczyć przenoszenie wirusa z człowieka na człowieka (Dz.U. z 2020 r., poz. 491). Na początku pandemii brakowało płynów dezynfekcyjnych oraz środków ochrony osobistej dla personelu medycznego, w placówkach medycznych wprowadzono więc teleporady, by chronić personel i zapobiec zarażaniu się pacjentów oczekujących na wizyty (Dz.U. z 2020 r., poz. 433). Szpitale przekształcano w szpitale jednoimienne, dedykowane pacjentom z podejrzanym oraz potwierdzonym zakażeniem koronawirusem.

Sytuacja w Polsce zmieniała się dynamicznie. Restrykcje wprowadzano, znoszono i ponownie wprowadzano. Dostęp do opieki zdrowotnej był ograniczony – placówki ochrony zdrowia realizowały głównie konsultacje drogą telefoniczną, pacjenci wymagający osobistej wizyty niejednokrotnie byli zmuszeni umawiać się prywatnie, czas oczekiwania na pogotowie ratunkowe się wydłużył, a w szpitalach brakowało miejsc dla chorych. Za rekomendacją Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) zabiegi i operacje ograniczano do niezbędnego minimum, wznawiano, po czym ponownie – aby zapewnić wolne łóżka dla pacjentów chorych na COVID – ograniczano wyłącznie do tych pilnych (NFZ, 2020; NFZ, 2021). W całej Polsce tworzono szpitale tymczasowe na terenie takich obiektów, jak lotniska, hotele czy hale targowe.

Pod koniec 2020 r. opracowano szczepionkę przeciwko COVID-19. Początkowo w Polsce szczepienia były dostępne wyłącznie dla personelu medycznego i osób starszych. Z biegiem czasu jednak ich dostępność rosła, po 10 maja 2021 r. bezpłatnie zaszczepić mogła się każda osoba dorosła, a w późniejszym czasie do uprawnionych dołączyły również dzieci. Status osoby zaszczepionej ułatwiał dostęp do opieki zdrowotnej, usług, rozrywki oraz podróżowanie do innych krajów.

Przebieg kliniczny i transmisja COVID-19

COVID-19 jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusa SARS-CoV-2 (koronawirusa zespołu ostrej niewydolności oddechowej). Transmisja z człowieka na człowieka odbywa się głównie drogą kropelkową, poprzez kropelki wydobywające się w trakcie kichania, kaszlu czy mówienia. Aby uniknąć zarażenia od innej osoby, WHO zaleca zachowanie odległości minimum jednego metra. Do transmisji może dojść od osoby zakażonej, również od całkowicie bezobjawowej. Okres inkubacji COVID-19 wynosi 2–14 dni (Centers for Disease Control and Prevention: COVID-19 Overview and Infection Prevention and Control Priorities in non-US Healthcare Settings, 2021).

Objawy choroby są różnorodne. Badanie z udziałem 1420 pacjentów z łagodną lub umiarkowaną chorobą wykazało, że najczęstszymi objawami były kolejno: bóle głowy, utrata węchu, zatka nos, kaszel, osłabienie, bóle mięśni, katar, zaburzenia smaku, ból gardła oraz gorączka (Lechien i wsp., 2020). Osoby, które przebyły infekcję, są narażone na utrzymywanie się bądź wystąpienie nowych objawów nawet przez 12 tygodni lub dłużej po zakończeniu ostrej infekcji. Po upływie dwóch tygodni od potwierdzonej diagnozy można wykryć aż u 80% chorych co najmniej jeden objaw COVID-19 (European Centre for Disease Prevention and Control: Clinical characteristics of COVID-19, 2021).

Większość przypadków COVID ma przebieg łagodny lub umiarkowany i nie wymaga hospitalizacji ani zaawansowanej opieki medycznej, przy czym odsetek hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem (European Centre for Disease Prevention and Control: Clinical characteristics of COVID-19, 2021). Wśród osób o podwyższonym ryzyku ciężkiego przebiegu COVID-19 wymienia się osoby starsze, z przewlekłymi chorobami nerek, wątroby, płuc, serca, z cukrzycą, nowotworami, zaburzeniami neurologicznymi, z chorobami naczyń mózgowych, zespołem Downa, zaburzeniami odporności, zakażonych wirusem HIV, chorujących na anemię sierpowatą i talasemię, po przeszczepach, uzależnionych od używek, a także palaczy (również byłych), osoby z nadwagą i otyłością oraz kobiety w ciąży i połogu (Centers for Disease Control and Prevention: People with Certain Medical Conditions, 2021).

Przebieg zakażenia, odsetek hospitalizacji i zgonów zmieniały się w ciągu miesięcy trwania pandemii wraz z modyfikacją sposobów leczenia choroby, z pojawianiem się kolejnych wariantów koronawirusa oraz postępowaniem szczepienia populacji.

COVID a ciąża

Ciąża jest szczególnym okresem w życiu człowieka. Czasem oczekiwania, wzmożonego dbania o siebie, ale także obaw i lęku o zdrowie nienarodzonego dziecka. Jak już wcześniej zaznaczono, ciąża i połóg zostały uznane za czynnik ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Z początkiem pandemii niewiele było informacji na temat wpływu zakażenia koronawirusem na przebieg ciąży, zdrowie płodu czy noworodka. Pomimo rosnącej liczby zakażeń w Chinach, niewielki odsetek dotyczył kobiet ciężarnych. Nieznany był też wpływ infekcji w poszczególnych trymestrach ciąży ze względu na zbyt krótki czas trwania pandemii. Od 8 grudnia 2019 do 20 marca 2020 r. zidentyfikowano 118 ciężarnych zakażonych koronawirusem w Wuhan. Spośród badanych 92% miało łagodny, a 8% ciężki przebieg choroby. Jedna z kobiet musiała zostać poddana nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Ciężki przebieg COVID już po porodzie rozwinęło 6 na 9 matek, wliczając w to pacjentkę wymagającą wentylacji. Nie odnotowano zgonów pośród badanych. W rozpatrywanej grupie wystąpiły 3 poronienia, 2 ciąże ektopowe i wykonano 4 terminacje ciąży z powodu obawy przed COVID-19. W czasie prowadzonych badań urodziło 68 pacjentek, na świat przyszło 70 dzieci, 63 kobiety urodziły poprzez cięcie cesarskie, gdzie 38 z nich zostało wykonanych z powodu obaw związanych z COVID, 14 porodów było przedwczesnych, 8 indukowanych (7 z nich z powodu obaw związanych z COVID-19). Żadne z urodzonych dzieci nie było niedotlenione. Wymazowi w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 poddano 8 noworodków, zbadano mleko 3 matek. W żadnej z próbek nie wykryto obecności koronawirusa (Chen i wsp., 2020). Grupa badana jednak była zbyt mała, a dane zbyt ograniczone, wobec czego wnioski należało wyciągać bardzo ostrożnie. Wraz z rozwojem pandemii, kobiet w ciąży i połogu z infekcją koronawirusową przybywało, zaczęły się pojawiać zakażone noworodki, co pozwoliło na poszerzenie wiedzy, wyciąganie wniosków i opracowywanie rekomendacji. W miarę poszerzenia wiedzy dotyczącej zakażenia SARS-CoV-2 w ciąży i w okresie noworodkowym wydawano zaktualizowane zlecenia, zgodne z nowszymi doniesieniami naukowymi, różniące się w poszczególnych państwach.

COVID w ciąży – aktualny stan wiedzy i rekomendacje

W 2020 r. opublikowano przegląd 60 badań obejmujących 3830 uczestników. Pośród ciężarnych z objawami COVID najczęstszym symptomem była gorączka. Bezobjawowe infekcje prezentowało 43,5–92% zakażonych ciężarnych. Ciężki przebieg COVID-19, wymagający tlenoterapii lub nieinwazyjnej wentylacji, wystąpił u 0–18% pacjentek, a stan krytyczny u 0–5%. Wirus SARS-CoV-2 nie został wykryty w żadnej z 45 próbek mleka matki. Z 22 badań raportujących wyniki położnicze kobiet zdiagnozowanych przed 37 tygodniem ciąży, poród przedwczesny wystąpił u 10–100% przypadków. Porody przedwczesne miały miejsce z przyczyn nieokreślonych, położniczych, pogarszającego się przebiegu COVID bądź kombinacji powyższych. W badaniach porównujących wystąpienie porodu przedwczesnego między pacjentkami z pozytywnym i negatywnym testem w kierunku koronawirusa, w trzech opisano brak istotnej różnicy między grupami, a w jednym zauważono podwyższony wskaźnik porodów przedwczesnych u pacjentek pozytywnych w porównaniu z grupą kontrolną. Możliwość transmisji wertykalnej oceniano za pomocą badania RT-PCR wydzieliny z nosogardzieli noworodka, łożyska, krwi pępowinowej, płynu owodniowego i mleka matki. Dziewiętnaście z 655 wymazów z nosogardzieli noworodków było dodatnich pod względem RNA koronawirusa. Cztery próbki łożyska i jedna próbka krwi pępowinowej były pozytywne; jednak wymazy z nosogardzieli noworodków w tych przypadkach były ujemne. Przeciwciała w klasie IgM i IgG przeciwko SARS-CoV-2 były podwyższone w surowicy trzech noworodków. Jak wskazują autorzy, wydaje się, że transmisja wertykalna jest możliwa; jednak występowanie transmisji *in utero* pozostaje niejasne. Ciąża, jak się wydaje, nie jest związana ze zwiększonym ryzykiem ciężkiego zachorowania na COVID-19 u matki. W niemal wszystkich

analizowanych badaniach kohortowych opisujących ciężkość choroby, wskaźniki ciężkiego i krytycznego przebiegu COVID były zbliżone do wskaźników w populacji ogólnej – 14% ciężkiej i 5% krytycznej według danych WHO (Pettirosso i wsp., 2020).

Badania prowadzone od maja 2020 do marca 2021 r. na próbie 7950 zakażonych ciężarnych wykazały, że czynnikami ryzyka umiarkowanego do ciężkiego oraz krytycznego przebiegu choroby w ciąży są wiek 25 lat i starszy, wykonywanie zawodu medycznego, otyłość przedciążowa, przewlekła choroba płuc, przewlekłe nadciśnienie oraz cukrzyca przedciążowa. Ryzyko wzrastało wraz z liczbą podstawowych schorzeń bądź patologii ciąży (Galang i wsp., 2021).

Zgodnie z raportami WHO dotyczącymi COVID-19, zakażone kobiety w ciąży i położu rzadziej – jak się wydaje – mają typowe objawy, jak gorączka, duszność i bóle mięśni w porównaniu z kobietami nieciążnymi w wieku rozrodczym (WHO, 2021). Jednakże, CDC oraz brytyjskie (RCOG) i amerykańskie (ACOG) towarzystwa ginekologów i położników wskazują, iż u kobiet ciężarnych ryzyko ciężkiego przebiegu choroby jest większe niż u kobiet niebędących w ciąży (CDC, 2022; RCOG, 2022; ACOG, 2022). Zakażone ciężarne częściej doświadczają porodów przedwczesnych w porównaniu z kobietami niezakażonymi, jednak wskaźnik samoistnych porodów przedwczesnych jest podobny do tych obserwowanych przed pandemią. Spośród wszystkich noworodków urodzonych przez matki z COVID-19 do oddziałów intensywnej terapii noworodka (OITN) zostało przyjętych 33% i były one w grupie podwyższonego ryzyka przyjęcia na OITN z dowolnego wskazania w porównaniu z dziećmi urodzonymi przez matki niezakażone (WHO, 2021).

Transmisja SARS-CoV-2 możliwa jest w macicy lub podczas porodu, wydaje się jednak, że do większości odnotowanych zakażeń noworodków doszło w okresie poporodowym. Jak podkreśla WHO, dostępne badania różniły się rygiorem ustalenia transmisji SARS-CoV-2 z matki na dziecko, ograniczając interpretację tych wyników (WHO, 2021).

Wobec powyższych, obecnie WHO rekomenduje:

1. Uważną obserwację w kierunku bezobjawowej infekcji kobiet z kontaktem z zakażoną osobą w wywiadzie.
2. Izolację kobiety w ciąży lub położu z potwierdzoną lub podejrzaną infekcją celem ograniczenia transmisji wirusa.
3. Doraźną opiekę w szpitalu dla kobiet w ciąży lub położu z umiarkowanym lub ciężkim COVID-19. Kobiety należy hospitalizować, gdyż istnieje obawa szybkiego pogorszenia. Hospitalizacja może zagwarantować leczenie wspomagające w przypadku ciężkiej choroby układu oddechowego; i/lub interwencje mające na celu poprawę przeżywalności matki oraz płodu.
4. Dostęp do skoncentrowanej na kobiecie, opartej na szacunku, wykwalifikowanej opieki, w tym z zakresu położnictwa, medycyny płodowej i noworodkowej, opieki położnej, a także wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego i psychospołecznego, z gotowością do opieki nad powikłaniami matczynymi oraz noworodkowymi dla kobiet w ciąży i w położu z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19.
5. Zindywidualizowany dobór sposobu porodu, z uwzględnieniem wskazań położniczych i preferencji kobiety. WHO zaleca, aby indukcja porodu i cięcia cesarskiego była wykonywana wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach oraz z uwagi na stan matki oraz płodu. Dodatni status COVID-19 nie jest wystarczającym wskazaniem do cięcia cesarskiego.
6. Zależnie od sytuacji – zapewnienie możliwości i zachęcanie do oferowania rutynowej opieki przedporodowej, poporodowej lub poaborcyjnej/poporonnej kobietom w ciąży i położu, które wyzdrowiały z COVID-19. W przypadku jakichkolwiek komplikacji należy zapewnić pacjentce dodatkową opiekę (WHO, 2021).

COVID a karmienie niemowląt – stan wiedzy i rekomendacje

Zgodnie z dokumentem WHO, zgłoszono stosunkowo niewiele przypadków niemowląt, u których potwierdzono COVID-19, ponadto przechodziły one chorobę łagodnie. Spośród opisanych w 17 artykułach 115 par matka–dziecko, w których u matki potwierdzono zakażenie koronawirusem, 13 dzieci było zakażonych (4 karmione piersią, 5 sztucznie, 2 mieszanie, 2 niezgłoszone sposoby żywienia). Na obecność wirusa SARS-CoV-2 metodą RT-PCR przebadano próbki mleka 20 zakażonych matek – 7 z nich miało dzieci z COVID-19 (2 karmione piersią, 1 sztucznie, 2 mieszanie, 2 niezgłoszone). Spośród 20 próbek pokarmu, 18 miało negatywne, a 2 pozytywne wyniki w kierunku SARS-CoV-2. Dziecko jednej z dwóch matek, których próbka mleka była pozytywna, było karmione mieszaniem i nie było zakażone; druga (sposobu żywienia nie zgłoszono) miała dziecko z COVID-19 (WHO, 2021).

Jak wskazuje WHO, karmienie piersią chroni przed zachorowalnością i śmiercią w okresie noworodkowym, niemowlęcym oraz dziecięcym. Działanie ochronne jest szczególnie silne w przypadku chorób zakaźnych, którym zapobiega bezpośredni transfer przeciwciał i innych czynników przeciwnfekcyjnych oraz długotrwały transfer kompetencji i pamięci immunologicznej. Należy zatem przestrzegać standardowych wytycznych żywienia niemowląt z zachowaniem środków ostrożności. Zalecenia muszą uwzględniać nie tylko ryzyko zakażenia koronawirusem niemowlęcia, ale także ryzyko poważnej zachorowalności i śmiertelności związanej z niekarmieniem piersią lub niewłaściwym stosowaniem mleka modyfikowanego oraz ochronnym działaniem kontaktu skóra–do–skóry, jak też kangurowania. Bazując na dostępnej wiedzy naukowej, WHO doszła do wniosku, że matki z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 nie powinny być oddzielane od swoich niemowląt. Kontakt matki i dziecka poprawia termoregulację oraz inne efekty fizjologiczne, znacznie zmniejsza śmiertelność i zachorowalność, poprawia także przywiązanie dziecka i rodziców. Zalecenie nierozdzielania matek i ich dzieci jest oparte na kilku ważnych korzyściach, przewyższających potencjalne, i prawdopodobnie łagodne, szkody związane z przenoszeniem COVID-19 na dziecko (WHO, 2021).

Zgodnie z powyższym, Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje zachęcanie matek z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19 do karmienia piersią. Należy poinformować matki, że korzyści z karmienia naturalnego znacznie przewyższają potencjalne ryzyko transmisji (WHO, 2021).

Zalecenia WHO dotyczące kontaktu przy porodzie brzmią następująco:

1. Nie należy oddzielać matek od niemowląt, za wyjątkiem przypadków, gdy nasilenie choroby uniemożliwia matce opiekę, należy wówczas wyznaczyć innego opiekuna z rodziny.
2. Należy umożliwić matce i niemowlęciu pozostawanie razem w systemie *rooming-in* przez całą dobę oraz praktykować kontakt skóra–do–skóry, w tym kangurowanie, zwłaszcza bezpośrednio po urodzeniu i podczas rozpoczynania karmienia piersią, bez względu na to, czy matka lub dziecko mają potwierdzoną, bądź podejrzaną infekcję koronawirusem.
3. Noworodki urodzone przez matki z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 powinny zostać przystawione do piersi w ciągu 1 godz. od urodzenia. Matki powinny stosować odpowiednie środki ostrożności w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń.
4. Stosując niezbędne środki ostrożności, należy ułatwiać i zachęcać do wczesnego i nieprzerwanego kontaktu skóra–do–skóry jak najszybciej po urodzeniu. Dotyczy to również niemowląt urodzonych przedwcześnie lub z niską masą urodzeniową.
5. Jeśli noworodek lub niemowlę jest chore i wymaga specjalistycznej opieki, należy zapewnić matce swobodny dostęp do oddziału, na którym przebywa dziecko, z odpowiednimi środkami zapobiegania i kontroli zakażeń.
6. Wcześniejsze rozpoczęcie karmienia piersią przynosi większe korzyści. Jest to istotne dla matek rodzących przez cesarskie cięcie, po znieczuleniu lub w stanach uniemożliwiających rozpoczęcie karmienia piersią w ciągu pierwszej godziny po porodzie (WHO, 2021).

Biorąc pod uwagę specyfikę pandemii, deficyt wiedzy naukowej i ciągle zmieniający się stan wiedzy, niezwykle istotne jest, by położne stale aktualizowały wiedzę oraz znały najnowsze rekomendacje.

Opieka okołoporodowa w Polsce w czasach pandemii

Organizacja opieki okołoporodowej w Polsce, rekomendacje Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Ministerstwa Zdrowia i towarzystw naukowych zmieniały się w trakcie wielomiesięcznej pandemii. Ciągłe zmiany i niepewność co do zaleceń, które będą obowiązywać na czas porodu, różnice między rekomendacjami polskich i zagranicznych naukowców powodowały u przyszłych rodziców dodatkowy niepokój, u personelu medycznego dezorientację, a w organizacji opieki okołoporodowej chaos.

Badania ultrasonograficzne

Na początku pandemii, w marcu 2020 r., sekcja ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) wydała zalecenia dotyczące przeprowadzania badań ultrasonograficznych w czasie pandemii. Uwzględniały one wstępną selekcję pacjentek przez przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego i ocenę ryzyka. Badania miało wykonywać tylko u pacjentek bezobjawowych i z ujemnym wywiadem epidemiologicznym. W przypadku kobiet z objawami przeziębienia, należało je odroczyć aż do ustąpienia objawów. Ciężarne z dodatnim wywiadem miały natomiast przebywać na kwarantannie, zalecano rezygnację z badań przesiewowych, a w przypadkach nagłych rekomendowano kierowanie do dedykowanych szpitali. Badania USG u zarażonych kobiet w ciąży miały być przeprowadzane tylko w uzasadnionych przypadkach, w szpitalach jednoimiennych. W warunkach szpitalnych realizowane miały być tylko badania uzasadnione klinicznie, w warunkach ambulatoryjnych natomiast tylko z przyczyn nagłych.

W świetle powyższych rekomendacji wymagane było skrócenie czasu badania przez ograniczenie liczby mierzonych parametrów, ponadto odległość między badającym a pacjentką miała być jak największa, kontakt słowny i wzrokowy ograniczony, a w gabinecie i poczekalni mogła przebywać sama pacjentka, bez partnera.

Aktualizacja zaleceń nie została opublikowana na stronie PTGiP, jednak praktyki placówek udzielających świadczeń z zakresu badań USG były różne i zmieniały się wraz z sytuacją epidemiologiczną regionu – część placówek umożliwiała uczestnictwo partnera w badaniu, nie ograniczała czasu badania, chcąc zapewnić pacjentkom jak najlepszą opiekę. Ponadto nie rezygnowano z kontaktu wzrokowego i słownego z badaną pacjentką. Procedury różniły się między placówkami, co dawało kobietom możliwość wyboru miejsca, w którym praktyki najbardziej odpowiadały pacjentce.

Edukacja przedporodowa

Zgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego z 30 marca 2020 r., edukacja przedporodowa aż do zakończenia pandemii na terenie kraju miała się odbywać wyłącznie w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Wobec tego szkoły rodzenia oraz indywidualna edukacja przedporodowa realizowane ze środków NFZ były prowadzone jedynie *online*. Ograniczyło to szanse nauczania przyszłych rodziców wszelkich czynności praktycznych, co mogło niekorzystnie wpływać na ich pewność siebie i wiarę w swoje umiejętności przydatne w opiece nad nowo narodzonym dzieckiem.

Aktualizacja zaleceń została wydana w czerwcu 2020 r., umożliwiając prowadzenie edukacji w formie porady z wykorzystaniem systemów łączności lub realizację jej w bezpośrednim kontakcie,

jednak z zachowaniem środków ostrożności zapewniających bezpieczeństwo uczestnikom. W świetle nowych zaleceń – część ośrodków prowadzących edukację przedporodową wznowiło zajęcia stacjonarnie lub prowadziło je w systemie mieszanym.

Sposób rozwiązania ciąży

Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej opublikowało w dniu 19 marca 2020 r. stanowisko dotyczące porodu w przypadku podejrzanego lub potwierdzonego zakażenia ciężarnej wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z zaleceniami, w przypadku potwierdzonego zakażenia należało rozważyć rozwiązanie ciąży cięciem cesarskim ze wskazań epidemiologicznych. Nie dotyczyło to sytuacji, *gdy poród jest zaawansowany, przebiega dynamicznie lub rokuje szybkim zakończeniem*. Zalecenia uzasadniano istnieniem prawdopodobieństwa zakażenia się noworodka podczas przechodzenia przez kanał rodny, a także dłuższym czasem trwania porodu pochwowego niż cięcia cesarskiego, co poprzez zwiększenie czasu ekspozycji miało zwiększać ryzyko zakażenia się personelu medycznego.

W odpowiedzi na rosnący zasób wiedzy dotyczącej ryzyka wertykalnej transmisji koronawirusa, 15 lipca 2020 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało zaktualizowane zalecenia dotyczące metody ukończenia ciąży pacjentek z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem. Zgodnie z nimi, nie wskazywano już cięcia cesarskiego jako jedynej metody ukończenia ciąży, dopuszczając prowadzenie porodu drogami natury z uwzględnieniem lokalnych warunków organizacyjnych.

Odwiedziny w szpitalu i porody rodzinne

Po tygodniu od rozpoznania pierwszego przypadku zakażenia w Polsce, Główny Inspektorat Sanitarny wydał zalecenie wstrzymania bądź znacznego ograniczenia odwiedzin w szpitalach. Pod znakiem zapytania stanęły zatem porody rodzinne, a także przebywanie rodziców z hospitalizowanymi dziećmi.

Porody z osobą towarzyszącą zostały w Polsce wstrzymane po opublikowaniu stanowiska w sprawie porodów rodzinnych w obliczu COVID-19 z 19 marca 2020 r. Eksperci uzasadniali decyzję zaleceniami wstrzymania odwiedzin w szpitalu, zwiększaniem ryzyka epidemiologicznego przez osoby towarzyszące przy porodzie oraz pragnieniem zapewnienia bezpieczeństwa hospitalizowanym pacjentkom.

Z dniem 5 maja 2020 r. wydano aktualizację zaleceń, przedstawiającą warunki uczestniczenia osoby towarzyszącej w porodzie. Pośród nich wymieniono konieczność wypełnienia ankiety epidemiologicznej przez rodzicą i osobę bliską, wskazano na konieczność przebywania w pojedynczej sali z osobną toaletą, ponadto osoba towarzysząca była zobowiązana do posiadania maseczki, rękawiczek i negatywnego testu PCR w kierunku koronawirusa, wykonanego nie wcześniej niż 5 dni przed porodem. Osoba towarzysząca mogła zostać wpuszczona w momencie rozpoczęcia porodu i powinna opuścić oddział 2 godziny po porodzie. Osoby w izolacji lub na kwarantannie nie mogły natomiast towarzyszyć przy porodzie i wchodzić na teren szpitala. Eksperci nie zalecali jakichkolwiek odwiedzin w oddziale położniczo-ginekologicznym, a decyzja dotycząca obecności osoby towarzyszącej miała leżeć w gestii kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez niego lekarza. Test PCR nie był jednak finansowany przez NFZ, a więc w gestii osoby towarzyszącej leżało wykonanie i opłacenie badania upoważniającego do towarzyszenia rodzicą w porodzie.

W dniu 21 maja 2020 r. Ministerstwo Zdrowia – w odpowiedzi na apel Fundacji Rodzić po Ludzku, wsparty przez Rzecznika Praw Obywatelskich – poinformowało, że ostateczną decyzję o obecności osoby towarzyszącej przy porodzie może podjąć kierownik szpitala w porozumieniu z ordynatorem oddziału, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne, pozwalające na izolację rodzających

i osób towarzyszących od innych pacjentek. Związane z tym szczegółowe wymagania również należy ustalać z uwzględnieniem możliwości danej placówki.

Kolejne zalecenia ukazały się 15 lipca 2020 r. W rekomendacjach Ministerstwo Zdrowia podkreślało, że w Polsce brak arbitralnego zakazu porodów rodzinnych, a ostateczną decyzję o takiej możliwości powinien podjąć kierownik szpitala w porozumieniu z ordynatorem oddziału. W rekomendacjach usunięto zapis o konieczności posiadania negatywnego testu PCR w kierunku koronawirusa. Apelowano w tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich, wskazując, że wymóg wykonania odpłatnego badania, którego koszt waha się od 300 do nawet 600 złotych, może stanowić barierę ekonomiczną.

Pomimo niejednokrotnego wskazywania Ministerstwa Zdrowia na brak zakazu porodów rodzinnych, dostęp do nich był stale utrudniany. Ponieważ decyzja należała do dyrektora placówki, obowiązujące procedury znacznie się różniły. W tym samym czasie niektóre szpitale zezwalały na pobyt osoby towarzyszącej przez cały okres porodu, inne tylko od określonego rozwarcia szyjki macicy, a jeszcze inne w ogóle nie dawały takiej możliwości. Placówki wznawiały i wstrzymywały porody rodzinne w zależności od sytuacji epidemiologicznej w regionie. W niektórych szpitalach wymagano od kobiet rodzących pozostawania w maseczce w czasie porodu, pomimo braku oficjalnych zaleceń. Pacjentki za kryterium doboru szpitala obierały między innymi politykę placówki dotyczącą porodów z bliską osobą, a także noszenia maseczki przez rodzącą. Zmiany bywały wprowadzane z dnia na dzień, co potrafiło pokrzyżować plany przyszłych rodziców i poniekąd zmusić ich do zmiany wybranego do porodu szpitala. Jednak nawet pomimo możliwości rodzenia z osobą towarzyszącą w niektórych placówkach, odwiedziny pacjentek były wstrzymane, w związku z czym przez cały okres hospitalizacji matki były pozbawione bezpośredniego kontaktu z bliskimi, mogąc się kontaktować z nimi tylko wirtualnie lub telefonicznie.

Odwiedziny hospitalizowanych noworodków były utrudnione, podlegały ograniczeniom pod względem długości i częstotliwości. Ponadto osoba wykazująca objawy COVID-19 nie mogła zostać wpuszczona na oddział. W związku z powyższym, Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na apel Fundacji Koalicja dla Wcześniaka z 29 grudnia 2020 r. dodało rodziców wcześniaków hospitalizowanych na Oddziałach Intensywnej Terapii Noworodka do grupy „0”, mającej pierwszeństwo szczepień przeciwko COVID-19, by umożliwić im kontakt z hospitalizowanym noworodkiem. Szczepienia rodziców miały stać się przepustką do wejścia na oddział po siedmiu dniach od otrzymania pierwszej dawki. I choć tylko rodzice wcześniaków zostali zakwalifikowani do grupy priorytetowej, część placówek kwalifikowało do szczepienia także rodziców hospitalizowanych dzieci urodzonych o czasie, bądź umożliwiało odwiedziny po okazaniu negatywnego testu w kierunku koronawirusa, gdziekolwiek wykonywanego nawet na koszt szpitala. Ponadto możliwe było ciągłe przebywanie rodzica z hospitalizowanym dzieckiem, jeśli rodzic stale przebywał na sali szpitalnej, co było jednak możliwością nie dla wszystkich.

Separacja dziecka i matki

Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii opublikował 10 marca 2020 r. zalecenia dotyczące sposobu postępowania z matką i dzieckiem w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem COVID-19. Zgodnie z nimi, szpitale powinny czasowo rozdzielać dziecko od matki, u której jest podejrzenie bądź rozpoznana infekcja, do czasu, gdy będzie można zakończyć stosowanie środków ostrożności zmniejszających ryzyko transmisji zakażenia z matki na dziecko. Szpitale miały rozważyć ograniczenie liczby odwiedzających hospitalizowane dzieci, z wyjątkiem zdrowego rodzica lub opiekuna zobowiązanego do stosowania środków ochrony osobistej. Jeśli noworodek przebywał z matką w tej samej sali, zalecano użycie barier fizycznych, jak parawan, a dziecko powinno zostać umieszczone minimum 2 metry od chorej matki. Jeśli noworodkiem nie mogła się opiekować inna zdrowa osoba, matka powinna założyć maseczkę i stosować higienę rąk przed każdym kontaktem z noworodkiem. Decyzję o zakończeniu separacji należało podejmować w porozumieniu z klinicystami, specjalistami

ds. zapobiegania zakażeń i urzędnikami zdrowia publicznego, biorąc pod uwagę nasilenie choroby i objawy. Do zakończenia separacji wymagane były minimum dwa ujemne wyniki wymazów w kierunku SARS-CoV-2 pobranych w odstępie co najmniej 24 godzin.

W stanowisku opublikowanym przez Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej z 19 marca 2020 r. podtrzymano zalecenie izolacji dziecka od matki.

W odpowiedzi na apel Fundacji Rodzić po Ludzku, wsparty przez Rzecznika Praw Obywatelskich, Ministerstwo Zdrowia 21 maja 2020 r. podtrzymało stanowisko o konieczności izolacji noworodka do czasu, gdy wykonane u zakażonej matki testy będą ujemne dwukrotnie w odstępie 24 godzin.

Zalecenia Ministerstwa Zdrowia z 29 września 2020 r. natomiast wskazują, iż decyzja dotycząca przebywania dziecka z zakażoną matką powinna należeć do pacjentki, powinna zostać podjęta przed porodem, po udzieleniu informacji o korzyściach i zagrożeniach wynikających z zachowania kontaktu skóra–do–skóry oraz stałego przebywania z dzieckiem, a także powinna zostać sygnowana przez pacjentkę. W oddziałach przeznaczonych dla kobiet z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem preferowany był natomiast zachowany kontakt matki z dzieckiem i karmienie piersią. Jeżeli u noworodka potwierdzono rozpoznanie infekcji, miał pozostać pod opieką matki i być karmionym mlekiem z piersi.

Zgodnie z powyższymi rekomendacjami należało dopuścić odwiedziny hospitalizowanego noworodka. O szczegółach bezpiecznych odwiedzin decydować miał ordynator oddziału w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neonatologii na podstawie oceny zagrożenia epidemiologicznego. Wskazano, iż należy sporządzić grafik odwiedzin, by rodzice pacjentów nie mieli ze sobą kontaktu. Nie było przeciwwskazań do karmienia pokarmem zdrowej matki, dostarczonym codziennie do szpitala i przejmowanym przez personel na ustalonych wewnętrznie zasadach.

Karmienie noworodka

W rekomendacjach Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii z 10 marca 2020 r. zalecono karmienie noworodka przez zdrowego opiekuna odciągniętym mlekiem matki, jeśli kobieta i dziecko są w tymczasowej separacji, natomiast w przypadku przebywania mamy i noworodka w jednym pokoju – jeśli matka chciałaby karmić piersią – powinna to robić w maseczce i przestrzegając higieny rąk.

Zalecenia wydane 19 marca 2020 r. wskazują natomiast, że pokarm matki z podejrzeniem zakażenia koronawirusem powinien zostać poddany pasteryzacji i w takiej formie podawany noworodkowi, a w przypadku kobiety z potwierdzonym zakażeniem – pokarm miał być utylizowany. Laktacja jednakże nie powinna być hamowana, by po wyzdrowieniu możliwe było karmienie dziecka mlekiem matki.

Zalecenia Ministerstwa Zdrowia z 29 września 2020 r., skierowane do kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne, wskazują natomiast na brak przeciwwskazań do karmienia piersią od pierwszych chwil po urodzeniu i zalecają taki sposób żywienia noworodka.

Wizyty patronażowe

Rekomendacje z marca 2020 r. wprowadziły możliwość zastosowania systemów teleinformatycznych w realizacji wizyt patronażowych po porodzie. Porada mogła zostać udzielona zdalnie wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności nie wymagał osobistej obecności położnej. Wizytę taką należało poprzedzić wywiadem epidemiologicznym zebrany przez telefon, czas bezpośredniego kontaktu z pacjentką powinien być jak najkrótszy, nieprzekraczający 15 minut, rozmowa z pacjentką powinna odbywać się w jak największej odległości, nie mniej niż 1,5 m, a badanie położnicy

i noworodka należało jak najbardziej skrócić. Podczas wizyty należało krótko poinformować o zaleceniach i rozwiać wątpliwości pacjentki, a dalszy dialog przesunąć na rozmowę telefoniczną. W świetle powyższych rekomendacji położne rodzinne często realizowały pierwszy patronaż w domu pacjentki, a pozostałe z użyciem systemów teleinformatycznych.

W przypadku izolacji lub kwarantanny pacjentki bądź domownika należało zrezygnować z wizyty domowej. Poradę należało zrealizować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, o ile czasowe zaniechanie osobistej wizyty nie zagrażało pogorszeniem zdrowia matki i noworodka. W rekomendacjach podkreślono, iż jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność osobistej wizyty położnej, bezwzględnie musi ona zostać zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w procedurze. Zaznaczono, że należy pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem dynamicznie zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

W aktualizacji rekomendacji z czerwca 2020 r. wskazano, że patronaże powinny odbywać się w domu pacjentki. Zmianie uległy wytyczne postępowania w sytuacji, gdy pacjentka bądź któryś z domowników przebywa na izolacji lub kwarantannie – wizyta w domu mogła zostać odroczone, a natenczas należało przeprowadzić ją z pomocą systemów teleinformatycznych. Usunięto także zapis o czasie wizyty w bezpośrednim kontakcie nieprzekraczającym 15 minut, jednak w dalszym ciągu wskazywano na maksymalne jej skrócenie. Zrezygnowano z zapisu dotyczącego zachowania odległości minimum 1,5 metra, zalecano jednak, aby –ze względu na brak możliwości zachowania bezpiecznego dystansu – podczas badania położna była ubrana w odpowiednie środki ochrony osobistej, podtrzymano jednak minimalną odległość podczas rozmowy z pacjentką. Ponownie podkreślono konieczność stosowania indywidualnego podejścia do każdej pacjentki z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

Ciąża w pandemii a zdrowie psychiczne

Pandemia, jej nieprzewidywalność, ciągłe zmiany regulacji prawnych, restrykcje, utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, strach o zdrowie swoje i bliskich, obawy przed obniżeniem czy utratą dochodów, a także dystans społeczny nie pozostają bez wpływu na stan psychiczny społeczeństwa. Badania wskazują, że pandemia COVID-19 przyczynia się do rozwoju wielu zaburzeń psychicznych w populacji. Ponadto wykazano, że lęk, depresja i stres podczas pandemii COVID-19 są częstsze u kobiet niż u mężczyzn (Salari i wsp., 2020).

Zaburzenia psychiczne należą do najczęstszych chorób w ciąży i okresie poporodowym (Howard i wsp., 2014). Ciąża wiąże się z intensywnymi zmianami fizjologicznymi i psychologicznymi, co dodatkowo zwiększa prawdopodobieństwo ich wystąpienia (Soto-Balbuena i wsp., 2018). Na całym świecie ok. 10% kobiet w ciąży i 13% po porodzie doświadcza zaburzeń psychicznych, głównie depresji. W krajach rozwijających się jest to nawet odpowiednio 15,6% i 19,8% kobiet (World Health Organization: Maternal mental health, 2021).

Praktycznie wszystkie kobiety mogą rozwijać zaburzenia psychiczne w czasie ciąży i w pierwszym roku po porodzie, lecz bieda, migracja, przemoc, sytuacje kryzysowe i konfliktowe, klęski żywiołowe, skrajny stres i niskie wsparcie społeczne zwiększają to ryzyko (World Health Organization: Maternal mental health, 2021).

Badania wskazują, że częstość występowania lęku i depresji wśród kobiet w ciąży znacznie wzrosła podczas pandemii COVID-19 (Fan i wsp., 2021). W badaniu przeprowadzonym na 560 ciężarnych Chinkach w lutym i marcu 2020 r. ponad połowa kobiet zgłosiła, że we wczesnych fazach pandemii doświadczała lęku (57,0%), przerażenia (59,5%) i bezradności (67,5%) (Zhang i wsp., 2021).

W badaniach kohortowych przeprowadzonych na 1754 ciężarnych, w tym 496 zrekrutowanych do badań przed pandemią, a 1258 w czasie jej trwania, kobiety będące w ciąży w czasie pandemii

COVID-19 zgłaszały wyższy poziom objawów depresyjnych i lękowych, dysocjacyjnych, objawów zespołu stresu pourazowego, więcej negatywnej i mniej pozytywnej afektywności oraz częściej prezentowały klinicznie istotne objawy depresji i lęku niż kohorta sprzed pandemii. Badane będące w ciąży w czasie pandemii, które miały wcześniejszą diagnozę psychiatryczną lub niskie dochody, były bardziej podatne na wzmożony stres i objawy psychiczne (Berthelot i wsp., 2020). Wykazano także, że w czasie pandemii ciężarne bardziej martwią się o innych niż o siebie, a młodsze ciężarne – jak się wydaje – są bardziej podatne na lęk (Fan i wsp., 2021).

W Polsce zauważa się podobną tendencję. Badania przeprowadzone w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki między 7 kwietnia a 24 maja 2020 r. na grupie 210 hospitalizowanych kobiet w ciąży i położu wykazały istotną statystycznie korelację między historią leczenia psychiatrycznego a wysokim poziomem lęku – 69% pacjentek z dodatnim wywiadem wykazywało wysoki poziom lęku w porównaniu z 29% kobiet nieleczonych wcześniej psychiatrycznie. Wysoki poziom stresu był także częstszy u pacjentek z leczeniem psychiatrycznym w wywiadzie (69%) niż u kobiet bez niego (39%). Zaobserwowano, że poziom lęku w ciąży jest wyższy u kobiet samotnych i w związkach nieformalnych w porównaniu z grupą kobiet zamężnych – wysoki poziom lęku stwierdzono u 55% mężatek oraz 71% niezamężnych ciężarnych. Odnotowano również istotną statystycznie korelację między wiekiem ciążowym a poziomem lęku – spośród pacjentek w I trymestrze 82% sygnalizowało wysoki poziom lęku, w porównaniu z 74% w II trymestrze, 54% w III trymestrze i tylko 52% w położu. Jak podkreślają autorzy, dane zostały zebrane na początku pandemii, gdy niewiele było informacji na temat wirusa, możliwych lekarstw i potencjalnej skali rozrostu epidemii, co złożyło się na ogólny niepokój społeczny i niepewność (Stepowicz i wsp., 2020).

Jak przedstawiają wyniki badań, sytuacja kryzysowa, jaką jest pandemia, jest silnym czynnikiem ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych. Podczas gdy sama ciąża i płęć żeńska predysponują do zaburzeń zdrowia psychicznego, wiele aspektów pandemii dodatkowo niekorzystnie działa na emocje i zdrowie psychiczne kobiet w tym okresie. Wszystkie restrykcje, wprowadzane czasem z dnia na dzień, codzienne informacje dotyczące liczby nowych zakażeń i zgonów, zagrożenie zdrowia oraz życia swojego i bliskich, izolacja społeczna, dezinformacja, rosnąca inflacja, bezrobocie, a także widmo kryzysu ekonomicznego mogą powodować lęk u każdego człowieka. Kobiety w ciąży musiały dodatkowo mierzyć się z aspektami obcymi dla przeciętnego obywatela – rozregulowanym systemem ochrony zdrowia, w tym opieki okołoporodowej oraz ograniczoną wiedzą naukową dotyczącą wirusa SARS-CoV-2 i jego wpływu na ciążę oraz dziecko. Ciągła zmiana zaleceń i rekomendacji, utrudniony dostęp do konsultacji odbywających się w bezpośrednim kontakcie, zakaz obecności partnera w czasie badań, zamykanie placówek medycznych, edukacja przedporodowa w formie online, zakaz odwiedzin w szpitalu, wstrzymanie porodów rodzinnych, rodzenie w maseczce czy ograniczony czas przebywania z hospitalizowanym dzieckiem mogły mieć niezwykle niekorzystny wpływ na stan emocjonalny kobiet. Dodatkowy lęk mogła budzić wizja zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i wszystkim, co z tym związane – obawa przed szkodliwym wpływem na płód oraz na przebieg ciąży, sprzeczne rekomendacje dotyczące postępowania z ciężarną zakażoną koronawirusem, widmo cięcia cesarskiego ze wskazań epidemiologicznych, separacja dziecka od matki, zakaz karmienia piersią, a także konieczność rodzenia w szpitalu jednoimiennym, zamiast w wybranej przez siebie placówce.

Suma wszystkich czynników ryzyka powstania zaburzeń psychicznych, jak ciąża, płęć żeńska, wzmożony stres, a także sytuacja kryzysowa, jaką jest pandemia, odzwierciedla się w rosnącej liczbie kobiet cierpiących na zaburzenia psychiczne. Niezwykle istotne jest zatem, by uczulić na niepokojące objawy osoby sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży i położu oraz osoby jej bliskie.

Szacuje się, że lęk w okresie przedporodowym dotyka 15–23% kobiet i związany jest ze zwiększonym ryzykiem wielu negatywnych skutków dla matki i dziecka, jak poronienia, stan przedrzucaw-

kowy, poród przedwczesny czy hipotrofia. Wiąże się także ze słabym przestrzeganiem porad medycznych, złym odżywianiem, utratą zasobów i nadużywaniem substancji uzależniających, a ponadto jest predyktorem depresji okołoporodowej (Sinesi i wsp., 2019; Soto-Balbuena i wsp., 2018).

Depresja w ciąży niepoddawana leczeniu może natomiast wiązać się z gorszą opieką prenatalną, przyjmowaniem leków w sposób niekontrolowany oraz zażywaniem substancji psychoaktywnych, jak również z rozwojem powikłań położniczych i zaburzonej relacji między matką a dzieckiem (Moryłowska-Topolska i wsp., 2012). Nierozpoznanie depresji w ciąży może skutkować rozwojem depresji poporodowej. Ogólna zapadalność na zaburzenia depresyjne w ciąży wynosi 12,7%, a częstość epizodów dużej depresji to 3,8% pod koniec I, 4,9% pod koniec II i 3,1% pod koniec III trymestru ciąży (Samochowiec i wsp., 2019), przy czym dane dotyczą czasów przed pandemią.

Wśród objawów depresji wymienia się:

- obniżony przez większość dnia nastrój,
- trudności z koncentracją,
- utratę zainteresowania lub przyjemności w sytuacjach wcześniej sprawiających radość,
- zaburzenia snu,
- niepokój,
- poczucie winy, bezwartościowości,
- zmęczenie i spowolnienie psychoruchowe,
- objawy lękowe jak lęk uogólniony, napadowy, nerwica natręctw, fobia społeczna (Kossakowska, 2013; Moryłowska-Topolska i wsp., 2012).

Lęk w okresie poporodowym także może przynieść negatywne skutki, w tym niekorzystny wpływ na karmienie piersią oraz tworzenie więzi między matką a dzieckiem. Dodatkowo negatywnie wpływa na temperament i sen niemowlęcia, jego rozwój umysłowy oraz zdrowie (Field, 2018).

Depresja poporodowa jest natomiast niezwykle poważnym zaburzeniem, mogącym dotyczyć nawet co piątej nowej matki (Kossakowska, 2013). Powoduje ogromne cierpienie i zmniejszoną reakcję na potrzeby dziecka, co może negatywnie wpłynąć na jego rozwój. Chorujące matki nie potrafią prawidłowo funkcjonować (World Health Organization: Maternal mental health, 2021). Jak wskazuje Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, zapadalność na depresję poporodową wynosi między 1 a 5,7% w ciągu roku po porodzie, a najwyższe wskaźniki obserwowane są w 2. i 6. miesiącu (odpowiednio 5,7% i 6,5%). Zapadalność na poporodowe zaburzenia depresyjne natomiast wynosi 5,7% do 2 miesięcy, 6,5% po pół roku i 21,9% po roku od porodu (Samochowiec i wsp., 2019).

Wśród czynników ryzyka wymienia się:

- przebyte epizody depresji,
- przygnębienie i niepokój w czasie ciąży,
- cechy neurotyczne,
- niską samoocenę,
- *postpartum blues*,
- stresujące wydarzenia,
- złe relacje małżeńskie,
- niski status socjoekonomiczny,
- samotność,
- niechcianą ciążę,
- komplikacje położnicze,
- trudny temperament noworodka (Golec i wsp., 2016).

Niezwykle ważną przyczyną zgonów kobiet w okresie okołoporodowym są samobójstwa. Psychoza jest znacznie mniej powszechna, jednak także może prowadzić do zamachu na własne życie, a nawet do skrzywdzenia noworodka (World Health Organization: Maternal mental health, 2021).

Istotne jest zatem wczesne rozpoznanie zaburzeń psychicznych u kobiet w okresie okołoporodowym oraz szybkie wdrożenie leczenia.

Szczególą rolę w rozpoznaniu depresji u kobiety ciężarnej lub w połogu pełni osoba prowadząca ciążę oraz położna rodzinna. Diagnostyka zaburzeń nastroju powinna odbyć się jak najwcześniej, nim objawy się nasilą i odbiją na postrzeganiu swoich umiejętności jako matki (Kossakowska, 2013). Zgodnie z polskim Standardem Opieki Okołoporodowej położna lub lekarz sprawujący opiekę nad ciężarną powinien ocenić ryzyko i nasilenie objawów depresji dwa razy w czasie ciąży – pierwszy raz w 11–14. tygodniu, a drugi między 33. a 37. tygodniem. Kolejna ocena powinna się odbyć w trakcie wizyty patronażowej (Dz.U. z dnia 2018 r., poz. 1756). W Standardzie nie sprecyzowano jednak, w jaki sposób ocena powinna zostać dokonana. Diagnostykę można rozpocząć od zapytania kobiety o jej samopoczucie i o to, jak sobie radzi, co zainicjuje rozmowę o objawach oraz czynnikach ryzyka. Dobrym narzędziem do przesiewowych badań w kierunku depresji poporodowej jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS), umożliwiająca ocenę samopoczucia w tygodniu poprzedzającym badanie, a wyniki razem z oceną kliniczną są podstawą do rozpoznania depresji poporodowej. W celu monitorowania stanu emocjonalnego matki badanie za pomocą EPDS można kilkakrotnie powtarzać. Wynik 12/13 punktów wskazuje na obecność objawów depresji. Autorzy skali podkreślają, iż należy zwrócić szczególną uwagę, gdy kobieta wysoko ocenia pojawianie się myśli samobójczych, nawet jeśli ogólny uzyskany wynik jest niski (Kossakowska, 2013).

Zaburzenia psychiczne matek są uleczalne. Skuteczne interwencje mogą być realizowane nawet przez dobrze wyszkolonych, niespecjalistycznych świadczeniodawców opieki zdrowotnej (World Health Organization: Maternal mental health, 2021). W świetle powyższych, należy położyć szczególny nacisk na przeszkolenie personelu medycznego sprawującego opiekę nad kobietą w ciąży i połogu (ginekolodzy, położne), a także osoby sprawujące opiekę nad niemowlęciem (pielęgniarki środowiskowe, pediatrzy), co pozwoli na zwiększenie szansy wczesnego rozpoznania oraz reagowania na rozwijające się zaburzenia psychiczne u młodej matki.

PIŚMIENICTWO

- American College of Obstetricians and Gynecologists:** Coronavirus (COVID-19), Pregnancy, and Breastfeeding: A Message for Patients, 2022 [online] <https://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding> [Dostęp: 11.02.2022].
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., Maziade, M.** (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7): 848–855.
- Centers for Disease Control and Prevention:** COVID-19 Overview and Infection Prevention and Control Priorities in non-US Healthcare Settings, 2021 [online] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/overview/index.html> [Dostęp: 25.06.2021].
- Centers for Disease Control and Prevention:** People with Certain Medical Conditions, 2021 [online] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> [Dostęp: 25.06.2021].
- Centers for Disease Control and Prevention:** Pregnant and Recently Pregnant People At Increased Risk for Severe Illness from COVID-19, 2022. [online] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnant-people.html> [Dostęp: 11.02.2022].
- Chen, L., Li, Q., Zheng, D.** et al. (2020). Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *The New England Journal of Medicine*, 382(25): e100.
- European Centre for Disease Prevention and Control:** Clinical characteristics of COVID-19, 2021 [online] <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical> [Dostęp: 25.06.2021].
- Fan, S., Guan, J., Cao, L., Wang, M., Zhao, H., Chen, L., Yan, L.** (2021). Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 56: 102533.
- Field, T.** (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior & Development*, 5:, 24–32.

- Galang, R.R., Newton, S.M., Woodworth, K.R. et al.** (2021). Risk factors for illness severity among pregnant women with confirmed SARS-CoV-2 infection – Surveillance for Emerging Threats to Mothers and Babies Network, 22 state, local, and territorial health departments, March 29, 2020-March 5, 2021. *Clinical Infectious Diseases*, 73 (Suppl. 1): s. 17–s23 [online] <https://doi.org/10.1093/cid/ciab432>.
- Golec, M., Rajewska-Rager, A., Latos, K., Kosmala, A., Hirschfeld, A., Molińska-Glura, M.** (2016). Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. *Psychiatria*, 13(1): 1–7.
- Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C.L., Rochat, T., Stein, A., Milgrom, J.** (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384(9956): 1775–1788.
- Kossakowska, K.** (2013). Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*; 19(4): 463–468.
- Lechien, J.R., Chiesa-Estomba, C.M., Place, S. et al.** COVID-19 Task Force of YO-IFOS (2020). Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *Journal of Internal Medicine*, 288(3): 335–344.
- Ministerstwo Zdrowia:** Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce, 4.03.2020. [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> [Dostęp: 02.09.2021].
- Moryłowska-Topolska J., Makara-Studzińska, M.** (2012). Współwystępowanie objawów lęku i depresji w kolejnych trymestrach ciąży. *Current Problems of Psychiatry*; 13(4): 231–237.
- Narodowy Fundusz Zdrowia:** Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – zalecenia, 08.03.2021 [online] <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/udzielanie-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-zapobieganiem-przeciwdzialaniem-i-zwalczaniem-covid-19-zalecenia,7940.html> [Dostęp: 25.06.2021].
- Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia w sprawie petycji rodziców wcześniaków**, 05.05.2021 [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/petycja-w-sprawie-rodzicow-wczesniakow> [Dostęp: 28.02.2021].
- Pak, A., Adegboye, O.A., Adekunle, A.I., Rahman, K.M., McBryde, E.S., Eisen, D.P.** (2020). Economic Consequences of the COVID-19 Outbreak: the Need for Epidemic Preparedness. *Frontiers in Public Health*, 8: 241.
- Pettrosso, E., Giles, M., Cole, S., Rees, M.** (2020). COVID-19 and pregnancy: A review of clinical characteristics, obstetric outcomes and vertical transmission. *The Australian New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology*, 60(5): 640–659.
- Pismo Ministerstwa Zdrowia do Prezesa Fundacji Koalicja dla Wcześniaka**, 31.12.2020. [online] https://twitter.com/a_niedzielski/status/1345678718480609280/photo/1 [Dostęp: 28.06.2021].
- Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej:** Stanowisko ekspertów w sprawie zakażenia wirusem COVID-19, 19.03.2020 [online] <http://ptmp.edu.pl/najnowsze-wytyczne-i-stanowisko-ekspertow-w-sprawie-zakazenia-wirusem-covid-19/> [Dostęp: 28.06.2021].
- Rekomendacje dotyczące sposobu postępowania w opiece nad matką i noworodkiem w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem COVID-19**, 10.03.2020. [online] <https://sipip.szczecin.pl/rekomendacje-dot-sposobu-postepowania-w-opiece-nad-matka-i-noworodkiem-w-przypadku-podejrzenia-lub-potwierdzenia-zakazenia-wirusem-covid-19/> [Dostęp: 28.06.2021].
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist:** Coronavirus infection and pregnancy, 2022. [online] <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/#pregnancy> [Dostęp: 29.06.2021].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego**, Dz.U. z 2020 r., poz. 433.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii**, Dz.U. z 2020 r., poz. 491.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej**, Dz.U. z 2018 r., poz. 1756.
- Rzecznik Praw Obywatelskich:** Porody rodzinne. Zgodę może wydać dyrektor szpitala z ordynatorem, 26.05.2020 [online] <https://www.bip.brpo.gov.pl/pl/content/porody-rodzinne-zgoda-dyrektor-i-ordynatora-MZ> [Dostęp: 28.06.2021].
- Rzecznik Praw Obywatelskich:** Test na COVID-19 nie może być warunkiem udziału w porodzie rodzinnym – wyjaśnia MZ Rzecznikowi, 30.07.2020 [online] <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/mz-rpo-test-na-covid-nie-jest-warunkiem-udzialu-w-porodzie-rodzinnym> [Dostęp: 28.06.2021].
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R.** (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1): 57.
- Samochowiec, J., Rybakowski J., Galecki P., Szulc A., Rymaszewska J., Cubala, W.J., Dudek D.** (2019). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji. *Psychiatria Polska*; 53(2): 245–262.

- Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia:** Szczepienia przeciwko COVID-19, 25.12.2020 [online] <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/szczepienia-przeciwko-covid-19> [Dostęp: 28.06.2021].
- Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia:** W szpitalach tylko pilne przypadki. 17.10.2020 [online] <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/w-szpitalach-tylko-pilne-przypadki> [Dostęp: 13.02.2022].
- Serwis Rzeczypospolitej Polskiej:** Od kiedy mogę się zaszczepić? [online] <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/od-kiedy-moge-sie-zaszczepic> [Dostęp: 13.02.2022].
- Serwis Rzeczypospolitej Polskiej:** Szpitale rezerwowe w całym kraju. [online] <https://www.gov.pl/web/koronawirus/szpitalrezerwowe-w-calym-kraju> [Dostęp: 25.06.2021].
- Sinesi, A., Maxwell, M., O'Carroll, R., Cheyne, H.** (2019). Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *The British Journal of Psychiatry Open*, 5(1): e5.
- Soto-Balbuena, C., Rodriguez, M.F., Escudero Gomis, A.I., Ferrer Barriendos, F.J., Le, H.N., Pmb-Huca, G.** (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3): 257–263.
- Stanowisko PTGiP i Konsultanta Krajowego** w sprawie porodów rodzinnych w obliczu COVID-19, 19.03.2020 [online] <https://www.ptgin.pl/stanowisko-ptgip-i-konsultanta-krajowego-w-sprawie-porodow-rodzinnych-w-obliczu-covid-19> [Dostęp: 28.06.2021].
- Stepowicz, A., Wencka, B., Bienkiewicz, J., Horzelski, W., Grzesiak, M.** (2020). Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24): 9450.
- World Health Organization** (2020). Coronavirus disease (COVID-19), 2020 [online] <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> [Dostęp: 26.06.2021].
- World Health Organization** (2021). COVID-19 Clinical management: living guidance, 25 January 2021. 20. Caring for women with COVID-19 during or after pregnancy, p. 53–55. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2021.1 [online] <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1> [Dostęp: 27.06.2021].
- World Health Organization:** Maternal mental health [online] <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health> [Dostęp: 29.06.2021].
- World Health Organization** (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report -1, 21 January 2020 [online] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 [Dostęp: 10.06.2021].
- World Health Organization Regional Office for Europe** (2019). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [online] <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [Dostęp: 10.06.2021].
- World Health Organization, Regional Office for Europe** (2021). Statement – Surging pandemic surpasses 1 million deaths in the WHO European Region, 2021 [online] <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-surging-pandemic-surpasses-1-million-deaths-in-the-who-european-region> [Dostęp: 25.06.2021].
- Zalecenia dotyczące metody ukończenia ciąży i porodu** u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19, 15.07.2020 [online] <https://www.gov.pl/attachment/9f46738d-5366-463d-aa77-5c23a918ede4> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zalecenia dotyczące sposobu postępowania** w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 dla kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne, 29.09.2020 [online] <https://www.gov.pl/attachment/f0cda75c-4e95-4917-bf1d-2e5416ab7ffd> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zalecenia Głównego Inspektora Sanitarnego** dot. odwiedzin osób bliskich i wizyt przedstawicieli handlowych oraz medycznych w szpitalach w związku z przypadkami zakażeń koronawirusem w Polsce, 11.03.2020 [online] <https://www.gov.pl/web/gis/zalecenia-glownego-inspektora-sanitarnego-dot-odwiedzin-osob-bliskich-i-wizyt-przedstawicieli-handlowych-oraz-medycznych-w-szpitalach> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zalecenia Konsultanta Krajowego** w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Perinatologii dotyczące porodów rodzinnych, 05.05.2020 [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dotyczace-porodow-rodzinnych> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zalecenia w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych** w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce dla kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały położniczo-ginekologiczne, 15.05.2020 [online] <https://www.gov.pl/attachment/8a706873-9afd-4267-a536-6c394af7c362> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2** wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych/położnych podstawowej opieki zdrowotnej, 03.06.2020 [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/aktualizacja-zalecen-w-stanie-epidemii-wirusa-sarscov2-dla-polozonych-rodzinnych-poz> [Dostęp: 28.06.2021].

- Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS–CoV–2** wywołującego chorobę COVID–19 dla położnych rodzinnych/położnych podstawowej opieki zdrowotnej, 30.03.2020 [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-w-stanie-epidemii-wirusa-sarscov2-dla-polozonych2> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zalecenie Sekcji Ultrasonografii PTGIP** w zakresie badań USG w sytuacji epidemiologicznej – COVID-19, 21.03.2020 [online] <https://www.ptgin.pl/zalecenie-sekcji-ultrasonografii-ptgip-w-zakresie-badan-usg-w-sytuacji-epidemiologicznej-covid-19> [Dostęp: 28.06.2021].
- Zhang, Y., Ma, Z.F.** (2021). Psychological responses and lifestyle changes among pregnant women with respect to the early stages of COVID-19 pandemic. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(4): 344–350.

Rozdział 11

Zaburzenia odżywiania się u kobiet w ciąży

Monika Bąk-Sosnowska

Ciąża jest okresem, kiedy istotnie zmienia się nie tylko fizjologia kobiety, lecz także jej wygląd zewnętrzny. Dotyczy to zarówno masy, jak i kształtu ciała, między innymi ze względu na powiększenie piersi oraz systematycznie rosnący rozmiar brzucha. Zwłaszcza w trzecim trymestrze ciąży pogorszeniu ulega sprawność fizyczna oraz pojawiają się objawy nasilające uczucie ociężałości, takie jak obrzęki czy zaparcia. Wszystko to sprawia, że kobieta ciężarna może czuć się mniej atrakcyjna fizycznie niż wcześniej i martwić się o powrót do fizycznej formy po porodzie.

Szacuje się, że obawy dotyczące masy ciała dotyczą ok. 40% ciężarnych. Szczególnie często odczuwane są przez kobiety, które już wcześniej cierpiały na brak akceptacji własnego ciała lub ich odżywianie się było zaburzone. Może to prowadzić do podejmowania różnego rodzaju zachowań skutkujących niedostatecznym lub nadmiernym przyrostem masy ciała w trakcie ciąży. Wiąże się ponadto ze współwystępowaniem objawów depresji i lęku, co wywiera niekorzystny wpływ zarówno na matkę, jak i na płód (Martínez-Olcina i wsp., 2020).

Jednocześnie kobiety doświadczają społecznej i kulturowej presji, aby w sposób właściwy wypełniać rolę ciężarnej, a następnie matki. Wiąże się to z wieloma oczekiwaniami, poczynając od reakcji na wiadomość o ciąży, po zachowania związane ze stylem życia (w tym odżywianiem się), aż po stosunek emocjonalny do nienarodzonego dziecka. Oczekiwania sprowadzają się głównie do odpowiedniego dbania o potrzeby dziecka, również kosztem własnych, jeśli pozostawałyby one w konflikcie. Jest to trudne do wykonania, zwłaszcza dla kobiet, które wcześniej w sposób szczególny lub chorobliwy dbały o wygląd i szczupłą sylwetkę, tym bardziej, jeśli dodatkowo ciąża była nieplanowana.

Celem niniejszego opracowania jest omówienie specyficznych dla okresu ciąży zaburzeń związanych z odżywianiem się, ich konsekwencji, a także metod diagnozowania i leczenia. Sformułowane ponadto zostały podstawowe wskazówki dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad kobietą w ciąży, szczególnie dla położnych, ułatwiające wstępne rozpoznanie potencjalnych zaburzeń odżywiania się u pacjentki i skierowanie jej na konsultację specjalistyczną.

Problemy związane z jedzeniem w ciąży

Szacuje się, że ok. 70–85% kobiet w ciąży ma wymioty ciążowe, a jeśli uwzględni się awersję do jedzenia, odsetek ten wzrasta do 100. Ślinotok lub pica może dotyczyć 40% tej populacji (Cardwell, 2013).

Nudności i wymioty ciążowe są nazywane porannymi mdłościami, jednak mogą się pojawiać w ciągu całego dnia, również w nocy. Zwykle zanikają do 16–20 tygodnia ciąży (Bustos i wsp., 2017). W niektórych przypadkach dochodzi jednak do rozwoju ciężkiej postaci tej dolegliwości, czyli wymio-

tów niepowściągliwych (*hyperemesis gravidarum*). W krajach o wysokich dochodach częstość ich występowania wynosi 0,3–1,5%, natomiast w krajach o niskich dochodach 4,5–10,8% (London i wsp., 2017). Chociaż przyczyna nie jest znana, przypisuje się ją przede wszystkim zmianom hormonalnym w czasie ciąży, predyspozycjom indywidualnym (wcześniejsze objawy) oraz rodzinnym. Do czynników ryzyka zalicza się również ciążę wielopłodową, historię choroby lokomocyjnej oraz migrenowe bóle głowy z nudnościami i wymiotami. Niepowściągliwe wymioty niosą za sobą poważne konsekwencje zdrowotne dla ciężarnej, takie jak odwodnienie, ciężkie niedobory żywieniowe (w tym tiaminy i witaminy B1), zespół Mallory'ego-Weissa, encefalopatia Wernickego, hipokalcemia, dysfunkcja i urazy przełyku. Wpływają również na funkcjonowanie fizyczne, społeczne i emocjonalne, ból, ogólną percepcję zdrowia, witalność i zdrowie psychiczne (objawy depresji i lęku). Możliwe konsekwencje niepowściągliwych wymiotów dla płodu to poród przedwczesny, niska masa urodzeniowa oraz zwiększone ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych w przyszłości (Dinberu i wsp., 2019).

Wydzielanie śliny jest naturalnym i pożądanym procesem, przyczyniającym się do możliwości mówienia, doceniania smaku pokarmu i jego trawienia, a dzięki zawartości substancji przeciwbakteryjnych – do zwalczania próchnicy i chorób dziąseł. Okres ciąży może jednak sprzyjać nadmiernemu, niekontrolowanemu wydzielaniu śliny. Ślinotok (*ptyalism gravidarum*) występuje u 0,008–35% ciężarnych (Thaxter Nesbeth i wsp., 2016). Zwykle pojawia się we wczesnej ciąży (5–8 tydzień) i ustępuje po porodzie. Może, ale nie musi, towarzyszyć nudnościom i wymiotom ciążowym oraz w nasilonej postaci może ograniczać ilość przyjmowanych pokarmów. Charakteryzuje się produkcją ogromnych ilości śliny (do 2 litrów dziennie) oraz obrzękiem gruczołów ślinowych. Prawdopodobną przyczyną jest następująca po zapłodnieniu zmiana stężenia hormonów we krwi kobiety. Chociaż nie obserwuje się szkodliwych skutków zdrowotnych ślinotoku dla ciężarnej ani płodu, przyczynia się on do obniżenia efektywności snu nocnego, znacznego stresu emocjonalnego i trudności społecznych (Bronshtein, 2018).

Pica jest zaliczana do zaburzeń jedzenia i karmienia. Manifestuje się ciągłym przyjmowaniem przez co najmniej 1 miesiąc substancji niejadalnych, co nie jest uzasadnione wiekiem rozwojowym ani praktyką kulturową lub religijną. Najczęściej spożywane są w tym zaburzeniu ziemia lub glina (*geofagia*), skrobia kukurydziana (*amylifagia*) oraz lód (*pagofagia*), jednak mogą to być również inne substancje: włosy, drewno, szkło, tynk, itp. Wśród kobiet ciężarnych występuje nadreprezentacja tego zaburzenia, w porównaniu z ogólną populacją osób dorosłych i waha się od 0,02% do 92,5% (Fawcett i wsp., 2016). Istotnym czynnikiem ryzyka jest rasa czarna, w niektórych badaniach wymienia się także stres i niepokój. Prawdopodobną przyczyną zaburzenia mogą być również niedobory soli mineralnych, wapnia lub witamin. Pica może powodować szkodliwe konsekwencje dla kobiety ciężarnej, takie jak urazy zębów, niedrożność i perforacja jelit, toksemia, zaparcia, zatrucia ołowiem i rtęcią, infekcje pasożytnicze, hiper- i hipokaliemia, niedobór żelaza, niedobory żywieniowe, anemia, otyłość. W odniesieniu do płodu pica zwiększa ryzyko teratogenne, wad wrodzonych płodu oraz przedwczesnego porodu (Ezzeddin, 2015)

Charakterystyka zaburzeń odżywiania się

Zaburzenia odżywiania (*eating disorder*; ED) odnoszą się nie tylko do nawyków żywieniowych, ale również do zachowań polegających na kontroli masy ciała. Manifestują się w symptomach fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Powodują znaczące zaburzenia zdrowia somatycznego i funkcjonowania psychospołecznego (w tym przecenianie znaczenia sylwetki i masy ciała).

W okresie ciąży, oprócz wspomnianego wcześniej zaburzenia pica, mogą wystąpić następujące zaburzenia odżywiania (DSM-V, 2015):

1. Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*; AN) – charakteryzuje się ograniczaniem spożywania energii w stosunku do zapotrzebowania organizmu, masą ciała obniżoną w stosunku do płci, wieku,

norm zdrowotnych, silnym lękiem przed przytyciem, zaburzonym postrzeganiem masy lub kształtu własnego ciała, przecenianiem znaczenia wyglądu. Choroba może mieć postać ograniczającą (utrata masy ciała jest osiągana głównie poprzez stosowanie diety, poszczenie i/lub nadmierne ćwiczenia fizyczne) lub bulimiczną (występują nawracające epizody objadania się lub zachowania przeczyszczające, takie jak wywołane wymioty lub nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych bądź lewatyw). Anoreksja kobiet ciężarnych jest nazywana pregoreksją.

2. Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*; BN) – zaburzenie polega na obecności epizodów niekontrolowanego jedzenia, w trakcie których zjadana jest ilość pożywienia znacznie przekraczająca to, co większość osób by zjadła w podobnym czasie. Dodatkowo występuje poczucie braku kontroli nad jedzeniem oraz następujące po epizodzie zachowania kompensacyjne, takie jak wywołanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, leków moczopędnych, post lub nadmierne ćwiczenia fizyczne. Ponadto samoocena chorych jest nadmiernie uzależniona od masy i kształtu ciała.
3. Przeczyszczanie się (*purging disorder*; PD) – nawracające zachowania przeczyszczające, wpływające na masę ciała lub sylwetkę (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych lub innych leków), niebędące reakcją na epizod objadania się.
4. Zaburzenie z napadami objadania się (*binge eating disorder*; BED) – charakteryzuje się epizodami napadowego jedzenia, w trakcie których zjadane są porcje przekraczające ilość, jaką przeciętna osoba mogłaby zjeść w podobnym czasie, którym towarzyszy poczucie braku kontroli nad jedzeniem. Jedzenie jest znacznie szybsze niż normalnie, bez odczuwania fizycznego głodu, do nieprzyjemnego uczucia pełności. Nie występują zachowania kompensacyjne, ale poczucie winy i przygnębienie.
5. Zaburzenia odżywiania się nieokreślone (*eating disorder not otherwise specified*; EDNOS) – dominują objawy charakterystyczne dla zaburzeń odżywiania się, które stają się powodem klinicznie istotnego stresu, upośledzenia społecznego, zawodowego lub innych ważnych obszarów funkcjonowania, jednak nie są spełnione pełne kryteria dla żadnego z zaburzeń w klasie diagnostycznej.

W praktyce klinicznej obserwuje się również inne zaburzenia związane z jedzeniem, nie włączone formalnie do klasyfikacji medycznych. Należy do nich syndrom jedzenia nocnego (*night eating syndrome*; NES) oraz uzależnienie od jedzenia lub pożywienia (*eating/food addiction*; EA/FA).

Syndrom jedzenia nocnego charakteryzuje się spożywaniem większości dziennej porcji żywieniowej w godzinach wieczornych lub nocnych przynajmniej 2 razy w tygodniu, pomijaniem śniadań z powodu braku apetytu minimum 4 razy w tygodniu, silną potrzebą jedzenia między wieczornym posiłkiem a zaśnięciem lub w nocy, trudnościami z zaśnięciem lub wybudzaniem się ze snu minimum 4 noce tygodniowo, przeświadczeniem o konieczności jedzenia jako warunku rozpoczęcia lub powrotu do snu, częstym pogarszaniem się nastroju wieczorem (Olejniczak i wsp., 2018).

Uzależnieniu od pożywienia (lub czynności jedzenia) towarzyszą objawy typowe dla uzależnień od substancji. Zalicza się do nich: spożywanie częściej lub więcej niż zamierzano, uporczywe pragnienie spożywania lub nieudane próby ograniczania spożycia, poświęcanie dużej ilości czasu na działania związane ze spożywaniem, zaniedbywanie obowiązków i aktywności społecznych, spożywanie mimo negatywnych konsekwencji fizycznych, psychicznych i społecznych, ograniczanie lub porzucanie z powodu spożywania substancji ważnych aktywności społecznych, zawodowych bądź rekreacyjnych, tolerancja, zespół abstynencyjny (Hauck i wsp., 2020).

W przypadku **ortoreksji** dominują takie objawy, jak: obsesyjna koncentracja na zdrowym odżywianiu, kompulsywne zachowania związane ze spożywaniem określonego rodzaju żywności mającej sprzyjać zdrowiu, eskalacja restrykcji żywieniowych prowadząca do utraty masy ciała i niedoborów składników odżywczych, emocjonalny dystres (strach, lęk, wstyd, obniżenie poczucia własnej wartości) w sytuacjach niedotrzymania narzuconych sobie reguł żywieniowych (Nelkowska, 2019).

Drunkoreksja, zwana inaczej alkoreksją, polega na ograniczaniu ilości spożywanej żywności w trakcie picia alkoholu, aby zapobiec nadmiernemu przyrostowi masy ciała. Wiąże się uzależnieniem

od alkoholu, negatywnym obrazem własnego ciała ze względu na jego masę, spadkiem masy ciała poniżej norm przyjętych dla populacji (Jaworski, 2014).

Diabulimia jest odmianą bulimii w grupie pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1. Oprócz objawów typowych dla bulimii występuje celowe zmniejszanie lub pomijanie dawek insuliny w celu kontroli masy ciała (Juruć i wsp., 2016).

Etiopatogeneza zaburzeń odżywiania się jest złożona (Rikani i wsp., 2013). Czynniki biologiczne są związane m.in. z predyspozycją genetyczną, specyficzną neurotransmisją (np. nieprawidłowy poziom serotoniny), zaburzeniem funkcjonowania mózgowego ośrodka nagrody czy dysfunkcją ośrodka regulującego odczuwanie głodu. Czynniki psychologiczne dotyczą przede wszystkim zaburzeń obrazu własnego ciała (w zakresie percepcji kształtu i rozmiaru ciała oraz niezadowolenia z wyglądu), a także określonych cech osobowości. Uważa się, że impulsywność, poszukiwanie nowości, reaktywność na stres, unikanie szkód, perfekcjonizm i potrzeba kontroli są powszechne u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Należy wspomnieć również o traumach rozwojowych (np. doświadczenie nadużycia seksualnego) oraz o roli zaburzeń współwystępujących, np. depresji czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Czynniki społeczno-kulturowe odnoszą się do norm związanych z jedzeniem oraz wyglądem, obecnych w przekazach tradycyjnych oraz w przekazie mass-mediów. Współczesna kultura zachodnia narzuca kobietom określony wzorzec piękna (młodość i szczupła sylwetka), identyfikując go jednocześnie jako symbol sukcesu i wysokiej pozycji interpersonalnej. Globalizacja i powszechny dostęp do Internetu, a zwłaszcza social mediów sprawiają, że kobiety pozostają pod presją porównywania się z innymi i dążenia do celów, które są często nieadekwatne do ich predyspozycji fizycznych oraz psychicznych.

Okres ciąży sam w sobie może być czynnikiem predysponującym do rozwoju różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Dzieje się tak wówczas, gdy kobieta przeżywa wewnętrzne, często nieuświadomione konflikty związane z macierzyństwem. Pragnienie potomstwa i wejścia w rolę matki może wtedy występować jednocześnie z negacją ciąży (zwłaszcza, gdy była nieplanowana) i pragnieniem jej zakończenia. Ciąża może również uruchamiać trudne doświadczenia z dzieciństwa oraz dotyczące relacji z własną matką, a także społeczne stereotypy związane z płcią (Baskin i wsp., 2020).

Specyfika zaburzeń odżywiania się w ciąży

Zaburzenia odżywiania się w okresie ciąży można stwierdzić zarówno u kobiet, które chorowały w przeszłości, u tych, które były chore, zachodząc w ciążę, jak również u kobiet, które nie chorowały wcześniej. Szacuje się, że aż 7,5% kobiet ciężarnych cierpi na zaburzenia odżywiania, w tym 0,5% na anoreksję psychiczną, 0,1% na żarłoczność psychiczną, 1,8% na zaburzenie z napadami objadania się, 0,1% na przeczystczenie się i ok. 5% na zaburzenia odżywiania się nieokreślone (Easter i wsp., 2013).

U kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania się już przed ciążą, w okresie ciąży nasilenie objawów w większości przypadków słabnie ze względu na troskę o płód. Ta poprawa jest jednak przejściowa i większość objawów powraca w okresie poporodowym (Crow i wsp., 2008). Najważniejszymi czynnikami ryzyka związanymi z wystąpieniem zaburzeń odżywiania się w czasie ciąży są: zaburzenia odżywiania się przed ciążą, osobowość charakteryzująca się niską samooceną i perfekcjonizmem, zaburzenia osobowości z pogranicza (w BN), zaburzenia depresyjne i lękowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (w AN), historia dysfunkcji społecznej, maltretowania lub wykorzystywania seksualnego, używanie substancji psychoaktywnych, takich jak papierosy, alkohol, narkotyki, nadmierny stres, większe zmiany BMI w okresie przed ciążą, nieplanowana ciąża oraz niskie wsparcie małżeńskie i społeczne (Chan i wsp., 2019).

Większość objawów zaburzeń odżywiania się w ciąży jest tożsama z typowymi dla danego zaburzenia, pojawiają się jednak również objawy specyficzne dla tego okresu. Należą do nich m.in. przeszacowywanie wagi i kształtu potomstwa (np. pragnienie, aby dziecko było „małe” lub „drobne”), racjonalizowanie wymiotów wywołanych przez siebie jako właściwych dla ciąży, stosowanie naturalnych suplementów oczyszczających organizm w celu redukcji masy ciała, emocjonalne dysocjowanie się od ciąży, domaganie się cięcia cesarskiego przed zakończeniem ciąży (Bannatyne i wsp., 2018). Należy zaznaczyć, że objawy te mogą występować nie tylko w sferze fizycznej i behawioralnej, lecz także na płaszczyźnie poznawczej i emocjonalnej. Mogą się stać wówczas niezauważalne dla otoczenia, również dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad ciężarną. Ponadto objawy mogą wykaczać poza typowe, opisywane w klasyfikacjach medycznych, co również utrudnia ich zdiagnozowanie, a następnie leczenie.

Jakościowe badanie przeprowadzone przez Claydona i współpracowników pozwoliło zidentyfikować siedem wspólnych obszarów problemowych, charakterystycznych dla kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania się różnego rodzaju (AN, BN, EDNOS, BED), które aktualnie lub w przeszłości były w ciąży. Kobiety różniły się wiekiem, doświadczeniami życiowymi i położniczymi, mimo to podkreślały znaczenie następujących aspektów (Claydon i wsp., 2018):

- kontrola – osoby z zaburzeniami odżywiania się często czują, że choroba zapewnia im poczucie kontroli,
- ujawnianie tajemnicy dotyczącej chorowania na ED – kobiety często utrzymywały zaburzenie w tajemnicy, a jego ujawnienie (nawet najbliższemu lub personelowi medycznemu) było źródłem wielu rozważań i wewnętrznych dylematów,
- wewnętrzna walka pomiędzy ciążą a ED – dotyczyła zarówno decyzji o ciąży, jak i zachowań żywieniowych w trakcie ciąży,
- transmisja międzypokoleniowa – dotyczyła zarówno wspomnień kobiet o komentarzach lub działaniach rodziców w okresie dorastania dotyczących jedzenia, wagi, wyglądu, jak też ich obaw o to, w jaki sposób ich własne komentarze lub działania mogą wpłynąć na ich dziecko lub potencjalne dziecko,
- obawy związane z wagą i wizerunkiem ciała – chociaż kobiety identyfikowały pozytywnie przyczynę przyrostu masy ciała, nadal nie potrafiły pogodzić tego ze swoim lękiem przed przybraniem na wadze,
- strategie radzenia sobie – kobiety stosowały różne strategie, aby radzić sobie z lękiem przed przybraniem na wadze i nie ograniczać pożywienia w trosce o prawidłowy przebieg ciąży, np. odwracanie uwagi, racjonalizacja, korzystanie ze wsparcia społecznego.

Konsekwencje zaburzeń odżywiania się w ciąży

Zaburzenia odżywiania się stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia chorych. Niezależnie od specyfiki prowadzą do niedoborów żywieniowych i wynikających z tego konsekwencji. W przypadku ograniczania pożywienia zagrażają również wyniszczeniem organizmu i śmiercią. U kobiety ciężarnej mogą prowadzić do krwawienia z dróg rodnych, niedokrwistości, nadciśnienia tętniczego, konieczność hospitalizacji i odżywiania pozajelitowego. Po porodzie mogą przyczyniać się do trudności w karmieniu piersią oraz zwiększać ryzyko depresji poporodowej (Micali i wsp., 2011).

Niektóre badania wskazują na wzrost spontanicznych poronień u pacjentek z ED, szczególnie z BN, a także wysoką częstość porodów przedwczesnych. Inne badania wskazują na większe ryzyko porodu przedwczesnego i indukcji porodu tylko u pacjentek z BED. Ponadto w tej populacji istnieje większe ryzyko cięcia cesarskiego oraz urodzenia noworodka dużego jak na wiek ciążowy. Jeszcze inne badania w ogóle nie znajdują związku między ED a przedwczesnym porodem, może to jednak wynikać

z różnic w zastosowanych metodach badawczych. Wiadomo jednak, że utrzymywanie się objawów ED w ciąży, niski BMI sprzed ciąży i niski przyrost masy ciała w ciąży, połączone z czynnikami środowiskowymi, takimi jak dysfunkcja społeczna, potencjalne stresory, palenie tytoniu, zażywanie narkotyków oraz współistniejące zaburzenia psychiczne mogą pogorszyć rozwój ciąży (Sebastiani i wsp., 2020). Noworodki ciężarnych z zaburzeniami odżywiania się są bardziej narażone na śmiertelność okołoporodową w porównaniu z populacją ogólną. Cechują się również niższą masą urodzeniową, niższą punktacją w skali Apgar, mniejszym obwodem głowy, częstszymi problemami z oddychaniem (Sebastiani i wsp., 2020), a skutki matczynek zaburzeń są u żyjących dzieci obserwowane również w wieku późniejszym. Zgodnie z teorią programowania płodowego (*fetal programming*) niekorzystne środowisko wewnątrzmaciczne, w tym niewłaściwy poziom składników odżywczych, które wystąpią w trakcie kluczowego okresu wewnątrzmacicznego, mogą się przyczynić do nieodwracalnych zmian w morfologii, metabolizmie i funkcji narządów, a także predysponować potomstwo do ryzyka rozwoju chorób przewlekłych w późniejszym życiu (Barker i wsp., 2002). Warto w tym miejscu wspomnieć, że nie chodzi wyłącznie o niedobory żywieniowe, lecz także o nadmierną suplementację witamin czy składników mineralnych. Przyjmowanie przez kobiety ciężarne preparatów wielowitaminowych, w połączeniu z żywnością dodatkowo wzbogacaną w mikro- i makroelementy, budzi obawy ze względu na potencjalne ryzyko dla płodu, a także wzrost wchłaniania składników odżywczych, objętość osocza i szybkość filtracji kłębuszkowej w nerkach (Gernand, 2019).

Dzieci kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania się są narażone na zwiększone ryzyko zaburzeń w kilku dziedzinach. Mają więcej trudności w zachowaniach żywieniowych i częściej rozwijają zaburzenia odżywiania się, wykazują więcej trudności psychopatologicznych i społeczno-emocjonalnych oraz częściej są określane jako osoby o trudnym temperamencie (Martini, 2020). Ponadto badania sygnalizują, że dzieci kobiet z historią anoreksji wykazują różnice poznawcze, w porównaniu z grupą kontrolną w tym samym wieku (8–10 lat). Mają trudności w zrozumieniu relacji społecznych, w zakresie funkcji wzrokowo-ruchowej, planowania i abstrakcyjnego myślenia (Kothari i wsp., 2014).

Diagnozowanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w ciąży

Kobiety w ciąży z zaburzeniami odżywiania się często nie ujawniają tych informacji personelowi medycznemu, z obawy przed stygmatyzacją lub niezrozumieniem. Dlatego istotne jest zwracanie uwagi na sygnały ostrzegawcze, takie jak brak przyrostu masy ciała podczas kolejnych wizyt w drugim trymestrze ciąży, nadmierne wymioty ciężarnych utrzymujące się dłużej niż 20 tygodni, wcześniejsza historia zaburzeń odżywiania się i depresji lub częste stosowanie różnego rodzaju diet (Martos-Ordóñez, 2014). Należy wziąć pod uwagę, że brak symptomatologii fizycznej lub behawioralnej niekoniecznie oznacza, że kobieta nie jest dotknięta zaburzeniami odżywiania się w czasie ciąży. Po drugie, zaburzenia odżywiania się w ciąży odzwierciedlają spektrum zachowań, które niekoniecznie prowadzą do zmian masy ciała lub sylwetki.

Niewiele jest kwestionariuszy specyficznych dla ED w ciąży. Można stosować kwestionariusz SCOFF, który zawiera tylko pięć pytań, ale cechuje się wysoką swoistością i czułością w rozpoznawaniu jadłowstrętu psychicznego oraz żarłoczności psychicznej (Micali, 2010). Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczą: wywoływania wymiotów z powodu nieprzyjemnego uczucia pełności, lęku przed utratą kontroli nad ilością spożywanego jedzenia, przekonania, że jest się „grubą”, chociaż inni uważają osobę za „zbyt chudą”, utraty ponad 6 kg masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz kwestii dominacji jedzenia w życiu osoby pytanej. Uzyskanie co najmniej dwóch twierdzących odpowiedzi upoważnia do podjęcia dalszych kroków diagnostycznych w kierunku zaburzeń odżywiania się. W przypadku kobiet z nadwagą i otyłością proponuje się zastosowanie kwestionariusza The Eating Disorder Examination –

Pregnancy Version (EDE-PV), w postaci ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego, obejmującego następujące zagadnienia: ograniczenia żywieniowe, obawy związane z jedzeniem, obawy dotyczące kształtu ciała, obawy o masę ciała (Emery i wsp., 2017). Niestety, kwestionariusz ten nie został zaadaptowany do warunków polskich.

Sytuacja, w której kobieta ciężarna ma widocznie niską lub zdecydowanie wysoką masę ciała, może skłaniać personel medyczny do podejmowania diagnozy przesiewowej lub pogłębionego badania w kierunku zaburzeń odżywiania się. Zdecydowanie trudniejsze jest natomiast uchwycenie symptomów tych zaburzeń u kobiety z masą ciała w normie. Wymaga to zwykle obserwacji klinicznej i pogłębionego wywiadu klinicznego, co w warunkach ambulatoryjnych jest dosyć ograniczone. W takim przypadku źródłem informacji mogą być bliscy pacjentki, np. jej partner. Z tego względu, jeśli partner uczestniczy w ciąży w wizytach kontrolnych, warto w ich trakcie poruszać tematy związane z jedzeniem i masą ciała.

Leczenie zaburzeń odżywiania się u kobiet w ciąży bazuje przede wszystkim na poradnictwie żywieniowym, wsparciu, strategiach samopomocowych oraz psychoterapii. W tym ostatnim zakresie stosowane są głównie terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy*; CBT) i psycho-terapia interpersonalna (*interpersonal psychotherapy*; IPT), sprawdzające się również w przypadku depresji prenatalnej i poporodowej (van Ravesteyn i wsp., 2017). W niektórych przypadkach konieczne może okazać się włączenie farmakoterapii, a nawet hospitalizacji, np. gdy stan niedożywienia kobiety zagraża życiu jej lub dziecka.

Celem działań terapeutycznych jest utrzymanie regularnych wzorców żywieniowych i optymalizacja żywienia matki oraz płodu (Meltzer-Brody i wsp., 2018), natomiast na płaszczyźnie psychologicznej, m.in. przewartościowanie kwestii pomyślnej ciąży i zdrowego dziecka nad kwestię szczupłej sylwetki, zwiększenie akceptacji dla własnego, zmieniającego się w trakcie ciąży ciała, zwiększenie świadomości własnych emocji i potrzeb, umiejętne radzenie sobie z napięciem psychofizycznym.

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania się stanowią poważny problem zdrowotny wśród kobiet w różnym wieku. Wpływają na sposób postrzegania własnego ciała i emocje względem niego, manifestują się określonymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się oraz kontrolą masy ciała, powodują także poważne konsekwencje dla zdrowia somatycznego i psychicznego. Towarzysząc ciąży, stają się również zagrożeniem dla dobrostanu płodu oraz dla jakości życia narodzonego dziecka, także w późniejszych latach jego życia.

Kobieta ciężarna cierpiąca na zaburzenia odżywiania się staje w obliczu nie tylko choroby oraz uciążliwych objawów ciąży, jest również poddana społecznej presji związanej z rolą matki. To powoduje, że często doświadcza wstydu i poczucia winy, z obawy przed negatywną oceną i odrzuceniem utrzymuje swoje trudności w tajemnicy. Z tego względu personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietą w ciąży powinien ze szczególną delikatnością omawiać temat odżywiania się, masy ciała i zmian w wyglądzie ciężarnej. Stworzenie odpowiednich warunków do intymnej rozmowy, zapewnienie o akceptacji i wsparciu są niezbędne, aby kobieta poczuła się bezpiecznie i zechciała podzielić się swoimi obawami czy problemami. Tylko wtedy zaś istnieje szansa na zdiagnozowanie potencjalnych zaburzeń odżywiania się i udzielenie profesjonalnej pomocy, np. przez psychologa, psychoterapeutę, psychiatrę, psychodietetyka czy dietetyka. Równie ważne jest monitorowanie kwestii związanych z odżywianiem i obrazem ciała po porodzie, ponieważ wówczas nie tylko wzrasta ryzyko nawrotów zaburzeń związanych z odżywianiem, lecz także ryzyko innych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy psychoza poporodowa. Warto wspomnieć również o prewencji zaburzeń odżywiania się, która powinna

stać się częścią edukacji zdrowotnej dedykowanej kobietom, zwłaszcza kobietom w wieku reprodukcyjnym.

Rola położnej jest nieoceniona – zarówno w kontekście pierwotnej, jak i wtórnej prewencji zaburzeń związanych z odżywianiem. Poprzez towarzyszenie kobiecie na różnych etapach jej życia położna może ją edukować i wspierać, zwracając uwagę na takie aspekty, jak prawidłowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, utrzymywanie masy ciała w normie, higiena psychiczna, ale również zmiany somatyczne i psychiczne związane z okresem dojrzewania, ciąży oraz porodu czy menopauzy.

PIŚMIENNICTWO

- Bannatyne, A.J., Hughes, R., Stapleton, P., Watt, B., MacKenzie-Shalders, K.** (2018). Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1): 262.
- Baskin, R., Meyer, D., Galligan, R.** (2020). Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(6): 873–882.
- Barker, D.J., Eriksson, J.G., Forsén, T., Osmond C.** (2002). Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *International Journal Epidemiology*, 31: 1235–1239.
- Bronshtein, M., Govrt A., Beloosesky, R., Dabaja, H., Ginsberg, Y., Weiner, Z. Khatib, N.** (2018). Characteristics and Outcomes of Pyloric Gravidarum. *Israel Medical Association Journal*, 20(9): 573–577.
- Bustos, M., Venkataramanan, R. Caritis, S.** (2017). Nausea and vomiting of pregnancy – What's new? *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 202: 62–72.
- Cardwell, M.S.** (2013). Eating Disorders During Pregnancy, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 68(4): 312–323.
- Chan, C.Y., Lee, A.M., Koh, Y.W., Lam, S.K., Lee, C.P., Leung, K.Y. Kum Tang C.S.** (2019). Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6): 652–658.
- Claydon, E.A., Davidov, D.M., Zullig, K.J., Lilly, C.L., Cottrell, L., Zerwas, S.C.** (2018). Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1): 463.
- Crow S.J., Agras, W.S., Crosby, R., Halmi, K., Mitchell, J.E.** (2008) Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3): 277–279.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Fifth Edition (DSM-5). (2015). W: P. Gałęcki, Ł. Świącicki (Red.). Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Wrocław: Elsevier Urban Partner, s. 399–430.
- Dinberu, M.T., Mohammed, M.A., Tekelab, T., Yimer, N.G., Desta, M. Habtewold, D.** (2019). Burden, risk factors and outcomes of hyperemesis gravidarum in low-income and middle-income countries (LMICs): systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 9(4): e025841.
- Easter, A., Bye, A., Taborrelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., Micali N.** (2013). Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? *European Eating Disorders Review*, 21(4): 340–344.
- Emery, R.L., Grace, J.L., Kolko, R.P., Levine, M.D.** (2017). Adapting the eating disorder examination for use during pregnancy: Preliminary results from a community sample of women with overweight and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5): 597–601.
- Ezzeddin, N., Zavoshy, R., Noroozi, M., Sarichloo, M. E., Jahanihashemi, H.** (2015). The Association Between Postpartum Depression and Pica During Pregnancy. *Global Journal of Health Science*, 8(4): 253–259.
- Fawcett, E.J., Fawcett, J.M., Mazmanian, D.** (2016). A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 133(3): 277–283.
- Gernand, A.D.** (2019). The upper level: examining the risk of excess micronutrient intake in pregnancy from antenatal supplements. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1444(1): 22–34.
- Hauck, C., Cook, B. Ellrott, T.** (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1): 103–112.
- Jaworski, M.** (2014). Drunkoreksja – zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(5): 217–225.
- Juruć, A., Kubiak, M., Wierusz-Wysocka, B.** (2016). Psychologiczne i medyczne problemy w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania u osób z cukrzycą typu 1. *Diabetologia Praktyczna*, 2(1): 31–37.
- Kothari, R., Rosinska, M., Treasure, J., Micali, N.** (2014). The early cognitive development of children at high risk of developing an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(2): 152–156.
- London, V., Grube, S., Sherer, D.M., Abulafia, O.** (2017). Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology*; 100(3–4): 161–171.

- Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J., Reche, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. Martínez-Rodríguez, A.** (2020). Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina*, 56(7): 352.
- Martini, M.G., Barona-Martinez, M., Micali, N.** (2020). Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4): 449–467.
- Martos-Ordóñez, C.** (2014) Pregnancy in women with eating disorders: a review. *British Journal of Midwifery*, 13(7): 446–448.
- Meltzer-Brody, S., Howard, L.M., Bergink V. et al.** (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4: 18022.
- Micali, N.** (2010). Management of eating disorders during pregnancy. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 14(2): 24–26.
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D. Treasure, J.** (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7): 800–807.
- Nelkowska D.** (2019). Orthorexia nervosa: definicje, kryteria, klasyfikacje – kontrowersje i rozbieżności w wynikach badań. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio J (Paedagogia-Psychologia)*, 32(3): 169–180.
- Olejniczak, D., Skonieczna, J. Kitowska, W.** (2018). Night eating syndrome – characterization. *Journal of Education, Health and Sport*, 8(6): 246–250.
- Rikani, A.A., Choudhry, Z., Choudhry, A.M.** (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4): 157–161.
- Sebastiani, G., Andreu-Fernández, V., Herranz Barbero, A. et al.** (2020). Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. *Frontiers in Pediatrics*, 8: 587.
- Thaxter Nesbeth, K.A., Samuels, L.A., Nicholson Daley, C., Gossell-Williams, M. Nesbeth, D.A.** (2016). Ptyalism in pregnancy – a review of epidemiology and practices. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 198: 47–49.
- van Ravesteyn, L.M., Lambregtse-van den Berg, M.P., Hoogendijk, W.J., Kamperman, A.M.** (2017). Interventions to treat mental disorders during pregnancy: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLoS ONE*, 12: e0173397.

Rozdział 12

Wyzwania **ciąży** u kobiet **chorujących** psychicznieAleksandra **Cieślik**, Sylwia Mrozowicz

Wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych spotykamy często kobiety chorujące psychicznie i będące w ciąży. Leczenie tych pacjentek, jak i opieka pielęgniarska, wydają się specyficzne, wymagają zaangażowania całego zespołu terapeutycznego, w tym współpracy z innymi specjalistami (Kmieciak, 2011, s. 244).

Podstawą leczenia psychicznie chorej, ciężarnej kobiety jest współpraca lekarza psychiatry z lekarzem ginekologiem-położnikiem, w celu rozważenia ryzyka niepodjęcia leczenia, a także ryzyka i korzyści jego wdrożenia. Pod rozwagę należy wziąć także alternatywne – inne, niż farmakologiczne – metody leczenia dostępne w praktyce psychiatrycznej, a w przypadku koniecznej farmakoterapii, unikanie podaży kilku leków psychiatrycznych (Berent i Gałęcki, 2013).

W okresie ciąży dochodzi do wielu zmian fizjologicznych, pod których wpływem może dojść do pojawienia się pierwszych objawów choroby psychicznej. *W okresie poporodowym spadek estrogenów, progesteronu i kortyzolu uznaje się za jedną z hormonalnych przyczyn nadwrażliwości na wystąpienie zaburzeń psychicznych. Żeńskie hormony płciowe, hormony tarczycy, prolaktyna, kortyzol i endorfiny, mają wpływ na zdrowie psychiczne. Zaburzenia osi podwzgórze – przysadka – tarczyca i choroby autoimmunologiczne (w tym coraz częściej rozpoznawalna choroba Hashimoto) uważane są za przyczyny rozwoju choroby psychicznej (Wojdyła i wsp., 2019).* Już w czasach Hipokratesa odnotowano obecność zaburzeń nastroju u kobiet po porodzie, a w XIX w. pojawiły się pierwsze prace naukowe traktujące o występowaniu tych zaburzeń w okresie poporodowym (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 200).

Zaburzenia psychiczne w okresie **okołoporodowym** – charakterystyka

Duże wahania nastroju, chwiejność emocjonalna oraz zmniejszona odporność na stres powodują znaczne nasilenie zaburzeń psychicznych. Zaburzenia okołoporodowe mogą pojawić się już w ciąży, ale również w okresie połogu. Nowa sytuacja, z jaką muszą się zmierzyć przyszłe mamy, jest ogromnym przeżyciem emocjonalnym. Nierzadko okazuje się, że w przeszłości występowały tego typu problemy, a sytuacja w jakiej się znalazły, tylko spotęgowała ich nasilenie lub nawrót.

Można wyróżnić trzy grupy czynników ryzyka okołoporodowych zaburzeń psychicznych (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 45).

Jednym z pierwszych niepokojących objawów jest drażliwość, nasilający się niepokój, labilność nastroju, a w niektórych przypadkach zaburzenia snu. W późniejszym etapie niemijające objawy mogą prowadzić do pojawienia się depresji, która dotyka 7,4% kobiet w I trymestrze ciąży oraz 12,0–12,8% w II i III trymestrze ciąży. W pierwszym roku po porodzie można zaobserwować większą zachorowalność na depresję. Należy pamiętać, że ciąża nie jest okresem chroniącym kobietę przed depresją. Zmiany

zachodzące w ciele kobiety, nowe wyzwania po porodzie, mogą doprowadzić do nawrotu objawów lub pojawienia się pierwszego epizodu wspomnianej choroby.

Tabela IX. Czynniki ryzyka wystąpienia okołoporodowych zaburzeń psychicznych

| Czynniki psychiatryczne | Czynniki związane z ciążą | Czynniki psychospołeczne |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia psychiczne w rodzinie (epizody zaburzeń nastroju, choroba afektywna dwubiegunowa) • Przeżyta depresja poporodowa • Zaburzenia psychiczne w wywiadzie • Używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu • Stan euforyczny po porodzie (w późniejszym okresie może rozwinąć się depresja) • Zaburzenia osobowości | <ul style="list-style-type: none"> • niechciana ciąża • ciąża zagrożona • traumatyczne doświadczenia w poprzednich ciążach (zgon dziecka, poronienia) • ciężki lub urazowy poród • poród przedwczesny | <ul style="list-style-type: none"> • trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży (zmiany zawodowe i osobiste) • samotne macierzyństwo • ciąża nieletniej • złe lub trudne relacje z matką • trudna sytuacja finansowa • złe relacje w rodzinie • przewodniczka |

Źródło: Opracowanie własne.

Smutek okołoporodowy – *baby blues syndrome* – jest dość częstym zjawiskiem i dotyka ok. 80% młodych mam. Początek przypada na ok. 2–5 dni od porodu i mija samoistnie po ok. 2 tygodniach. Nie wprowadza się żadnego leczenia, jednak powinno się obserwować kobietę w kierunku **depresji poporodowej**, na którą cierpi 10% położnic. Najczęściej objawy występują w 4–8 tygodniu i utrzymują się do ok. 6 miesięcy (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 45). W prawidłowej ciąży ryzyko popełnienia samobójstwa jest niewielkie, jednak wzrasta ono w depresji ciążowej. Okoliczności życiowe mogą skłaniać kobietę do rozmyślań nad odebraniem sobie życia. Przyczyniają się do tego komplikacje położnicze i somatyczne, np. męczące wymioty poranne, uporczywe bóle w okolicy krzyża. U kobiety mającej wyjściowo obniżone poczucie własnej wartości tego rodzaju doznania je pogłębiają.

Jednym z symptomów zaburzeń depresyjnych jest tokofobia. Zaburzenie to ma podłoże nerwicowe i jest specyficzną fobią dotyczącą lęku przed porodem.

Specjaliści wyróżniają:

- tokofobię pierwotną – u kobiet, które wcześniej nie rodziły;
- tokofobię wtórną – u kobiet, które mają niekorzystne doświadczenia z poprzednich ciąż (duży ból, złą opieką);
- tokofobię w następstwie depresji – pojawiają się obsesyjne myśli, przekonania, że nie będzie mogła urodzić dziecka lub może ono umrzeć w czasie porodu (Holka-Pokorska i wsp., 2006, s. 360).

Do czynników wpływających na powstanie tokofobii należą: *młody wiek, niski poziom wykształcenia, status socjoekonomiczny, problemy psychologiczne przed lub w czasie ciąży, patologie seksualne, niski poziom samooceny, strach przed bólem, osobowość neurotyczna, brak wsparcia społecznego, stres życia codziennego, poprzedni poród operacyjny lub rozczarowanie w związku z poprzednim porodem, choroba wcześniej urodzonego dziecka lub choroba ciężarnej, brak właściwej wiedzy* (Wojdyła i wsp., 2019, s. 209).

Lęk przedporodowy odczuwa większość kobiet, a za patologiczny uznawany jest wtedy, gdy skutkuje odstępniem od naturalnego porodu i wiąże się z poszukiwaniem możliwości wykonania cięcia cesarskiego. Do czynników powodujących nasilenie lęku można zaliczyć ból, obawę o zdrowie swoje i dziecka oraz niepewność związaną z brakiem sił w czasie porodu. Konsekwencją lęku przedporodowego jest wystąpienie stresu spełniającego kryteria podobne do zaburzeń po stresie traumatycznym. Mimo stosowanych dostępnych środków, kobieta nie może zapanować nad bólem, co wywołuje

poczucie zagrożenia i obawę przed komplikacjami. Poród, stając się przeżyciem traumatycznym, predisponuje do wystąpienia **zespołu stresu potraumatycznego** (*Post-traumatic stress disorder*; PTSD).

Etiologia PTSD jest wieloczynnikowa, za rozwój tego specyficznego zespołu odpowiadają:

- natężenie i siła stresu związanego z porodem,
- zmienne biologiczne (specyficzne cechy ośrodkowego układu nerwowego i zmiany hormonalne),
- zmienne psychologiczne, jak cechy osobowości, umiejętności społeczne i inne, (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 49).

Pojawienie się lęku przed porodem, wcześniejsza obecność zaburzeń depresyjnych, jak również brak wsparcia i zrozumienia ze strony społecznej mogą nasilać niepokój. Pojawienie się sytuacji nieplanowych, takich jak: cesarskie cięcie, poród kleszczowy, będzie sprzyjało traumatyzacji. Zdiagnozowanie PTSD jest możliwe, jeżeli objawy trwają co najmniej miesiąc (Demińska i Wichary, 2016, s. 45–46).

W Polsce, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2019 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji w trakcie ciąży powinna zostać przeprowadzona dwukrotnie – między 11–14 tygodniem ciąży oraz między 33–37 tygodniem ciąży, za pomocą kwestionariuszy diagnostycznych depresji. Dodatkowym stresem dla kobiety jest powrót do takiej samej sylwetki ciała, jak przed ciążą, co może zwiększać ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania. Walka o utrzymanie dopuszczalnej masy ciała nasila się wraz ze wzrostem płodu. Aby to osiągnąć, niektóre kobiety wprowadzają dokładną kontrolę spożywanych pokarmów i ograniczają kaloryczność posiłków. Utrzymaniu jak najniższej masy ciała, służy też codzienne, rygorystyczne wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych. Poza bezpośrednim wpływem zaburzeń odżywiania na przebieg ciąży, zaskakujące są doniesienia naukowe, które wskazują, że zaburzenia te mogą mieć wpływ na płęć dziecka. U kobiet z anoreksją i bulimią stwierdza się bowiem mniejszy odsetek urodzeń noworodków płci męskiej (Wierzejska i Jarosz, 2012).

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) może pojawić się w okresie ciąży lub zaraz po porodzie. W tym samym okresie może również nastąpić zaostrzenie objawów rozpoznanej już wcześniej choroby. W czasie ciąży częściej obserwuje się epizody depresji lub epizody mieszane niż manie lub hipomanie (Giziński i Drózd, 2015). Epizody zaburzeń nastroju stwierdzane są najczęściej w pierwszym trymestrze ciąży, co może się wiązać z nagłym odstawieniem leku normotymicznego. Kobietom z ChAD lekarze zwykle odradzają zajście w ciążę, uważając że podwyższa ona ryzyko nawrotu choroby oraz obawiając się teratogennego działania leków normotymicznych (Costoloni i wsp., 2014).

Psychoza w ciąży to zagrożenie nie tylko dla ciężarnej, ale także dla rozwijającego się dziecka. Psychoza to zaburzenie psychiczne charakteryzujące się dezorganizowanym, zakłóconym postrzeganiem rzeczywistości. Najpowszechniejszą formą takiej nieprawidłowej percepcji są iluzje i omamy, ale zaburzenie dotyka też zachowania oraz struktury czy toku myślenia. Objawia się urojeniami, natrętnymi myślami, spowolnieniem bądź przyspieszeniem rozumowania, słowotokiem itp. Chory nie jest przy tym krytyczny wobec takiej percepcji, będąc przekonany o realności tego, co widzi, nie jest świadomy swojej choroby. W ciąży psychoza jest trudna do zdiagnozowania z powodu zmian, którym podlega organizm kobiety w tym okresie, obejmujących całe ciało – nie tylko funkcjonowanie poszczególnych narządów, lecz także psychikę i emocje. Odpowiedzialna za nie burza hormonalna może prowadzić nie tylko do nietypowych zachowań i zmian w sposobie myślenia, ale też do silnego stresu i stanów lękowych, będących wspólnym objawem dla wielu jednostek chorobowych. Niepokój, gonitwa myśli, zmienne nastroje, stany otępienia, lęk i przerażenie, zamykanie się w sobie – to jedne z częstszych objawów psychozy, doświadczanych przez wiele kobiet, oczekujących przyjścia na świat dziecka. Podejrzenie psychozy w ciąży rodzi wiele problemów – poczynając od diagnostyki (ciężarna nie może poddać się wielu inwazyjnym dla płodu badaniom), aż po leczenie, leki przeciwpsychotyczne mogą bowiem zahamować lub rozregulować rozwój płodu. W ciąży psychoza może pojawić się nagle, ale stan

też może zaostrzyć wcześniejsze objawy psychopatologiczne, bądź wywołać nawrót zaburzenia. W każdym wypadku przebieg i leczenie mają wpływ na dziecko – zarówno stres, jaki towarzyszy ciężarnej w związku z nietypową percepcją rzeczywistości, jak i leki pomagające jej wrócić do normalności, mogą stać się przyczyną powikłań położniczych. Do najczęstszych należy poród przedwczesny (we wczesnej ciąży poronienie) – wysokie stężenie kortyzolu (zwanego hormonem stresowym) w krwi przyszłej mamy może przekładać się na zwielokrotnienie skurczów macicy i pogorszyć przepływ łożyskowy (Melka-Roszczyk i Malinowski, 2013, s. 349–350).

Zaburzenia psychiczne po porodzie – charakterystyka

Podczas połogu może pojawić się smutek, przygnębienie poporodowe, *postpartum blues*, *baby blues*. Występuje u ok. 50–80% kobiet, a początek przypada w okresie *nawału mlecznego*. Objawy trwają ok. 14 dni, a ich nasilenie przypada na 5–6 dzień po porodzie, towarzyszy im lęk oraz stany subdepresyjne. U kobiety pojawia się zmęczenie, drażliwość oraz zmienność nastroju. Objawy te sprawiają, że matka nie czuje satysfakcji z macierzyństwa. Kocha swoje dziecko, a jednocześnie nie odczuwa przyjemności przebywania z nim, karmienie jest tylko obowiązkiem. Niejednokrotnie matki mają poczucie winy, braku kompetencji, a nawet określają siebie jako *wyrodne* matki. W tym czasie znacznie obniża się jakość życia. Zaniedbania, jakie wynikają z objawów, nie mają znaczącego wpływu na rozwój dziecka i szybko mijają. W tym czasie ważna jest edukacja matki oraz rodziny, jak również okazanie wsparcia, uspokojenie i wskazanie sposobów poradzenia sobie z problemami, aby objawy się nie nasiliły. Można również zachęcić do kontaktu z psychoterapeutą lub podjęcia terapii dla całej rodziny. Taki stan nie wymaga leczenia farmakologicznego i przy wsparciu najbliższych ustępuje, czasami nie jest nawet zauważony przez rodzinę. *Wskazana byłaby zmiana podejścia wobec tego zaburzenia, ponieważ u części kobiet z baby blues rozwija się pełnoobjawowy obraz depresji, a podjęcie działań terapeutycznych już w tym okresie może mieć znaczenie profilaktyczne dla depresji poporodowej* (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 46).

Depresja poporodowa (*postpartum depression*), odczuwana przez 10–20% matek, pojawia się między pierwszym, a drugim miesiącem życia dziecka. Może wystąpić u kobiet, które wcześniej miały epizody depresyjne, ale również u matek, które dobrze sobie radziły i nigdy nie miały problemów emocjonalnych. Depresja poporodowa po pierwszym dziecku zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się drugiego epizodu po kolejnym porodzie. Matka jest jednak bardziej świadoma i umie rozpoznać niepokojące objawy, potrafi też dobrze z nimi sobie radzić. Ma także większe doświadczenie w opiece nad dzieckiem. *Objawy depresji poporodowej w dużej części to typowe objawy depresyjne, takie jak w innego rodzaju zaburzeniach afektywnych.* (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 45).

Dla młodej matki relacja z nowo narodzonym dzieckiem jest dużym wyzwaniem. Kobiety borykają się z poczuciem bezwartościowości w roli matki, są przewrażliwione na punkcie dziecka, sprawdzają, czy dziecko śpi, oddycha. Odczytywanie wysyłanych przez dziecko sygnałów sprawia im trudność, co może prowadzić do zaniedbań potomstwa. Opieka nad niemowlakiem nie sprawia im przyjemności, a może wręcz wzbudzać rozdrażnienie i nasilenie lęku. W tym okresie mogą pojawić się myśli o oddaniu dziecka, a nawet myśli o śmierci, swojej lub dziecka. Narastanie emocji, drażliwość, obsesje, zmienność nastroju, mogą prowadzić do zachowań agresywnych wobec dziecka. Przy zaburzeniach depresyjnych istnieje ryzyko myśli samobójczych, które pojawiają się na początku choroby, ale możliwe są również w okresie względnej poprawy. Pacjentki nie są w stanie rozwiązać pojawiających się problemów. Brak badań dotyczących samobójstw w przebiegu depresji poporodowej. Na podstawie danych literaturowych, biorąc pod uwagę zaburzenia depresyjne – uważa się, że śmiertelność wynosi 20–30%. Najbardziej niebezpieczne są samobójstwa rozszerzone, zdarzające się w ciężkiej depresji poporodowej pod wpływem urojeń. Matki mają poczucie silnej ochrony przed zagrożeniem rodziny. Pod wpływem

urojeń matka może zabić swoje dziecko, aby chronić go przed trudnym życiem. *Samobójstwo rozszerzone zdarza się w ciężkich depresjach psychiatrycznych* (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 47).

Tabela X. Objawy depresji poporodowej

| Objawy depresji poporodowej |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • negatywne myśli – depresyjna ocena rzeczywistości, • stały nastrój przygnębienia, w poważniejszych przypadkach zdarza się też poczucie braku emocji (<i>anaesthesia dolorosa</i>), • poczucie beznadziejności, • poczucie winy, • obniżona samoocena, • złe samopoczucie fizyczne, hipochondria, • znaczne osłabienie energii życiowej – stałe uczucie zmęczenia, • pogorszenie koncentracji lub/i zdolności do podejmowania decyzji, • bierność lub przeciwnie – niepokój i ciągle pobudzenie, • anhedonia – niezdolność do przeżywania radości, • zaburzenia snu, • zaburzenia łaknienia, • drażliwość, • izolowanie się i unikanie kontaktów, • myśli i tendencje samobójcze. |

Źródło: Opracowanie własne na podst. Krzyżanowska-Zbucka, J. 2010.

Psychoza poporodowa (połogowa) występuje u 0,1–0,2% kobiet i może mieć gwałtowny przebieg. Objawy psychozy rozwijają się szybko, a należą do nich:

- podwyższony nastrój,
- nieadekwatny płacz lub śmiech,
- pobudzenie, bezładne zachowania, krzyk,
- silny niepokój i lęk,
- treści urojeniowe (np., że matka pójdzie do więzienia, bo nie dość dobrze zajmuje się dzieckiem albo, że nadal jest w ciąży i wcale jeszcze nie urodziła lub, że ktoś chce ukraść jej dziecko),
- halucynacje — rozmowa z nieistniejącymi osobami,
- myśli samobójcze.

Kobieta zwykle w tych przypadkach wymaga szybkiej konsultacji psychiatrycznej i hospitalizacji, bo jej zachowanie niesie wiele zagrożeń dla niej samej oraz dziecka. Nieleczona może doprowadzić do samobójstwa lub dzieciobójstwa. Matka cierpiąca na psychozę nie umie krytycznie ocenić rzeczywistości i nie jest zdolna nawiązać prawidłowej relacji z otoczeniem. Może odrzucać myśl, że urodziła, a dziecko uważać za podrzutka. Będąc pod wpływem urojeń, może uważać, że dziecko jest szatanem, którego należy zniszczyć. Pod wpływem halucynacji imperatywnych może udusić dziecko a później sama popełnia samobójstwo. Aby zapobiec takim zdarzeniom, pacjentka może zostać przyjęta do szpitala, na oddział zamknięty, wbrew jej woli, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. W terapii stosuje się leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne oraz stabilizatory nastroju. Takie leczenie wymaga zakończenia laktacji. Długość leczenia zależy od szybkiej diagnozy. Psychoza może być początkiem rozwijającej się innej choroby psychicznej, np: schizofrenii, dlatego konieczne jest kontynuowanie leczenia szpitalnego i dalszej obserwacji w poradni (Krzyżanowska-Zbucka, 2015, s. 50).

Schizofrenia pogarsza relację chorej matki z dzieckiem. Matki są zaabsorbowane swoimi myślami oraz uczuciami i nie są zdolne do sprawnego wypełniania zadań, nawet tak podstawowych, jak opieka nad dzieckiem. Niestety, nawet po wycofaniu się objawów psychiatrycznych, matki nie uzyskują pełnej zdolności do utrzymania trwałej, pełnowartościowej więzi z dziećmi. Dla relacji matki z dziec-

kiem najbardziej szkodliwe są główne (osiowe) objawy schizofrenii (Gelenberg i wsp., 2010). Rozpatrując główne objawy schizofrenii, łatwo zrozumieć ich ogromny wpływ na relacje osób chorych i rodzinę. Warto pamiętać, że kontakt matka–dziecko jest bardzo wymagający.

Urojenia, czyli sądy o fałszywej treści, w przebiegu psychozy, jaką jest schizofrenia, mogą mieć charakter:

- prześladowczy – chory jest przekonany, że ktoś próbuje go zabić, knuje przeciw niemu, truje go;
- wielkościowy – przekonanie, że jest się ważną osobą, Jezusem, wysłannikiem Boga;
- owładnięcia – myśli chorego są kontrolowane, zachowuje się zgodnie z otrzymanywanymi z zewnątrz instrukcjami);
- ksobny – np. transmisje radiowe lub telewizyjne mówiące na temat chorego;
- hipochondryczny – dotyczą ciała chorego, przekonania, że coś złego dzieje się z ciałem, np. gnije (Hanley, 2022, s. 54–56).

W czasie choroby matki, dziecko zostaje przesunięte na *dalszy plan*. Ma to kolosalne znaczenie, ponieważ nie zostają zaspokojone jego podstawowe potrzeby, np: potrzeba bezpieczeństwa, akceptacji, miłości, częstego kontaktu. Nie jest więc w prawidłowy sposób realizowana funkcja psychohygieniczna oraz nie są zaspokajane naturalne, emocjonalne potrzeby dziecka. Dzieciom osób chorych psychicznie towarzyszy lęk o zdrowie rodzica, ale również lęk o swoje zdrowie psychiczne. Strach narasta, gdy rodzic wciąga je w swoje urojenia.

Kobietom zażywającym leki przeciwpsychotyczne odradza się zachodzenie w ciążę, gdyż wspomniane preparaty mają szkodliwe działanie na płód. W trakcie ewentualnej ciąży leki należy odstawić, co często jest przyczyną nawrotu psychozy. Bardzo rzadko osoby chore na schizofrenię decydują się na dziecko oraz małżeństwo (Wojdyła i wsp., 2019).

Jednym z zaburzeń psychicznych, zdolnym do upośledzania funkcjonowania rodziny, jest zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Manifestuje się ono natrętnymi myślami i czynnościami przymusowymi, znacznie utrudniającymi życie codzienne. Natręctwa myślowe (obsesje) to nawracające, uporczywe, narzucające się wbrew woli myśli. Są one źródłem lęku i cierpienia. Matka bezskutecznie usiłuje się im przeciwstawić i stłumić. Przymus wykonywania czynności (kompulsje) polega na uporczywie powtarzanych działaniach, niekiedy ze znaczną przesadą. Muszą być wykonywane w określony sposób, zgodny z rytuałem, z góry oznaczoną liczbę razy. Tylko takie postępowanie może zapobiegać jakimś nieszczęściom. Chora matka sprawdza, czy dziecko spokojnie śpi – musi tę czynność powtórzyć określoną liczbę razy, inaczej spotka ją coś niedobrego. Schodząc po schodach musi je liczyć, dotykać poręczy, otworzyć drzwi do pokoju dzieciennego tylko na określoną szerokość. Uspokaja się dopiero po wykonaniu kompulsji i może odpocząć. Powstrzymanie się od działań kompulsyjnych, przerwanie ich, nasila objawy. Powszechne są natrętne obawy przed zakażeniem. Mogą się przejawiać wielokrotnym myciem i szorowaniem rąk, szczególnie gdy matka karmi piersią lub zmienia pieluchy. Niektóre kobiety dążą do zachowania pełnej symetrii w układzie otaczających przedmiotów. Chora ustawia półmiski ściśle według porządku alfabetycznego, ubranka według koloru, rozmiaru, rodzaju materiału oraz ceny. Matka dąży do doskonałości, przesadnie poświęca się dziecku, rodzinie i mężowi. Jej myślenie jest nieelastyczne i sztywne (Krzyżanowska-Zbucka, 2010, s. 45–47).

Podstawowe zasady psychofarmakoterapii kobiet w **ciąży**

Ginekolog-położnik, który prowadzi pacjentkę z chorobą psychiczną, powinien współpracować z lekarzem psychiatrą. Pojawiające się zmiany psychiczne może wykryć również położna środowiskowa. Lekarz powinien poinformować pacjentkę o korzyściach oraz niebezpieczeństwach wynikających z leczenia. Pacjentka powinna mieć świadomość stosowanej farmakoterapii i zapoznać się z możliwymi alternatywnymi metodami leczenia. Dokumentację medyczną należy prowadzić rzetelnie

z uwzględnieniem przebiegu ciąży i porodu. Lekarz powinien przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący uzależnień, przyjmowanych leków (Berent i Gałęcki, 2013, s. 14). Aby zapobiegać wadom cewy nerwowej u rozwijającego się płodu, należy zadbać, aby pacjentka przyjmowała preparaty kwasu foliowego. Zaleca się, aby leczenie farmakologiczne wdrożyć w II trymestrze, a jeżeli sytuacja na to pozwala – nawet w III – z powodu działania teratogennego leków (Berent i Gałęcki, 2013, s. 14).

Farmakoterapia w ciąży jest szczególnym wyzwaniem dla przyszłych matek i klinicystów, wymagającym odpowiedniego leczenia, przy możliwie jak najwyższym zachowaniu bezpieczeństwa rozwoju płodu. Uszkodzenia wewnątrzmaciczne mogą być uwarunkowane działaniem teratogennym leków, a największe ryzyko dotyczy ich stosowania w okresie organogenezy, czyli między 17 a 60. dniem od momentu poczęcia. Powstałe w tym uszkodzenia, mogą się wiązać z powstaniem wad rozwojowych dziecka. Z tych powodów odroczenie leczenia do II lub III trymestru ciąży jest rozsądnym rozwiązaniem. Należy jednak pamiętać, że jest to uwarunkowane stopniem nasilenia objawów. Rozważając odstawienie leku wraz z otrzymaniem informacji o ciąży, należy brać pod uwagę ryzyko nawrotu choroby i wynikającą z niego konieczność stosowania większej dawki. Depresja kobiet w ciąży, pozostawiona bez leczenia, może się przedłużyć do okresu poporodowego, skutkując tym samym nieprawidłowym kształtowaniem się więzi matka–dziecko. Bardzo ważna jest współpraca lekarza psychiatry i ginekologa z pacjentką w ciąży, mająca na celu ustalenie zindywidualizowanego planu terapii oraz kontroli ewentualnych objawów u matki. Postępowanie w depresji u kobiet ciężarnych zależy od obecnego stanu psychicznego pacjentki, stopnia nasilenia objawów depresji i dotychczasowego przebiegu choroby. W przypadku łagodnych zaburzeń afektywnych, zalecaną metodą jest zazwyczaj psychoterapia, natomiast w ciężkich – farmakoterapia, najlepiej w najmniejszej skutecznej dawce (Samochowiec i wsp., 2019).

Zasady postępowania przy leczeniu lekami przeciwdepresyjnymi u pacjentki **karmiącej piersią**

Dawka podanego matce preparatu, jego okres półtrwania, a zwłaszcza czas od jego przyjęcia do karmienia piersią – wpływają na ilość leku przekazanej karmionemu dziecku. W praktyce należy zadbać, by stosować najmniejsze, ale skuteczne dawki leków oraz pamiętać, że bezpieczniejsze jest stosowanie leków u matek, gdy dziecko przekroczy 10. tydzień życia (Samochowiec i wsp., 2019, s. 253–255).

Inne praktyczne zasady (Samochowiec i wsp., 2019, s. 253–255):

1. Wszystkie leki psychotropowe są wydzielane do mleka, ale w niewielkim stężeniu.
2. Unikać karmienia piersią, jeśli u dziecka stwierdzono: niewydolność nerek, wątroby, zaburzenia krążenia, zaburzenia neurologiczne.
3. Nie przystawiać dziecka do piersi w okresie najwyższego stężenia leku we krwi matki.
4. Lek podawać w jednej dawce dobowej, przed okresem najdłuższego snu dziecka, karmienie tuż przed podaniem leku.
5. Monitorować dziecko: obserwacja zachowania (płaczliwość, senność, drażliwość), parametry biochemiczne (kreatynina, próby wątrobowe).
6. Jeśli matka była leczona w okresie ciąży – stosować ten sam schemat leczenia po porodzie (unikanie objawów odstawiennych i ekspozycji dziecka na różne leki).

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne przedstawiło zalecenia dotyczące leczenia zaburzeń psychicznych u kobiet ciężarnych. Zawarto w nich przytoczone już wcześniej wskazówki, w tym także zwrócono uwagę, że raczej nie należy stosować leków w ostatnich 2–3 tygodniach przed porodem, aby zapobiec wystąpieniu objawów toksycznych i abstynencyjnych u noworodka (Rybakowski i wsp., 2019).

Zastosowanie leków psychotropowych u pacjentki nieleczonej dotychczas psychiatrycznie, zawsze powinno zostać poprzedzone wykonaniem testu ciążowego. Należy wziąć pod uwagę, że płód

jest najbardziej wrażliwy na działanie czynników toksycznych między 17. a 60. dniem ciąży, natomiast stosowane leki należy podawać w najmniejszej, terapeutycznej dawce dzielonej w ciągu dnia. Aby zapobiec zespołowi odstawiennemu u noworodka, jak wspomniano wcześniej, zaleca się odstawienie leków psychotropowych przed zakończeniem ciąży. Jeżeli jednak ich odstawienie powoduje ryzyko nawrotu choroby, należy: *dobrać lek o najmniejszym potencjale teratogennym i kontynuować farmakoterapię w najmniejszych, skutecznych dawkach, podzielonych w ciągu doby* (Samochowicz i wsp., 2019, s. 253–255).

Wśród leków psychotropowych, co do których brak danych o ich znaczącej szkodliwości tak dla matki, jak i dla rozwijającego się płodu, wymienia się: *Haloperidol*, *Chlorpromazynę* (leki przeciwpsychotyczne I generacji), *Klozapinę*, *Olanzapinę* (leki przeciwpsychotyczne II generacji), *Amitryptylinę*, *Imipraminę* (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne), *Fluoksetynę* (leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI), *Zolpidem*, *Prometazynę* (Berent i Gałęcki, 2013).

Z uwagi na brak pewności, co do bezpieczeństwa leków psychotropowych dla płodu, należy brać pod uwagę **alternatywne metody leczenia zaburzeń psychicznych u kobiet ciężarnych**, do których należą:

- psychoterapia (szczególnie poznawczo-behawioralna),
- elektrowstrząsy (EW),
- przezczaszkowa stymulacja magnetyczna,
- światłoterapia (terapia jasnym światłem),
- leczenie preparatami ziołowymi.

Należy pamiętać, że niepodjęcie leczenia ciężarnej z chorobą psychiczną może przynieść wiele negatywnych następstw, w tym brak współpracy chorej, ryzyko zachowań agresywnych, czy prób suicydalnych i śmierci dziecka (Berent i Gałęcki, 2013, s:14).

Wśród wspomnianych metod szczególnie popularna jest terapia elektrowstrząsowa i oddziaływanie psychoterapeutyczne.

Terapia **elektrowstrząsowa**

Jest jedną z najstarszych wśród współcześnie stosowanych metod leczenia zaburzeń afektywnych i schizofrenii. Zwykle stosuje się ją w przypadku zaburzeń lekoopornych, z obecnymi objawami psychotycznymi, z wysokim ryzykiem podejrzenia samobójstwa lub zagrożeniem życia w wyniku odmowy przyjmowania leków, posiłków i płynów. Elektroterapia może być bezpieczniejszą formą od farmakoterapii w pierwszym trymestrze ciąży. W drugim i trzecim zaleca się jej stosowanie, gdy leki nie są skuteczne (Serafin, 2016). Nie stwierdza się związku terapii elektrowstrząsowej z wadami wrodzonymi, zaburzeniami behawioralnymi, ani zaburzeniami poznawczymi u dziecka.

Zaletą terapii elektrowstrząsowej, jako metody leczenia poporodowych zaburzeń nastroju, są: wysoka i szybka skuteczność, wysoki stopień bezpieczeństwa dla matki i dziecka, możliwość karmienia piersią (Dudek i wsp., 2002).

Wielu autorów uważa elektrowstrząsy za skuteczną metodę w leczeniu tak depresji, jak i manii u kobiet w ciąży. Ich skuteczność w leczeniu ChAD została wielokrotnie potwierdzona (Bulbul i wsp., 2013), co przytacza w swym opracowaniu Święcicki: *W ciągu 26 lat pracy w Oddziale Chorób Afektywnych Instytutu Psychiatrii i Neurologii wielokrotnie wykonywałem zabiegi EW u ciężarnych kobiet z ChAD i nigdy nie obserwowałem żadnych istotnych powikłań zarówno ze strony matki, jak i dziecka* (Święcicki, 2013, s. 19).

W opracowaniu Hesego podano także dane empiryczne świadczące o skuteczności i bezpieczeństwie wykonywania EW u przyszłych matek. Analiza 300 przypadków kobiet, u których stosowano EW w ciąży, wykazuje obecność powikłań u 9,3% leczonych, chociaż wiele z nich nie miało oczywi-

stego związku przyczynowego z terapią elektrowstrząsową. Wśród powikłań, stwierdzonych w krótkim czasie po stosowaniu EW, wymieniono przejściowe zaburzenia rytmu serca u płodu (5 przypadków), krwawienia z pochwy (5 przypadków), skurcze macicy lub bóle brzucha (4 przypadki). W żadnym przypadku nie stwierdzono pogorszenia stanu zdrowia noworodków. W piśmiennictwie notowano 4 przedwczesne porody, ale ich związek z leczeniem EW był wątpliwy (Hese, 2007).

Psychoterapia kobiet w ciąży

Psychoterapia jest wspomagającą farmakoterapię metodą leczenia, depresji, polegającą na stosowaniu oddziaływań psychologicznych (Sterna i Sterna, 2016). Analiza wyników dostępnych badań sugeruje, że interwencje psychoterapeutyczne mają skuteczność zbliżoną do farmakoterapii. Psychoterapia jest też zalecaną metodą pierwszego rzutu u kobiet w ciąży o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu. Poza nową sytuacją życiową, jaką jest ciąża, na symptomy depresji składają się dysfunkcyjne założenia i przekonania oraz zdarzenia krytyczne, nabyte w trakcie wczesnych i poprzedzających okres ciąży doświadczeń życiowych pacjentki. Psychoterapia jest procesem, podczas którego przyszła mama może się przyjrzeć przyczynom obniżonego nastroju i znaleźć bezpieczne miejsce, w którym może zrozumieć i opisać swój obecny stan. Rozpoczęcie terapii w okresie ciąży jest odradzane, jeśli wiązałoby się z powrotem do niełatwych wspomnień, urazów psychicznych, czy też poważniejszych nieprawidłowości struktury osobowości. Dość dobrze funkcjonująca pacjentka, mająca w przeszłości objawy zaburzenia psychicznego, wystrzega się podjęcia psychoterapii (Sterna i Sterna, 2016).

Ważne jest również, aby identyfikować czynniki, mogą stać się źródłem negatywnych emocji, jakimi mogą być np. nieprawidłowy przebieg ciąży (ciąża zagrożona), czy zaburzenia rozwoju płodu. Należy również podejmować działania mające na celu obniżenie nasilenia doświadczonych emocji, wzmacniać strategię prawidłowego radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz kształtować umiejętności z przewartościowywaniem trudnych wydarzeń życiowych. Bardzo istotne jest wyjaśnienie bliskim pacjentki tego, jaki wpływ na zaburzenia nastroju kobiety ma jej sytuacja psychologiczna oraz wypracowanie sposobów reagowania otoczenia na jej zachowania w sposób minimalizujący ryzyko wystąpienia objawów choroby. Działania takie istotnie zwiększają szansę na uzyskanie przez ciężarną właściwego wsparcia ze strony osób najbliższych (Sterna i Sterna, 2016).

W leczeniu łagodnych przypadków depresji poporodowej, wśród oddziaływań psychoterapeutycznych szczególnie skuteczna jest terapia interpersonalna, skupiona nad małym wsparciem społecznym, na relacjach pacjentki z bliskimi, predefiniowaniu ról rodzinnych i społecznych, omawianiu stresorów. Ważną rolę uzupełniającą w terapii tego zaburzenia pełnią: psychoedukacja i spotkania konsultacyjne dla rodziny, pozwalające zrozumieć i zaakceptować objawy odczuwane przez przyszłą matkę, zapobiegać konfliktom, rozwiązywać konflikty już istniejące (Dudek i wsp., 2002).

Kończąc temat metod leczenia zaburzeń psychicznych potencjalnie możliwych do wykorzystania w okresie ciąży, zwraca się uwagę na rolę dziurawca w leczeniu depresji. Właściwości lecznicze tej rośliny, w tym działanie przeciwdepresyjne, są powszechnie znane. Należy jednak pamiętać, że preparaty ziołowe charakteryzują się działaniami ubocznymi oraz wchodzą w interakcje z innymi lekami.

Z przeprowadzonych badań wynika, że preparaty dziurawca można ewentualnie zastosować w depresjach o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym. W żadnym wypadku nie można stosować preparatu dziurawca w leczeniu depresji ciężkiej. Kobiety w ciąży oraz karmiące piersią nie powinny stosować dziurawca. Ponadto, nie należy go łączyć ze standardowymi lekami przeciwdepresyjnymi, ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego, hipomanii i manii (Gałuszko i Cubała, 2005).

Depresja **okołoporodowa** u ojców

W dostępnej literaturze przedmiotu znaleziono sporo informacji na temat depresji okołoporodowej u matek. Mało jest jednak informacji na temat związku urodzenia się dziecka z rozwojem depresji u ich ojców. Wiadomo jednak, że choroba ta u ojców może *wywołać lub nasilać trudności w relacjach partnerskich, zaburzać prawidłową więź i rozwój dziecka oraz wywoływać u niego zaburzenia behawioralne we wczesnym etapie życia* (Sokół-Szawłowska, 2020, s. 1124).

Dane literaturowe wskazują, iż ok. 10% ojców ma objawy depresji o różnym nasileniu w okresie od I trymestru ciąży partnerki do roku po urodzeniu dziecka (Gavin i wsp., 2004, s. 1071–1083), a 1,2–25,5% doświadcza jej tylko w okresie poporodowym (Schumacher i wsp., 2008, s. 65–70). U kobiet po porodzie ujawnia się ona zazwyczaj w pierwszych 3 miesiącach, u ojców zaś w 3–6 miesiącu po urodzeniu dziecka. Uważa się, że: *ciężka depresja matki dziecka zwiększa o 50% ryzyko wystąpienia tego zaburzenia u ojca. Silny wpływ ma również historia rodzinnego występowania depresji u obojga rodziców mężczyzny* (Sokół-Szawłowska, 2020, s. 1124).

Wśród potencjalnych czynników predysponujących do pojawienia się depresji okołoporodowej u ojców wymienia się III trymestr ciąży partnerki, będący źródłem stresu dla mężczyzny, co może wiązać się ze spadkiem intensywności pożycia seksualnego (Condon i wsp., 2014, s. 56–64) oraz niedobór androgenów. Mężczyźni stają się podatni na depresję, nie poprzez doświadczanie położu, jak to ma miejsce u kobiet, ale w czasie podejmowania roli ojca, szczególnie gdy w ich życiu zdarza się to po raz pierwszy. Uważa się, że: *najsilniejszym psychologicznym czynnikiem jest rozbieżność między wcześniejszym wyobrażeniem o ojcostwie, a realiami* (Schumacher i wsp., 2008, s. 65–70). Wśród innych czynników ryzyka u ojców wymienia się: depresję w przeszłości, trudną relację partnerską, słabe wsparcie społeczne, bezrobocie, problemy z prawem, nieplanowaną ciążę partnerki, cechy osobowości niedojrzałej oraz uzależnienia (Sokół-Szawłowska, 2020, s. 1125). W literaturze przedmiotu znajdowano także dane mówiące o wzroście ryzyka depresji u ojców wychowywanych w rodzinach z nadopiecznym wzorcem wychowania. U matek takich obserwacji nie odnotowano (DeaterDeckard i wsp., 1998). Skoncentrowanie się matki po porodzie na noworodku może u ojca wywoływać lub nasilać poczucie odrzucenia. Poczucie braku kompetencji w czynnościach pielęgnacyjnych dotyczących noworodka także może prowadzić do przyjęcia postawy wycofania się u ojca i sprzyjać reakcjom depresyjnym. Powszechna deprywacja snu we wczesnym etapie po porodzie, generująca często pogorszenie się wydajności w pracy zarobkowej, również utrudnia adaptowanie się ojca do nowej roli, budzi frustrację i sprzyja depresji.

Obraz kliniczny depresji u ojców może mieć charakter odmienny niż u kobiet (Sokół-Szawłowska, 2020, s. 1126). U mężczyzn bardziej charakterystyczna jest drażliwość, impulsywność, skłonność do zachowań ryzykownych, tendencja do nadużywania substancji, wycofanie społeczne, spadek odporności na stres (Addis, 2008, s. 153–168; Rol i Chodkiewicz, 2015, s. 199–207). Ustalenie właściwej diagnozy często jest utrudnione bagatelizowaniem swojego stanu przez mężczyznę oraz postrzeganiem przez najbliższe otoczenie zachowań ojca jako zmian związanych z odmiennością rodzinną, społeczną i ekonomiczną tego etapu w życiu mężczyzny. Wyniki dostępnych badań pokazują, że mężczyźni częściej niż kobiety po porodzie doświadczają stanów emocjonalnych typu: bezsilność, strach, frustracja, obawa o przyszłość, lęki z komponentą somatyczną, uczucie wyczerpania i drażliwość, które może dominować lub wręcz zastępować smutek (Schumacher i wsp., 2008; Marcinkiewicz i Więdołcha, 2018).

W dostępnych doniesieniach opisywane są konsekwencje nieleczonej depresji u ojca. Bardzo często w przebiegu depresji u ojców obserwuje się obniżenie funkcjonowania zawodowego, co wynika z obecnych w tej chorobie zaburzeń funkcji poznawczych. *Drażliwość z wybuchami gniewu, niska samoocena, stosowanie używek – niekorzystne ze strony ojca cierpiącego na depresję, ma znaczący wpływ na relację ojciec–niemowlę, relację która jest kluczowa dla rozwoju dziecka i kształtowania u niego*

odpowiedzi na stres. Potwierdzono, że obniżenie nastroju u ojca wywołuje wystąpienie u niemowlęcia zjawiska określanego mianem „negatywnego temperamentu”. Ojcowie w depresji mają gorszą jakość interakcji i zaburzoną komunikację z dzieckiem. Mniej zabaw „twarzą w twarz” z ojcem w okresie niemowlęcym, upośledza zdolności komunikacyjne dziecka, kluczowe dla jego dalszego rozwoju. Depresja ojca powoduje, że mniej oni angażują się w stymulację poznawczą niemowlęcia oraz w porównaniu ze zdrowymi ojcami, częściej stosują przemoc wobec członków najbliższej rodziny (Sokół-Szawłowska, 2020, s. 1126; Field, 2010, s. 1–6).

Dylematy etyczno-prawne **związane z hospitalizacją** kobiety w **ciąży**

Ciąża lub okres połogu mogą zaostrzyć już istniejącą chorobę psychiczną lub wyzwoić nową. Psychiatryczna hospitalizacja pacjentki spodziewającej się potomstwa jest wyzwaniem dla całego personelu terapeutycznego, który bardzo często musi stawić czoła dylematom związanym z leczeniem i opieką nad pacjentką spodziewającą się dziecka. Mowa tu o przymusowej hospitalizacji pacjentki, stosowaniu przymusu bezpośredniego, czy zabiegach elektrowstrząsów. Psychiatryczna hospitalizacja tej grupy pacjentek w sposób szczególny musi uwzględniać fundamentalną zasadę najmniejszej uciążliwości (Kmieciak, 2011, s. 243).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (1994 r.) wyraźnie określa okoliczności przyjęcia pacjenta bez jego zgody. Literatura przedmiotu zwraca uwagę, że mechanizm zaprzeczenia u dotkniętych chorobą psychiczną pacjentek w ciąży może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia nie tylko płodu, lecz także matki. Pacjentki w tym stanie często nie potrafią rozpoznać istotnych zmian zachodzących w organizmie w trakcie ciąży i błędnie interpretują sygnały rozpoczynającego się porodu (Ściepuro i wsp., 2005, s. 3–4). Po zajściu w ciążę istnieje konieczność modyfikowania oraz całkowitego odstawienia leków, co wiąże się z wystąpieniem stanów zagrożenia życia i zdrowia.

U pacjentki np. chorującej na schizofrenię mogą pojawić się objawy psychotyczne, będące zagrożeniem dla dziecka oraz rodziny. Dążąc do ochrony zdrowia i życia pacjentki oraz dziecka, lekarz ma prawo zatrzymać pacjentkę na przymusowe leczenie, bez wyrażenia przez nią zgody (Kmieciak, 2011, s. 243–249).

Podjęcie leczenia pacjentki chorej psychicznie będącej w ciąży, często powiązane jest z koniecznością zastosowania wobec niej form przymusu bezpośredniego, np. unieruchomienia, czy przymusowego podania leków. Sytuacja taka ma bardzo często miejsce w sytuacji wystąpienia u chorej zachowań agresywnych, stanowiących zagrożenie dla jej życia i zdrowia lub życia oraz zdrowia nie narodzonego dziecka. Dawki leków (uspokajających) powinny z jednej strony być bezpieczne dla dziecka, a z drugiej przynosić spodziewany efekt w postaci zniwelowania zachowań agresywnych. Ponadto, na osobach biorących udział w unieruchomieniu ciężarnej pacjentki, spoczywa obowiązek podjęcia bezpiecznych dla kobiety działań, zadbanie, by wspomniana czynność była wykonana szybko i stanowczo, uważając, by nie wykonywać ruchów, które mogłyby być niebezpieczne dla matki i jej dziecka. Pamiętać należy również o przestrzeganiu zasad stosowania przymusu bezpośredniego: uprzedzenie pacjentki o zamiarze zastosowania przymusu, przy wyborze środka przymusu kierowanie się zasadą najmniejszej uciążliwości, monitorowanie stanu psychofizycznego unieruchomionej pacjentki i stanu unieruchomienia co 15 min, zmiana pozycji chorego, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych nie rzadziej niż co 4 godz., utrzymanie przymusu jedynie do chwili ustania jego przyczyn, prowadzenie właściwej dokumentacji przymusu bezpośredniego (Rozporządzenie MZiOS z dnia 23.08.1995 r.).

Ostatni dylemat dotyczy podejmowania decyzji o zastosowaniu zabiegów elektroterapii (EW) wobec ciężarnej bez jej zgody. Leki psychotropowe stosowane w leczeniu schizofrenii (głównie neuroleptyki) wywołują – jak wiadomo – bogatą gamę objawów ubocznych. W momencie zastosowania leczenia może dojść do wielu komplikacji nie tylko u matki, lecz także u rozwijającego się dziecka. Leki

te zwiększając częstość wad rozwojowych płodu, może dojść do obumarcia lub wczesnego porodu. Jednak niepodanie leku pacjentce lub nagle zmniejszenie jego dawki może prowadzić do poważnych zaburzeń zachowania, mogących zagrażać pacjentce. W sytuacji niezbędnego podania preparatu, lekarze psychiatrzy zalecają jego podaż w trakcie ciąży w najmniejszej dawce i po przeanalizowaniu zysków oraz potencjalnych strat zastosowania leku w ciąży (Rzewuska, 2009; Kmiecik, 2011).

Skuteczność zabiegów elektrowstrząsów w leczeniu niektórych schorzeń jest potwierdzona. Wskazaniem do poddania pacjenta tej formie terapii są przede wszystkim objawy ciężkiej depresji endogennej, depresji lekoopornej, objawy zespołu silnej katatonii hiperkinetycznej z osłupieniem, brak skutecznych efektów w długotrwałym leczeniu farmakologicznym. Należy podkreślić, że ciąża nie jest przeciwwskazaniem do stosowania elektrowstrząsów (Kmiecik, 2011, s. 247). Dane z literatury oraz doświadczenia z praktyki klinicznej – potwierdzają, że EW są bezpieczne, zwłaszcza w II i III trymestrze ciąży. U niewielu kobiet ciężarnych leczonych EW odnotowano: bóle brzucha, krwawienie z dróg rodnych, przedwczesny poród, arytmie u dziecka. Z powodu tych zagrożeń zaleca się unikanie tej metody w I trymestrze ciąży (Rzewuska, 2009, s. 18–28).

Z uwagi na istniejące niebezpieczeństwo, zabiegi EW umieszczone są w grupie zabiegów wymagających odrębnej zgody pacjenta, zaliczane są do grupy terapii najbardziej uciążliwych (Kmiecik, 2011, s. 247). Decyzję o tych zabiegach należy podejmować, gdy inne dostępne metody leczenia są nieskuteczne lub w stanie wyraźnej terapeutycznej konieczności, po właściwym, wcześniejszym przygotowaniu chorego, w tym: konsultacji kardiologicznej, internistycznej, neurologicznej, anestezjologicznej, zapoznaniu z procedurą zabiegu, uzyskaniu zgody chorego (Zyss i wsp., 2005, s. 1113–1129).

W praktyce zdarzają się sytuacje wykonywania zabiegów EW bez zgody pacjenta, np. gdy silne objawy agresji zagrażają zdrowiu i życiu chorego lub innych osób znajdujących się w jego otoczeniu. Wówczas lekarz prosi sąd opiekuńczy o wyrażenie zgody na leczenie tą metodą lub – w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta – sam podejmuje decyzję o wykonaniu zabiegu bez takiej zgody. Sąd wydający zgodę na zabieg powiadamiany jest po fakcie (Kmiecik, 2011, s. 247).

Epizod depresyjny z tendencjami suicydalnymi, objawami psychotycznymi lub odmową przyjmowania posiłków jest u kobiet w ciąży wskazaniem do terapii elektrowstrząsowej (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011).

Warto zaznaczyć, że zabiegi EW, jako pierwszą formę szpitalnej terapii, należy przeprowadzać tylko w wyjątkowych sytuacjach, związanych ze stanem bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentki oraz brakiem możliwości zastosowania innej terapii. By jednak prawa pacjentki poddawanej tej metodzie leczenia były respektowane, personel musi pamiętać o objęciu jej szczególną analizą konsultacyjną oraz sądowniczą w chwili, gdy procedura ta ma charakter przymusowy (Kmiecik, 2011, s. 243–249).

Zalecane jest wykonywanie zabiegu w znieczuleniu ogólnym i w obecności wyspecjalizowanego personelu – lekarza psychiatry, anestezjologa, pielęgniarki psychiatrycznej i anestezjologicznej.

Leczenie psychiatryczne kobiet ciężarnych nie jest zjawiskiem incydentalnym, a leczenie i opieka nad pacjentką spodziewającą się dziecka stanowią istotne wyzwanie terapeutyczne dla całego zespołu terapeutycznego. Leczenie to w praktyce może być także prowadzone i bez zgody samej pacjentki.

Na koniec warto wspomnieć o **wpływie aborcji na zdrowie psychiczne kobiety**, udowodniono bowiem, że przerwanie ciąży może mieć negatywne skutki w tym zakresie.

Zdaniem specjalistów, aborcja może prowadzić do pojawienia się tzw. reaktywnego zespołu depresyjnego, może również przyczynić się do następujących zaburzeń psychicznych: PAS (*post-abortion syndrome*) – zespół poaborcyjny; PAD (*post-abortion distress*) – postaborcyjną rozpacz oraz PTSD (*post-traumatic stress disorder*) – zaburzenie stresowe pourazowe lub zaburzenie stresu pourazowego (Kmiecik, 2011, s. 245).

Specjaliści jednoznacznie podkreślają, że aborcja z dużym prawdopodobieństwem doprowadza do wystąpienia zachowań depresyjnych, trudności w życiu codziennym, wynikających z poczucia winy.

Zaburzenia te powodują zwiększenie odsetka osób popełniających samobójstwo w omawianej grupie pacjentek. Zauważa się także, że przebyta aborcja może w znaczący sposób pozbawiać kobiety kompetencji wychowawczych, ważnych w opiece nad kolejnymi urodzonymi dziećmi, kobiety te bowiem w wyniku zakorzenionego poczucia winy, mają trudności z wyrażaniem uczuć (Bołoz, 2007, s. 225). Ponadto, z badań kobiet po przebytej aborcji wynika, że prawie wszystkie po usunięciu ciąży odczuwają długotrwały smutek, 92% doświadcza silnego poczucia winy, 81% ma obniżone poczucie własnej wartości oraz wciąż myśli o abortowanym dziecku, a 73% cierpi na depresję. Przebyty zabieg zwiększa także ryzyko rozwoju choroby psychicznej – 25% kobiet dokonujących aborcji korzysta później z pomocy psychiatry, a 39% chorych leczy się na anoreksję lub bulimię. Znacznie częstsze są także zachowania autoagresywne – nadużywanie alkoholu i narkotyków oraz samookaleczanie się. Kobiety dokonujące aborcji 6-krotnie częściej niż kobiety rodzące dokonują prób samobójczych, 30% kobiet po przebytej aborcji dotyczy problem lekomanii (Kmieciak, 2011, s. 245).

Biorąc pod uwagę ogrom negatywnych następstw przebytej aborcji w sferze psychicznej, słusze wydaje się informowanie chorej o możliwości negatywnych skutków psychicznych, jakie mogą pojawić się po zabiegu. Ciężarna pacjentka chora psychicznie ma prawo – szczególnie w sytuacji wystąpienia objawów psychotycznych zagrażających zdrowiu lub życiu jej lub dziecka – do przebywania w szpitalu psychiatrycznym aż do momentu porodu. W uzasadnionych przypadkach hospitalizacja może odbyć się także bez zgody pacjentki (Kmieciak, 2011, s. 246).

PIŚMIENNICTWO

- Addis, M.E.** (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3): 153–168.
- Berent, D., Galecki, P.** (2013). Psychofarmakologia kobiet w ciąży. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 1: 13–19.
- Bilikiewicz, A.** (2006). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Bołoz, W.** (2007). *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Bulbul, F., Copoglu, U.S., Alpak, G., Unal, A., Demir, B., Tastan, M.F., Savan, H.A.**, (2013). Electroconvulsive therapy in pregnant pateints. *General Hospital Psychiatry*, 35(6): 636–639.
- Cebella, A., Łucka, I.** (2007). Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie. Gdańsk: Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekui Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku.
- Condon, J.T., Boyce, P., Corkindale, C.J.** (2014). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Psychiatry*, 38(1–2): 56–65.
- Costoloni, G., Pierantozzi, E., Goracci, A., Bolognesi, S., Fagiolini, A.** (2014). Mood stabilisers and pregnancy outcomes – a review. Italy: Psychiatr. Pol., Division of Psychiatry, Department of Molecular Medicine. University of Siena, School of Medicine.
- Dąbrowski, S., Pietrzykowski, J.** (1997). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN.
- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J.F., Golding, J.** (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. The American Journal of Psychiatry*, 155(6): 818–823.
- Demińska, A., Wichary, E.** (2016). Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego – znaczenie dla praktyki położniczej. *Sztuka Leczenia*, 1: 43–54.
- DSM-5. Kryteria diagnostyczne.** American Psychiatric Association. Red. Wyd. Pol. P. Gałeczki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wciórka (2015). Wrocław: Wydawnictwo Urban Partner.
- Dudek, D., Siwek, M., Zięba, A., Nowak, G.** (2002). Depresja poporodowa. *Przegląd Lekarski*, 58(11): 919–923.
- Edward, K.L., Castle, D., Mills, C., Davis, L., Casey, J.** (2015). An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men’s Health*, 9(1): 26–34.
- Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., Trąbińska-Haduch, M.** (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3): 91–116.
- Field, T.** (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1): 1–6.
- Galuszko, M., Cubala, W.J.** (2005). Rola dziurawca w leczeniu depresji. *Psychiatria*, 2(2): 93–96.

- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T.** (2004). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics Gynecology*, 106(5 Pt1): 1071–1083.
- Gelenberg, A.J., Freeman, M.P., Markowitz, J.C.** (2010). American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third Edition. *The American Journal of Psychiatry*, 167(Suppl.): 1–152.
- Giziński, L.M., Drózd, W.** (2015). Stany mieszane – pozycja nozologiczna i konsekwencje kliniczna. *Psychiatria* 12(3): 142–146.
- Golec, M., Rajewska-Rager, A., Latos, K., Kosmala, A., Hirschfeld, A., Molińska-Glura, M.** (2016). Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. Poznań: Wyd. Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Hanley, J.** (2022). Zaburzenia psychiczne w ciąży i połogu. Wrocław: Wyd. Edra Urban&Partner.
- Hese, R.T.** (2007). Stosowanie elektrowstrząsów w wybranych populacjach. W: R.T. Hese, T. Zyss Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klibucznej. Wrocław: Wyd. Elsevier Urban&Partner, s. 63–67.
- Holka-Pokorska, J., Jarema, M., Stefanowicz, A., Piróg-Balcerzak, A., Wichniak, A.** (2016). Elektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatria Polska*, 50(2): 364.
- Jarema, M., Rabe-Jabłońska, J.** (2011). Schizofrenia. W: Jarema M. (Red): Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica, s. 29.
- Jaszczak-Kuźmińska, D.** (2004). Baby blues. *Niebieska Linia*, 2: s. 43–49.
- Kmieciak, B.** (2011). Dylematy etyczno-prawne związane z hospitalizacją psychiatryczną kobiety w ciąży. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11(4): 243–249.
- Krzyżanowska-Zbucka, J.** (2010). Okołoporodowe zaburzenia psychiczne, a krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone*, 3(32): 43–53.
- Marcinowicz, P., Więdłocha, M.** (2018). Depresja okołoporodowa u ojców. W: A. Mosiołek (Red.). Okołoporodowe zaburzenia psychiczne: diagnostyka i standardy postępowania. Nowa Wola: Wydawnictwo Prawo Medyczne, 24: 135–144.
- Melka-Roszczyk, M., Malinowski, W.** (2013). Psychoza poporodowa. *Family Medicine and Primary Care Review*, 15(3): 349–350.
- Mossakowska-Wójcik, J.R., Orzechowska, A.M., Galecki, P.** (2019). Terapia depresji w przebiegu ciąży. *Wyd. CNS Reviews*, 3(2): 85–97.
- Piorunek, M., Kozielska, J., Skowrońska-Pućka, A.** Rodzina–młodzież–dziecko. Szkice z teorii i praktyki pomocy psychopedagogicznej i socjalnej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Pilszyk, A., Cynkier, P.** (2015). Samobójstwo rozszerzone – depresja, a osobowość borderline, *Psychiatria Polska*, 49(3): 36–38.
- Rol, P., Chodkiewicz, J.** (2015). Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(4): 199–207.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.** Dz.U. 1995 r., nr 103, poz. 514.
- Rybakowski, J., Cubala, W.J., Galecki, P., Rymaszewska, J., Samochowiec, J., Szulc, A., Dudek, D.** (2019). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część II: Choroba afektywna dwubiegunowa. *Psychiatria Polska*, 53(2): 264–265.
- Rymaszewska, J., Dolna, M., Gryboś, M., Kiejna, A.** (2005). Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekologia Polska*, 76(4): 322–329.
- Ryś, M.** (1994). Psychologiczne aspekty przerywania ciąży. W: W. Majowski (Red.). *Zanim zdecydujesz*. Kraków: Wydawnictwo Księży Sercanów, 26–28.
- Rzewuska, M.** (2009). Zaburzenia psychiczne w ciąży i poporodowe oraz ich leczenie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 9(1): 7–28.
- Samochowiec, J., Rybakowski, J., Galecki, P., Szulc, A., Rymaszewska, J., Cubala, W.J., Dudek, D.** (2019). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji. *Psychiatria Polska*, 53(2): 267–271.
- Serafin, A.** (2016). Postępowanie oraz farmakoterapia u kobiet w ciąży w postępowaniu przedszpitalnym. Problemy i dylematy ratownika medycznego. Kraków: Wyd. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.
- Skowrońska-Pućka, A.** (2016). (Przed)wczesne macierzyństwo – perspektywa biograficzna. Diagnostyka, pomoc i wsparcie. *Seria Psychologia i Pedagogika*, s. 243. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sokół-Szawłowska, M.** (2020). Przypadki depresji okołoporodowej u ojców. *Psychiatria Polska*, 54(6): 1123–1135.

- Schumacher, M., Zubaran, C., White, G.** (2008). Bringing birth-related paternal depression. *Women Birth*, 21(2): 65–70.
- Sterna, W., Sterna, A.** (2016). Psychoterapia, a farmakoterapia – czy można je łączyć? *Psychiatria* 13(2): 84–91.
- Ściepuro, A., Wilkowska, A., Landowski, J.** (2005). Zaburzenia stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(supl. 1/20): 3–106.
- Świącicki, Ł.** (2013). Choroba afektywna dwubiegunowa w okresie ciąży. *Psychiatria po dyplomie. Medical Tribune*, 12: 14–20.
- Wierzejska, R., Jarosz, M.** (2012). Niedożywienie i zaburzenia odżywiania u kobiet w wieku prokreacyjnym., Warszawa: *Postępy Nauk Medycznych. Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie*, 25(12): 966–968.
- Wojdyła, Z., Żurawicka, D., Łuczak, I., Zimnowoda, M.** (2019). Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. W: D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Wojtal, J. Siekierski (Red.). *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu. T. 7: 197–205.
- Zielińska, E.** (2008). Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. *Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Zyss, T.R., Hese, T., Jałowicki, P.O., Majewski, W., Palugniok, R.** (2005). Kilka uwag o procedurze pozyskiwania świadomej zgody w przypadku pacjentów kwalifikowanych do zabiegów elektrowstrząsowych. *Psychiatria Polska*, 39(6): 1113–1129.

Rozdział 13

Stwardnienie rozsiane a ciąża i macierzyństwo

Julia Wyszomirska, Katarzyna Broniec-Siekaniec

Stwardnienie rozsiane (SM) w kontekście macierzyństwa jest specyficzną chorobą neurologiczną. Z jednej strony najczęściej rozpoczyna się w okresie wczesnej dorosłości, gdy wiele kobiet planuje macierzyństwo, a jednocześnie częściej dotyka kobiet niż mężczyzn (Brownlee i wsp., 2017; McGinley i wsp., 2021). Z drugiej strony wiedza na temat SM jest ciągle niewystarczająca lub bazuje na błędnych przekonaniach, mitach dotyczących osób chorujących, prezentujących obraz choroby bardziej zagrażającej życiu, prowadzącej do częstszych i bardziej nasilonych niepełnosprawności niż ma to miejsce w rzeczywistości. Pokłosiem błędnych, ale dobrze ugruntowanych, informacji jest mit dotyczący tego, że kobiety chorujące na SM nie powinny zachodzić w ciążę (Melinosky, 2020; Myths about Multiple Sclerosis, 2021). W obecnych czasach można się spodziewać, że tego typu wątpliwości pacjentek będą szybko rozwiane, zaraz po postawieniu diagnozy. Mogą jednak utrzymywać się wątpliwości co do ciąży, związane z własnym stanem zdrowia, niepewnością co do własnej płodności, przebiegiem ciąży, przewidywaniem negatywnego wpływu leczenia SM na płód, obawami o rozwój SM u dziecka. Inna grupa obaw dotyczy pełnienia roli rodzica, szczególnie sprawnej opieki nad niemowlęciem i nadmiernego fizycznego przeciążenia. Powyższe są związane także z antycypowaniem negatywnej oceny społecznej w razie trudności w *idealnym* wypełnianiu roli rodzica. Deficyty w zakresie otrzymywanego lub przewidywanego wsparcia społecznego w okresie ciąży i opieki nad dzieckiem, ale także informacyjnego dotyczące wpływu SM na płodność i przebieg ciąży są kolejnym powodem trosk w odniesieniu do macierzyństwa, a czasami nawet rezygnacji z planów prokreacyjnych (Ghafoori i wsp., 2020; Kosmala-Anderson i Wallace, 2013). Opisane powyżej trudności są najczęstszą przyczyną zmian planów prokreacyjnych po rozpoznaniu SM. Pacjentki te rzadziej decydują się na posiadanie dzieci niż kobiety z populacji ogólnej (Bonavita i wsp., 2021; Smeltzer, 2002). Innym problemem, dotyczącym ok. 10% pacjentek są nieplanowane ciąża w toku leczenia modyfikującego przebieg choroby (*disease modifying therapy*; DMT) (Rasmussen i wsp., 2018).

Powyższe powody stały się inspiacją do przybliżenia problematyki macierzyństwa kobiet z SM. Autorkom zależy nam na tym, by ten rozdział był kompendium wiedzy o znaczeniu SM w kontekście planowania i przebiegu ciąży. Kolejnym celem jest dostarczenie informacji, narzędzi zwiększających pewność w relacji z pacjentkami, przydatnych do budowania pozytywnej, sprzyjającej otwartości relacji z położnymi. Dlatego niektóre aspekty choroby, jak jej wpływ na decyzje, przebieg ciąży i okres połogu oraz ich wpływ na przebieg SM, są bardziej wyeksponowane. Z kolei inne zagadnienia, szczególnie dotyczące samych mechanizmów etiopatologicznych oraz szczegółów leczenia są mniej wnikliwie opisane i na pewno wymagają samodzielnego uzupełnienia. W pierwszej części przedstawiono najbardziej podstawowe informacje o samej chorobie. Dalsza część jest próbą odpowiedzi na pytania, jakie pacjentki mogą zadać położnej lub jakie mogą zadawać wyłącznie same sobie.

Stwardnienie rozsiane – informacje ogólne

Stwardnienie rozsiane jest chorobą neurodegeneracyjną o podłożu autoimmunologicznym, jednocześnie najczęstszą przewlekłą chorobą zapalną ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Dotyka ok. 2 mln ludzi na świecie, z częstością występowania 5–300 na 100 000 osób i wzrasta na wyższych szerokościach geograficznych (McGinley i wsp., 2021; Reich i wsp., 2018). W Polsce wskaźniki zachorowalności pozostają na podobnym poziomie od ok. 10 lat. Szacuje się, że SM dotyka 45–51 tys. (Medonet, 2021). Czynniki ryzyka SM są nadal w znacznej mierze nieznane. Wyjaśnia się je połączeniem podatności genetycznej i czynników środowiskowych (Filippi i wsp., 2018). U osób predysponowanych genetycznie zakażenie wirusem Epsteina–Barra (EBV), szczepienia, deficyty światła słonecznego (UV) prowadzące do niedoborów witaminy D, powtarzające się narażenie na rozpuszczalniki organiczne oraz stres fizyczny i emocjonalny potencjalnie zwiększają ryzyko rozwoju SM. (Kyritsis i wsp., 2016; Sellner i wsp., 2011). Choroba najczęściej rozpoczyna się u młodych dorosłych (średni wiek zachorowania to 20–30 lat), a jej pierwszymi symptomami są jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego, częściowe zapalenie rdzenia kręgowego, zaburzenia czucia lub zespoły pnia mózgu. Kobiety chorują trzykrotnie częściej niż mężczyźni i trend ten jest coraz bardziej wyraźny. Stwardnienie rozsiane może prowadzić do niepełnosprawności fizycznej, deficytów funkcji poznawczych i obniżonej jakości życia. Rozpoznanie stawia się na podstawie kombinacji objawów podmiotowych i przedmiotowych. Charakterystyczne zmiany w obrazach MRI, towarzyszące typowemu zespołowi objawów, często są wystarczające do potwierdzenia SM. Jednak u niektórych pacjentów konieczne są dodatkowe badania, w tym neurofizjologiczne, czy laboratoryjne np. obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (Brownlee i wsp., 2017; McGinley i wsp., 2021; Reich i wsp., 2018). Ze względu na tempo rozwoju choroby oraz wzorec progresji objawów, wyróżnia się kilka postaci klinicznych omawianej choroby: rzutowo-remisyjna, wtórnie postępująca, pierwotnie postępująca oraz łagodna. Blisko 85% pacjentów cierpi na postać rzutowo-remisyjną (Lindsay i wsp., 2013). Dostępnych jest dziewięć klas terapii DMT, o różnych mechanizmach działania, drogach podania, dobieranych adekwatnie do typu przebiegu SM. Wskaźniki skuteczności leczenia, rozumiane jako redukcja nawrotów w ciągu roku, wynoszą 29–68% i – jak każde leczenie – wiążą się z ryzykiem działań niepożądanych (Brownlee i wsp., 2017; McGinley i wsp., 2021).

Ogólne zalecenia dotyczące kontaktu z pacjentkami

Podjęwając rozmowę z pacjentką na temat bezpieczeństwa ciąży, warto stale mieć na uwadze, że obawy są częste i dotyczą wielu różnych aspektów ciąży, porodu, opieki nad dzieckiem oraz własnego stanu zdrowia (Ghafoori i wsp., 2020). Dlatego należy umożliwić pacjentce swobodne zadawanie nawet wielu pytań, a w razie konieczności powtarzać odpowiedzi, ponownie wyjaśniać wątpliwe kwestie. Poziom szczegółowości, wnikanie w różnego rodzaju mechanizmy, ilość informacji oraz sposób ich przekazywania zawsze powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości pacjentki. W celu zbudowania bezpiecznej relacji, zyskania większej pewności, co do przekazywanych przez pacjentkę treści i intencji, wyrażenia własnej empatii oraz zweryfikowania stopnia zrozumienia i satysfakcji z konsultacji, warto wykorzystywać ogólnie zalecane metody komunikacyjne. Warto pamiętać o aktywnym słuchaniu, klaryfikacji, parafrazowaniu, dowartościowaniu czy odzwierciedlaniu uczuć. Niezależnie od rozpoznania, zakres poruszanej problematyki nie powinien ograniczać się wyłącznie do funkcjonowania pacjentki w roli *chorej na SM* i holistyczne podejście położnej jest jak najbardziej wskazane (Ahmed, 2020; Baranowska i wsp., 2021; Iwanowicz-Palus i Makara-Studzińska; 2021).

Pewne cechy obrazu klinicznego SM mogą wpływać na jakość kontaktu z personelem medycznymi, w tym z położną. Należą do nich trudności w obszarze poznawczym, zaburzenia mowy, depresja

oraz wzmożony niepokój, lęk. Szacuje się, że dysfunkcje poznawcze mogą dotyczyć 40–70% chorych. Najczęściej mają charakter wybiórczy, a ich nasilenie osiąga stopień łagodny lub umiarkowany. Do najczęstszych obserwowanych trudności należą deficyty pamięci oraz procesów uwagowych, które jednocześnie pojawiają się w obrazie choroby najwcześniej (Talarowska i Gałecki, 2013). Na podstawie własnych doświadczeń jako neuropsychologów, autorki niniejszego rozdziału zapewniają, że tego typu dysfunkcje o niewielkim nasileniu, w rutynowych kontaktach z pacjentkami mogą pozostać zupełnie niezauważalne dla personelu medycznego. Niemniej warto mieć świadomość możliwości ich zaistnienia, by zachować gotowość do elastycznego dostosowania przekazu informacji do aktualnego stanu pacjentki. U osób chorujących na SM występować mogą także dyzartryczne zaburzenia mowy, przejawiające się głównie zaburzeniami rytmu wypowiedzi, kontroli głośności, a także obecnością mowy skandowanej. W odniesieniu do funkcji językowych zauważyć można trudności w nazywaniu, jak również w mowie opowieściowej (Talarowska i Gałecki, 2013). Większe jest ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych oraz lękowych, co także może mieć wpływ na kontakt z osobami chorymi na stwardnienie rozsiane. Kobiety z SM będące lub planujące zajście w ciążę, mogą prezentować również zwiększony niepokój związany z przewidywanymi lub obserwowanymi trudnościami, a także z uzyskanymi (niekoniernie prawdziwymi) informacjami. Ważne, aby w rozmowie stworzyć przestrzeń na wypowiedzenie tych obaw oraz udzielić odpowiedzi zgodnych z najnowszą wiedzą.

Najczęstsze obawy pacjentek

SM a bezpieczeństwo w ciąży

W niedalekiej przeszłości diagnoza SM często była powodem rezygnacji z planów prokreacyjnych. Coraz lepsze poznanie choroby i postęp w leczeniu sprawiają, że można ją w dużym stopniu kontrolować i nie musi oznaczać rezygnacji z zostania rodzicem. Wiadomo także, że SM nie wpływa negatywnie na przebieg ciąży oraz zdrowie dziecka. Ciąża kobiet z SM nie zalicza się do *wysokiego ryzyka*. Jednocześnie nie ma długoterminowego negatywnego wpływu na zdrowie matki oraz pogłębienie niepełnosprawności (Canibaño i wsp., 2020). Obecnie brak badań wskazujących na negatywne oddziaływanie SM na płodność. Należy jednak zauważyć, że okresowo niekorzystny wpływ mogą wywierać obniżone libido, zaburzenia funkcji seksualnych, brak miesiączki związany z podejmowanym leczeniem, niski poziom estrogenów, wczesna niewydolność jajników, a także decyzje prokreacyjne (Bove i wsp., 2014). Ogólne zalecenia dotyczące zachowań prozdrowotnych lub suplementacji w okresie przed ciążą i w trakcie jej trwania są takie same dla kobiet chorujących i niechorujących na SM. Wśród nich w kontekście SM szczególnie rekomenduje się rzucenie palenia, które może wiązać się z ryzykiem postępu choroby, zadbanie o higienę snu oraz suplementację witaminy D (Bove i wsp., 2014; Christesen i wsp., 2012; Fragoso i wsp., 2018).

Ciąża a przebieg SM

W przypadku kobiet chorujących na SM i planujących ciążę, niezwykle ważne jest poradnictwo oraz postępowanie zgodne z aktualną wiedzą. Do najlepiej zbadanych kwestii dotyczących rozrodczości w SM należy efekt, jaki ciąża wywiera na ryzyko rzutów choroby (Bove i wsp., 2014). Bardziej ugruntowane są przy tym dowody na zwiększoną liczbę rzutów po porodzie, co prawdopodobnie jest związane z istotnymi zmianami hormonalnymi (zwłaszcza w odniesieniu do estriolu) i utratą stanu ciążowej immunotolerancji (Airas i wsp., 2008). Badania i metaanalizy wskazują na zmniejszenie liczby rzutów w trakcie ciąży oraz wzrost ich liczby w okresie poporodowym (Dobson i wsp., 2020; Modrego i wsp., 2021; Xie i wsp., 2020). Istotną wśród rekomendacji dla osób chorych na SM i jednocześnie planujących

poczęcie jest kwestia kontrolowania przebiegu choroby. Do czynników powiązanych z liczbą rzutów po porodzie należą bowiem wysoki wskaźnik rzutów w okresie roku lub/i dwóch lat przed poczęciem oraz w trakcie ciąży, jak również wyższy stopień niepełnosprawności w okresie poczęcia (Hughes i wsp., 2014; Vukusic i wsp., 2004). Dlatego też zaleca się, by na co najmniej rok przed poczęciem w jak największym stopniu kontrolować chorobę. Ponadto, jeśli SM zostało niedawno zdiagnozowane, zaleca się odczekanie roku przed zejściem w ciążę (Fragoso i wsp., 2018)

Leczenie SM w trakcie ciąży

Informacje związane z wpływem leków na płód lub/i koniecznością czasowego zaniechania albo modyfikacji leczenia mogą budzić lęk u pacjentek i wpływać na decyzję o ciąży. Pacjentki będą poszukiwały informacji w Internecie, wśród innych chorujących na SM, co może prowadzić do błędnych przekonań, nieadekwatnych do indywidualnej sytuacji zdrowotnej konkretnej pacjentki. Dlatego warto zachęcać kobiety rozważające ciążę do poruszenia tej tematyki z lekarzem prowadzącym. O ile SM nie jest przeciwwskazaniem do zejścia w ciążę, o tyle sama DMT może wymagać modyfikacji w okresie ciąży lub/i karmienia piersią. Leki można klasyfikować wg ich potencjalnego wpływu na ciążę i płód. Niektóre z nich, np. interferon Beta lub octan glatirameru, nie zwiększają ryzyka poronienia, przedwczesnego porodu oraz poważnych wad wrodzonych (Lopez-Leon i wsp., 2020) i mogą być przyjmowane podczas karmienia piersią (Canibaño i wsp., 2020). Ryzyko stosowania innych, np. natalizumabu, jest nieznaczne lub niejednoznaczne (Lopez-Leon i wsp., 2020; Peng i wsp., 2019), ale w odniesieniu do potencjalnych kosztów i zysków czasami może być jednak zalecane, co wiąże się z koniecznością monitorowania noworodka. Niektóre leki DMT wykazują działanie teratogenne, konieczne zatem jest ich odstawienie lub zamiana (Canibaño i wsp., 2020; Krysko i wsp., 2021).

Ryzyko chorób u dziecka ciężarnej z SM

Ciąże pacjentek z SM nie są z definicji ciążami wysokiego ryzyka, a sama choroba nie zwiększa częstości pojawienia się komplikacji, takich jak ciąża pozamaciczna, anomalie łożyskowe, poronienia, krwotoki przedporodowe, stan przedrzucawkowy, urodzenie martwego dziecka, przedwczesny poród, czy wady wrodzone. Niektóre badania wskazują na zwiększone prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z niską wagą urodzeniową. Zasadniczo SM nie jest chorobą dziedziczną, jednak ryzyko zachorowania dziecka rodziców z SM jest nieco wyższe niż w populacji ogólnej, w której wynosi 0,1–0,3%. Gdy jedno z rodziców jest chore, to ryzyko wzrasta do 2–4%, natomiast w przypadku obojga rodziców do 6–12% (Canibaño i wsp., 2020; Ebers i wsp., 2000). Nie należy jednak przeszacowywać roli podłoża genetycznego, np. w badaniach Hansen i wsp. (2005) ryzyko zachorowania na SM w przypadku bliźniąt monozygotycznych wynosiło 24%, a dwujajowych 3%.

Przebieg porodu

Stwardnienie rozsiane nie wymusza modelu porodu czy rodzaju zastosowanego znieczulenia (Canibaño i wsp., 2020), dlatego rekomenduje się, by to położnik podejmował decyzję o sposobie rozwiązania ciąży. Jedynym zaleceniem jest wybór porodu w warunkach szpitalnych, w przeciwieństwie do porodów domowych, bez jakiegokolwiek asysty, w wodzie bądź innych alternatywnych (Fragoso i wsp., 2018). U kobiet chorujących na SM obserwuje się nieznacznie zwiększone ryzyko wywołania porodu oraz wolniejszy przebieg drugiego jego etapu. Częściej również dochodzi do porodu operacyjnego oraz użycia kleszczy (Dahl i wsp., 2005). Pacjentki, których poziom sprawności jest gorszy, mogą mieć trudności z parciem w trakcie porodu. Obserwuje się, że wraz ze wzrostem stopnia niepeł-

nosprawności, wzrasta liczba cesarskich cięć oraz porodów wspomaganych. Nie zostało dotychczas jednoznacznie wyjaśnione, czy jest to kwestia wyboru dokonywanego przez kobiety, czy kwestia zbyt częstego postrzegania porodów w SM jako tych *wysokiego ryzyka* (Bove i wsp., 2014). Częstość cięć cesarskich oraz porodów wspomaganych może być również związana z doświadczanym zmęczeniem, spastycznością kończyn dolnych, jak również z dysfunkcją narządów miednicy (Fragoso i wsp., 2018). W kontekście opieki położniczej istotna jest zatem świadomość trudności, jakich może doświadczać rodząca. Wynikają najczęściej ze stanu klinicznego pacjentki, a nie z jej psychologicznego nastawienia do współpracy w toku porodu, wymagają zatem zrozumienia oraz adekwatnego działania.

Okres poporodowy i karmienie piersią

Przeglądając literaturę na temat zaleceń dla matek z SM, nie znaleziono specyficznych rekomendacji dotyczących opieki nad noworodkiem i niemowlakiem. Dlatego podobnie jak przy porodzie, wskazane jest zdroworozsądkowe podejście oraz korzystanie z ogólnych wytycznych. Zdaniem autorek, w przypadku kobiet z SM istotne jest adekwatne dostosowanie opieki nad dzieckiem do własnych możliwości. W obszarze tym ważniejsze będzie nasilenie czy specyfika niepełnosprawności, niż samo rozpoznanie akurat tej, konkretnej choroby. Typowe zadania, takie jak noszenie, kąpiel, karmienie i przewijanie dziecka, mogą wymagać większego planowania dla matek z niepełnosprawnością fizyczną. Dlatego ważne, aby w sposób elastyczny wykorzystywać techniki adaptacyjne, odpowiednio planować, organizować opiekę nad dzieckiem (Wint i wsp. 2016). Jest bardzo prawdopodobne, że matki zostaną poinformowane o ryzyku rzutów po porodzie. Szacuje się, że jest ono nieco wyższe niż przed i w okresie ciąży. W okresie trzech miesięcy po porodzie powyżej 30% kobiet doświadcza rzutu choroby. Jest to okres, w którym warto wrócić do tematu czynników mogących wywoływać zaostrzenie objawów, podkreślając konieczność unikania przeforsowywania się, deprivacji snu i przeciążenia związanego z liczbą obowiązków domowych (Bove i wsp., 2014). Znaczenie wsparcia społecznego kobiet w okresie poporodowym jest oczywiste, natomiast w przypadku kobiet z SM nabiera szczególnego wydźwięku, ponieważ staje się czynnikiem mogącym mieć implikacje dla klinicznego przebiegu choroby.

Zaleca się zachęcanie kobiet do karmienia piersią, ze względu na ogólne związane z tym zyski (Holla-Bhar i wsp., 2015). DMT i karmienie piersią, nie zawsze wykluczają się automatycznie, należy jednak zwrócić uwagę na możliwość przenikania do mleka matki składników przyjmowanych leków (Fragoso i wsp., 2018). Z analiz Langer-Gould i wsp. (2020) wynika, że w okresie do roku po porodzie 87% kobiet karmiło piersią, ale też 58,8% nie stosowało DMT. Wciąż brakuje konsensusu w kwestii protekcyjnego działania karmienia piersią w odniesieniu do kolejnych rzutów. Z przeprowadzonej metaanalizy (Pakpoor i wsp., 2012) można wysnuć wnioski, że każde karmienie piersią redukuje ryzyko rzutów. Wydaje się więc istotne, aby zespół medyczny, bazując na aktualnej wiedzy, umożliwił kobietom z SM podjęcie decyzji w tym obszarze.

Ryzyko depresji poporodowej

Zaburzenia depresyjne i lękowe u osób z SM stwierdzane są częściej niż w populacji ogólnej. Szacuje się, że ryzyko to wynosi 14–54% (Boeschoten i wsp., 2017). Współwystępowanie depresji oraz lęku z SM wyjaśnia się wieloczynnikowo. Z jednej strony może to być reakcja psychologiczna na sytuację choroby, zwłaszcza przewlekłej i postępującej. Z drugiej strony można mówić o pewnego rodzaju predyspozycjach, zarówno z punktu widzenia czynników psychospołecznych – niewystarczające wsparcie społeczne oraz nieadekwatne strategie radzenia sobie z chorobą, jak i biologicznych – zmiany struktury mózgu oraz w zakresie szlaków immunologicznych i zapalnych. Z drugiej strony, dostrzegalny jest także negatywny wpływ zaburzeń nastroju na stan zdrowia oraz trudności w przestrzeganiu zaleceń zdrowotnych. Zaburzenia nastroju są także powodem obniżenia odczuwanej jakości życia, zwiększają

ryzyko samobójstwa oraz pojawienia się problemów zawodowych, związane są również z obecnością zaburzeń poznawczych (Fruehwald i wsp., 2001). Dlatego u kobiet z SM także ryzyko rozwoju depresji około- i poporodowej jest wyjściowo wyższe, w przypadku depresji okołoporodowej prawie dwukrotnie (Arnett i wsp., 2008; Eid i wsp., 2021). Wyniki badań Razaz i wsp. (2016) wskazują, że wspomniany problem dotyczy 26% rodziców obojga płci. Do najważniejszych predyktorów pojawienia się depresji okołoporodowej należą niekorzystne warunki socjoekonomiczne, historia nadużyć seksualnych lub fizycznych oraz wcześniej zdiagnozowane zaburzenia psychiczne. Położna powinna pamiętać, że depresja okołoporodowa, poza obniżeniem jakości życia oraz pogorszeniem współpracy w toku leczenia, może mieć negatywny wpływ na jakość relacji z niemowlęciem oraz zwiększać ryzyko rozwoju choroby psychicznej u dziecka (Eid i wsp., 2021). Z tego też względu ważne jest identyfikowanie czynników ryzyka, by możliwe było wdrożenie działań prewencyjnych, prawidłowa diagnoza i adekwatne oddziaływanie. W leczeniu zaburzeń nastroju u osób chorujących na SM, oprócz farmakoterapii, pomocne mogą okazać się terapia psychologiczna (Fiest i wsp., 2016) oraz ćwiczenia fizyczne, dodatkowo wykazujące działanie prewencyjne (Dalgas i wsp. 2015).

Poszukiwanie wsparcia

Dla wielu osób z SM, choroba ta stanowi poważne wyzwanie w kwestii planowania ciąży oraz decyzji o macierzyństwie. Ważnymi tematami w tym obszarze są obawy dotyczące między innymi poradzenia sobie w roli rodzica, a także niewystarczające wsparcie. Opieka nad dzieckiem, zarówno tuż po urodzeniu, jak i w późniejszym czasie, może być wyzwaniem dla osób, które ze względu na chorobę mierzą się z niepełnosprawnością fizyczną. Dotyczy to sprawowania codziennej opieki, ale także aktywności, w których rodzice chcą towarzyszyć swoim młodszym i starszym dzieciom. Niezwykle istotne jest posiadanie wsparcia ze strony współmałżonka/partnera, rodziny oraz różnego rodzaju organizacji, zwłaszcza w okresie pierwszych 6 miesięcy po porodzie, gdy ryzyko rzutu jest wysokie, a także wsparcie informacyjne, dotyczące płodności oraz kwestii planowania rodziny (Ghafoori i wsp., 2020). Internet jest z całą pewnością źródłem wsparcia informacyjnego. Na stronach poświęconych osobom chorującym na SM znaleźć można przydatne wiadomości, adresy oraz publikacje, dotyczące między innymi kwestii płodności, jak też rodzicielstwa. Niektóre fundacje oferują wsparcie emocjonalne w postaci poradnictwa psychologicznego, grup wsparcia dla wszystkich pacjentów z SM, niezależnie od ich wieku i aktualnej sytuacji życiowej. Wydaje się jednak, że w okresie okołoporodowym, poza najbliższą rodziną, to położna POZ powinna odgrywać istotną rolę. Ważne, by w relacji z przedstawicielami personelu medycznego, osoby chorujące na SM, mogły zadać pytania budzące w nich niepokój, ale także, by były z dużą uwagą obserwowane oraz wysłuchane przez położną. Wizyta patronażowa może stać się dobrą okazją do omówienia kwestii istotnych dla kobiety, będącej od niedawna matką, jak również do obserwacji jej stanu emocjonalnego. Istotną sprawą jest także tworzenie struktur wsparcia społecznego, umożliwiających kontakt zarówno z położną, jak też z grupami pomocowymi dla kobiet po porodzie (Dominiak i wsp., 2021). Z punktu widzenia opieki poporodowej (wizyty położnej w domu) duże znaczenie ma zwrócenie uwagi na stan psychiczny i emocjonalny pacjentki. Istotne jest zebranie wywiadu dotyczącego rytmu okołodobowego, możliwości zadbania o prawidłową jakość i ilość snu, jak również obserwacja niepokojących symptomów, takich jak obniżony nastrój, anhedonia, nadmierne zmęczenie przekraczające młodej matki. Obszarem, na który należy zwrócić uwagę, jest także posiadanie systemu wsparcia – niezbędnego dla prawidłowego funkcjonowania – oraz umiejętność dzielenia obowiązków z innymi członkami rodziny, co może chronić przed przeciążeniem, a jednocześnie zmniejszać ryzyko rzutu choroby. Ważną rolą położnej jest więc między innymi udzielanie wsparcia, w tym informacyjnego, a także psychoedukacja (Kossakowska, 2013).

Ważne adresy:

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego – www.ptsr.org.pl

- informacje dotyczące starań o dziecko, ciąży, porodu, położu, wpływu przyjmowanych leków oraz roli rodzica z SM
- webinary edukacyjne i warsztaty np. *Być Mamą z SM* – dostępne na stronie Internetowej Towarzystwa
- wydawnictwa do pobrania *Staram się o dziecko, Jestem w ciąży, Jestem mamą*

Społecznościowe grupy wsparcia

- NeuroPozytywni
- Pogoda Ducha w SM
- Dziurawe Głowy – SM
- Twardziele – Grupa Młodych z SM

Fundacje

- Fundacja NeuroPozytywni
- Fundacja Urszuli Jaworskiej www.fundacjauj.pl
- Pomóż Walczyć o życie – www.pomozwalczyc.pl

PIŚMIENICTWO

- Ahmed, H.M.** (2020). Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: a cross-sectional study in government health settings of Erbil City, Iraq. *Reproductive Health*, 17(1): 35.
- Airas, L., Saraste, M., Rinta, S., Elovaara, I., Huang, Y. H., Wiendl, H., Finnish Multiple Sclerosis and Pregnancy Study Group** (2008). Immunoregulatory factors in multiple sclerosis patients during and after pregnancy: relevance of natural killer cells. *Clinical and Experimental Immunology*, 151(2): 235–243.
- Arnett, P.A., Barwick, F.H., Beeney, J.E.** (2008). Depression in multiple sclerosis: review and theoretical proposal. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(5): 691–724.
- Baranowska, B., Pawlicka, P., Kiersnowska, I., Misztal, A., Kajdy, A., Sys, D., Doroszevska, A.** (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4): 382.
- Boeschoten, R.E., Braamse, A., Beekman, A., Cuijpers, P., van Oppen, P., Dekker, J., Uitdehaag, B.** (2017). Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 372: 331–341.
- Bonavita, S., Lavorgna, L., Worton, H., Russell, S., Jack, D.** (2021). Family Planning Decision Making in People With Multiple Sclerosis. *Frontiers in neurology*, 12: 620772.
- Bove, R., Alwan, S., Friedman, J.M.** et al. (2014). Management of multiple sclerosis during pregnancy and the reproductive years: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6): 1157–1168.
- Brownlee, W.J., Hardy, T.A., Fazekas, F., Miller, D.H.** (2017). Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges. *Lancet (London, England)*, 389(10076): 1336–1346.
- Canibaño, B., Deleu, D., Mesraoua, B., Melikyan, G., Ibrahim, F., Hanssens, Y.** (2020). Pregnancy-related issues in women with multiple sclerosis: an evidence-based review with practical recommendations. *Journal of Drug Assessment*, 9(1): 20–36.
- Christesen, H.T., Falkenberg, T., Lamont, R.F., Jørgensen, J.S.** (2012). The impact of vitamin D on pregnancy: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(12): 1357–1367.
- Dahl, J., Myhr, K.M., Daltveit, A.K., Hoff, J.M., Gilhus, N.E.** (2005). Pregnancy, delivery, and birth outcome in women with multiple sclerosis. *Neurology*, 65(12): 1961–1963.
- Dalgas, U., Stenager, E., Sloth, M., Stenager, E.** (2015). The effect of exercise on depressive symptoms in multiple sclerosis based on a meta-analysis and critical review of the literature. *European Journal of Neurology*, 22(3): 443–e34.
- Dobson, R., Jokubaitis, V.G., Giovannoni, G.** (2020). Change in pregnancy-associated multiple sclerosis relapse rates over time: a meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 44: 102241.
- Dominiak, M., Antosik-Wójcicka, A., Baron, M., Mierzejewski, P., Święcicki, Ł.** Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [online]

- <https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf> [Dostęp: 30.06.2021].
- Ebers, G.C., Yee, I.M., Sadovnick, A.D., Duquette, P.** (2000). Conjugal multiple sclerosis: population-based prevalence and recurrence risks in offspring. Canadian Collaborative Study Group. *Annals of Neurology*, 48(6): 927–931.
- Eid, K., Torkildsen, Ø.F., Aarseth, J.** et al. (2021). Perinatal Depression and Anxiety in Women With Multiple Sclerosis: A Population-Based Cohort Study. *Neurology*, 96(23): e2789–e2800.
- Fiest, K.M., Walker, J.R., Bernstein, C.N.** et al. (2016). Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 5: 12–26.
- Filippi, M., Bar-Or, A., Piehl, F., Preziosa, P., Solari, A., Vukusic, S., Rocca, M.A.** (2018). Multiple sclerosis. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4(1): 43.
- Fragoso, Y.D., Adoni, T., Brooks, J.** et al. (2018). Practical Evidence-Based Recommendations for Patients with Multiple Sclerosis Who Want to Have Children. *Neurology and Therapy*, 7(2): 207–232.
- Fruehwald, S., Loeffler-Stastka, H., Eher, R., Saletu, B., Baumhackl, U.** (2001). Depression and quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 104(5): 257–261.
- Ghafoori, F., Dehghan-Nayeri, N., Khakbazan, Z., Hedayatnejad, M., Nabavi, S.M.** (2020). Pregnancy and Motherhood Concerns Surrounding Women with Multiple Sclerosis: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(1): 2–11.
- Hansen, T., Skytthe, A., Stenager, E., Petersen, H.C., Brønnum-Hansen, H., Kyvik, K.O.** (2005). Concordance for multiple sclerosis in Danish twins: an update of a nationwide study. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 11(5): 504–510.
- Holla-Bhar, R., Iellamo, A., Gupta, A., Smith, J.P., Dadhich, J.P.** (2015). Investing in breastfeeding – the world breastfeeding costing initiative. *International Breastfeeding Journal*, 10: 8.
- Hughes, S.E., Spelman, T., Gray, O.M.** et al. (2014). Predictors and dynamics of postpartum relapses in women with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 20(6): 739–746.
- Iwanowicz-Palus, G., Makara-Studzińska, M.** [Red.] (2021). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: PZWL.
- Kosmala-Anderson, J., Wallace, L.M.** (2013). A qualitative study of the childbearing experience of women living with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 35(12): 976–981.
- Kossakowska, K.** (2013). Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby. *Medycyna Ogólna Nauki o Zdrowiu*, 2013; 19(4): 463–468.
- Krysko, K.M., Bove, R., Dobson, R., Jokubaitis, V., Hellwig, K.** (2021). Treatment of Women with Multiple Sclerosis Planning Pregnancy. *Current Treatment Options in Neurology*, 23(4): 11.
- Kyritsis, A.P., Boussios, S., Pavlidis, N.** (2016). Cancer specific risk in multiple sclerosis patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 98: 29–34.
- Langer-Gould, A., Smith, J.B., Albers, K.B.** et al. (2020). Pregnancy-related relapses and breastfeeding in a contemporary multiple sclerosis cohort. *Neurology*, 94(18): e1939–e1949.
- Lindsay, K.W., Bone, I., Fuller, G.** (2013). *Neurologia i neurochirurgia*. Wrocław: Elsevier UrbanPartner.
- Lopez-Leon, S., Geissbühler, Y., Sabidó, M., Turkson, M., Wahlich, C., Morris, J.K.** (2020). A systematic review and meta-analyses of pregnancy and fetal outcomes in women with multiple sclerosis: a contribution from the IMI2 ConcePTION project. *Journal of Neurology*, 267(9): 2721–2731.
- McGinley, M.P., Goldschmidt, C.H., Rae-Grant, A.D.** (2021). Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 325(8): 765–779.
- Medonet. Stowarzyszenie Dziennikarze Dla Zdrowia.** Jak się leczy stwardnienie rozsiane w Polsce? (2021) [online] <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,jak-sie-leczy-stwardnienie-rozsiane-w-polsce-,artykul,07817346.html> [Dostęp: 30.06.2021].
- Melinosky, Ch.** (2020). Myths and Facts About Multiple Sclerosis [online] <https://www.webmd.com/multiple-sclerosis/myths-facts-multiple-sclerosis> [Dostęp: 02.07.2021].
- Modrego, P.J., Urrea, M.A., de Cerio, L.D.** (2021). The effects of pregnancy on relapse rates, disability and peripartum outcomes in women with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 10(3): 175–186.
- Myths about Multiple Sclerosis (MS):** Aruma [online] <https://www.aruma.com.au/about-us/blog/myths-about-multiple-sclerosis-ms/> [Dostęp: 02.07.2021].
- Pakpoor, J., Disanto, G., Lacey, M.V., Hellwig, K., Giovannoni, G., Ramagopalan, S.V.** (2012). Breastfeeding and multiple sclerosis relapses: a meta-analysis. *Journal of Neurology*, 259(10): 2246–2248.
- Peng, A., Qiu, X., Zhang, L., Zhu, X., He, S., Lai, W., Chen, L.** (2019). Natalizumab exposure during pregnancy in multiple sclerosis: a systematic review. *Journal of the Neurological Sciences*, 396: 202–205.

- Rasmussen, P.V., Magyari, M., Moberg, J.Y., Bøgelund, M., Jensen, U., Madsen, K.G.** (2018). Patient awareness about family planning represents a major knowledge gap in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 24: 129–134.
- Razaz, N., Tremlett, H., Marrie, R.A., Joseph, K.S.** (2016). Peripartum depression in parents with multiple sclerosis and psychiatric disorders in children. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 22(14): 1830–1840.
- Reich, D.S., Lucchinetti, C.F., Calabresi, P.A.** (2018). Multiple Sclerosis. *The New England Journal of Medicine*, 378(2): 169–180.
- Sellner, J., Kraus, J., Awad, A., Milo, R., Hemmer, B., Stüve, O.** (2011). The increasing incidence and prevalence of female multiple sclerosis – a critical analysis of potential environmental factors. *Autoimmunity Reviews*, 10(8): 495–502.
- Smeltzer, S.C.** (2002). Reproductive decision making in women with multiple sclerosis. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 34(3): 145–157, doi: 10.1097/01376517-200206000-00007.
- Talarowska, M., Galecki, P.** [Red.] (2013). Zaburzenia funkcji poznawczych w wybranych chorobach somatycznych. Radom: Wydawnictwo Continuo.
- Vukusic, S., Hutchinson, M., Hours, M.** et al. (2004). Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain*, 127(Pt 6): 1353–1360.
- Wint, A.J., Smith, D.L., Iezzoni, L.I.** (2016). Mothers With Physical Disability: Child Care Adaptations at Home. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(6): 7006220060p1–7006220060p7.
- Xie, Y., Tian, Z., Han, F., Liang, S., Gao, Y., Wu, D.** (2020). Factors associated with relapses in relapsing-remitting multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(27): e20885.

Rozdział 14

Problematyka psychologiczna HIV/AIDS w okresie ciąży i macierzyństwa

Iwona Hildebrandt, Julia Wyszomirska

Okres ciąży i początki macierzyństwa to często czas nadziei, radości, ale także niepokoju, obaw o przebieg ciąży, rozwój płodu, zdrowie dziecka i własne, spełnianie się w roli rodzica. Kobieta w ciąży zakażona HIV (HIV+), oprócz powszechnych stresorów związanych z macierzyństwem, jest potencjalnie obciążona znacznie większą ilością trudnych emocji, rozterek, niepewności niż kobiety niezakażone. Mogą one dotyczyć przewidywanego zagrożenia dla zdrowia dziecka i matki, jakie niesie ze sobą zakażenie. Biorąc pod uwagę normalną reakcję na stres, takich konsekwencji można się spodziewać na początku, tj. po rozpoznaniu zakażenia HIV lub/i informacji o ciąży. Poza tym badania wskazują na częste u kobiet ciężarnych HIV+ zaburzenia nastroju, słabsze możliwości radzenia sobie ze stresem, niski poziom jakości życia (Kapetanovic i wsp., 2014). Dodatkowym czynnikiem stresogennym mogą być społeczne reakcje, oceny, nastawienia do osób HIV+, które – mimo coraz większej wiedzy z tego tematu i tolerancji – nadal bywają podszyte negatywnymi, stygmatyzującymi zakażone osoby stereotypami (Darlington i Hutson, 2017). Z kolei poziom wiedzy personelu medycznego, w tym położnych, na temat transmisji wirusa, działań prewencyjnych zmniejszających ryzyko zakażenia dziecka w toku porodu i bezpośrednio po nim jest coraz większy, lecz często wciąż niesatysfakcjonujący (Khorvash i wsp., 2014; Nkwabong i wsp., 2018). Badania wskazują, że szkolenia personelu medycznego powodują wzrost liczby wykonywanych testów o 5,8% w stosunku do stanu sprzed szkolenia. Szkolenia z zakresu HIV, AIDS istotnie podnoszą kompetencje pracowników. Szerszy zasób wiedzy oraz profesjonalizm powinny przekładać się na lepszą opiekę nad pacjentkami, współpracę pacjentek z personelem, a w zakresie funkcjonowania zawodowego położnych zwiększać ich pewność siebie, poczucie kompetencji i satysfakcję z pracy.

Biorąc pod uwagę powyższe, celem pracy jest przybliżenie sytuacji pacjentek zarówno od strony medycznej, w tym niezbędnych informacji, do których powinny mieć dostęp ciężarne, jak też sposobów ich przeżywania, oceny poznawczej, antycypowania przyszłości. Autorki mają nadzieję, że bazując na tej wiedzy, łatwiej będzie można dostosowywać interwencje, sposoby komunikacji, zakres, czas i sposób przekazywanych wiadomości, a w konsekwencji czuć się pewniej i coraz bardziej kompetentnie w roli położnej.

Medyczne i psychologiczne aspekty decyzji o macierzyństwie

Obraz macierzyństwa pojawia się u kobiet znacznie wcześniej niż stają się matkami, a nawet przed planowaniem rodzicielstwa. Pragnieniem naturalnym jest urodzenie zdrowego dziecka, dlatego kobiety wkładają wiele wysiłku w dbanie o siebie w ciąży, unikanie czynników ryzyka, opiekę medyczną oraz w coraz większym zakresie troskę o swój własny komfort psychiczny i dobrostan fizyczny.

Wyrazem tego jest m.in. zapobieganie zakażeniom własnym oraz dziecka. Strategie profilaktyki rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia skutkują wzrostem decyzji o planowaniu potomstwa wśród osób zakażonych HIV (Cholewińska i wsp., 2020). Wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym zapobieganie nieplanowanym ciążom przez kobiety żyjące z HIV, zapobieganie zakażeniom odmatczynym, profilaktyka przedekspozycyjna (Pre-exposure Prophylaxis; PrE/PrEP), wspieranie seropozytywnych kobiet, ich rodzin i dzieci oferuje nową jakość prewencji zakażeń HIV (Pollock i Levison, 2018). Istnieją również skuteczne metody antykoncepcyjne w przypadku chęci odroczenia macierzyństwa lub wykluczenia takich planów. U pacjentek seropozytywnych planujących stosowanie długotrwałych metod antykoncepcji zalecane jest stosowanie wkładek domacicznych z domieszką miedzi, srebra lub uwalniających lewonogesterol – ze względu na ich dużą skuteczność, odwracalność, niskie ryzyko błędu podczas stosowania oraz uniknięcie interakcji lekowej i/lub politerapii (Olczak i wsp., 2019).

Kobiety powinny mieć możliwość dostępu do wiedzy i diagnostyki w szerokim zakresie, co przełoży się na minimalizację lęku w okresie ciąży. Od wielu lat złotym standardem ginekologów prowadzących kobiety ciężarne jest kierowanie ich do miejsc, gdzie można wykonać testy na obecność wirusa HIV. Badanie to może rodzić lęk i zamartwianie się o zdrowie dziecka oraz swoje. Jednak motywacja do poddania się diagnostyce przeważa szalę na rzecz chęci szybkiego zaradzenia. Dlatego, mimo że testy na HIV nie są obowiązkowym badaniem zalecanym w trakcie ciąży, znakomita większość lekarzy zachęca do ich wykonania. Najlepiej wykonać je przed planowaną ciążą, ale przyjęło się, że kobiety, które nigdy z nich nie korzystały, stykają się z diagnostyką właśnie w pierwszym trymestrze ciąży. Z punktu widzenia diagnostyki, ewentualnego leczenia i wpływu na status serologiczny nie-narodzonego jeszcze dziecka, czas ten jest optymalny. Powinnością również jest wykonanie w trybie pilnym testu podczas porodu kobiecie, która z różnych przyczyn nie ma udokumentowanego wyniku testu na obecność wirusa HIV. Każdą ciężarną, u której rozpoznano zakażenie późno lub w trakcie porodu należy traktować jak chorą z wysoką wiremią, a ciąża powinna zostać rozwiązana za pomocą cięcia cesarskiego planowego (Kowalska i wsp., 2019). Każda ciężarna ma zapewniony dostęp do profilaktyki, a w jej ramach przede wszystkim do diagnostyki, zalecanej w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży, tj do 10. tyg. ciąży i pomiędzy 33 a 37. tyg. ciąży. Jeśli bowiem test na obecność wirusa HIV okaże się dodatni, ta wiedza sprawi, że szanse na urodzenie zdrowego, niezakażonego wirusem HIV dziecka bardzo rosną (Jankowska i wsp., 2019).

Planowanie ciąży u kobiet z rozpoznaniem zakażeniem HIV

W przypadku testu na obecność wirusa HIV wskazane i optymalne są również badania partnera kobiety. Jest to ważne nie tylko w przypadku planowania ciąży, samej ciąży, lecz także późniejszego macierzyństwa i ewentualnego karmienia piersią. Nie każdy bowiem kontakt seksualny z osobą zakażoną powoduje transmisję wirusa i w przypadku partnera HIV+ do zakażenia może dojść na różnych etapach rodzicielstwa (Jankowska i wsp., 2019). Seropozytywność może wpływać na zachowania zdrowotne, ryzykowne, stosowanie używek i status zdrowotny. Współcześnie wiele pacjentek w sposób świadomy planuje posiadanie potomstwa. W świetle aktualnej wiedzy zakażenie HIV nie jest przeciwwskazaniem do posiadania dzieci, a ciąża nie wpływa negatywnie na przebieg samego zakażenia (Kowalska i wsp., 2019; Gilleece i wsp., 2018).

Pary niezgodne pod względem statusu serologicznego

Terapia antyretrowirusowa (ARV) odmieniła prognozy życia osób HIV+, pozwoliła na stosunkowo bezpieczne zakładanie związków z osobami seronegatywnymi oraz planowanie potomstwa. Zwrócono uwagę na styl życia i potrzeby tej grupy. Wzięto pod uwagę aktywność seksualną i plany

prokreacyjne kobiet w wieku rozrodczym. Seroniezgodne pary również pragną dziecka, ale oprócz standardowych niepokojów, zmagają się również z tymi związanymi z przeniesieniem wirusa na dziecko (Kowalska i wsp., 2019)

Biorąc pod uwagę specyficzny kontekst, problem wykluczenia społecznego oraz w dalszym ciągu stygmatyzację osób żyjących z HIV, partnerzy powinni zostać objęci specjalistyczną opieką medyczną w poradniach chorób zakaźnych w zakresie poradnictwa, testowania, planowania ciąży. Para o niezgodnym statusie serologicznym powinna otrzymać informacje o nieograniczonym dostępie do testowania na HIV, jeśli nie w poradni, to w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), wykonujących anonimowo i bezpłatnie test na obecność wirusa HIV.

Prokreacja pary HIV +/- jest wyzwaniem dla zespołu specjalistów uwzględniających specyfikę sytuacji i powinna obejmować: test na HIV, zmierzanie do supresji wirusa przed rozpoczęciem planów prokreacyjnych, badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, poinformowanie o braku metody całkowitego wykluczenia ryzyka transmisji HIV, leczenie ARV, stosowane PReP, poinformowanie o możliwości współżycia w okresie płodnym bez prezerwatywy w przypadku skutecznego leczenia ARV, zastosowanie alternatywnego sposobu wspomaganego rozrodu. Bezpieczniejsze strategie i koncepcje są niezbędne, aby zredukować ryzyko transmisji HIV. Najważniejsza z nich jest supresja wirusa, która w sposób niewyobrazalny podnosi jakość życia i bezpieczeństwo współżycia (Kowalska i wsp. 2019).

Kontakt położnej z pacjentką w okresie okołociążowym: komunikacja, poradnictwo, edukacja

Diagnostyka wskazująca na zakażenie wirusem HIV wymaga wdrożenia leczenia ARV, zabezpieczenia porodu, właściwej opieki i profilaktyki lekowej noworodka. Zespół powinien stanowić specjalista chorób zakaźnych, położnictwa, neonatolog, położna i lekarz pediatra. Odpowiednia profilaktyka zmniejsza ryzyko transmisji wirusa z ok. 40% do poniżej 1% (HIV Surveillance Raport, 2018). Różnica jest tak znacząca, iż należy dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić ciężarnym właściwą profilaktykę. W okresie porodu ryzyko zakażenia jest największe i sięga nawet 75%, natomiast ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego wynosi 5–10% (Gilleece i wsp., 2018; Nowak-Starz i Siwek, 2017). Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT) zmierza do eliminacji transmisji wertykalnej, zadowalającej opieki przedporodowej, bezpiecznego porodu, zaangażowania partnerów, wsparcia w karmieniu noworodków, kompleksowej opieki nad rodziną, zintegrowanego serwisu opieki, edukacji. I na tym etapie warto zwrócić uwagę, aby wszelkie przekazywane informacje dostosować do wieku i potrzeb poznawczych pacjentek (Vrazo i wsp., 2018). Z relacji pacjentek poradni chorób zakaźnych wynika, że największą rolę spełniają położne, często tłumacząc wytyczne lekarzy i przekładając język medyczny na bardziej przystępny.

Wykrycie HIV w okresie ciąży: reakcja, dalsze decyzje. Psychologiczne aspekty kontaktu położnej i pracy z pacjentkami

Kryzys pierwszy to uzyskanie wiadomości o swojej seropozytywności, kolejny przy przejściu z fazy bezobjawowej, mogącej trwać wiele lat, do objawowej. Obserwuje się znacząco podniesiony poziom lęku i depresji. Postęp choroby zależy w pewnym stopniu od radzenia sobie ze stresem, świadomości choroby, ale też mobilizacji do walki o swoje zdrowie i życie (Duko i wsp., 2019; Hellmuth i wsp., 2017; Łojek, 1999). Dlatego właśnie tak ważne są skuteczne metody psychologicznej pomocy i psychoterapia, redukcja stresu oraz lęku i depresji.

Zdrowie to całokształt dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego, dlatego konieczna jest restrukturyzacja wsparcia psychologicznego wśród kobiet seropozytywnych, uwzględniająca potrzebę wzmocnienia poznawczych i emocjonalnych zasobów do mierzenia się z trudnościami, jakie napotkać mogą na swojej drodze. Status HIV+ może wpływać na plany prokreacyjne kobiet w odniesieniu do ryzyka transmisji oraz wpływu, jaki ciąża może mieć na sam przebieg ich zakażenia. Życie z wirusem to życie w społeczeństwie pełnym stygmy (osobistej, choroby, śmierci), dlatego wyobrażenia, edukacja i świadomość są tak istotne, aby zrozumieć szkodliwość dyskryminacji oraz powielania stygmatyzacji. Położna pozbawiona uprzedzeń, bazująca na rzetelnych danych, wiedzy w udzielaniu informacji pacjentkom może w znacznej mierze przyczynić się do podejmowania najlepszych indywidualnych decyzji przez pacjentki, współpracy w toku planowania i samego przebiegu ciąży, a w szerszej perspektywie burzyć negatywne, fałszywe mity społeczne na temat osób HIV+.

Czułość, empatia, zaangażowanie położnej mogą wyrażać się także w gotowości do poruszania tematu związanego z samymi okolicznościami zakażenia, nierzadko dodatkowo traumatyzującymi. Najważniejsze pytania powinny dotyczyć tego, czy partnerzy znali swój status serologiczny. Ma to niebagatelne znaczenie także ze względu na konsekwencje prawne. Przemoc w relacjach intymnych jest istotna w ryzyku zakażenia HIV (Li i wsp., 2014). Dodatkowo kobiety mogą być na nią narażone bardziej niż mężczyźni z powodu kulturowo akceptowanej nierówności płci (World Health Organization. *Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections – intimate partner violence and HIV/AIDS*, 2004). Bezpośrednia transmisja HIV może, np. wynikać z wymuszonego stosunku płciowego z partnerem będącym nosicielem wirusa HIV (Dunkle i Decker, 2013). Biologiczne ryzyko transmisji w brutalnym kontakcie seksualnym może być wyższe w przypadku seksu analnego, a następnie waginalnego i oralnego. Ryzyko przeniesienia wirusa HIV może również wzrosnąć wraz ze stopniem urazu, skaleczenia pochwy i otarć, do których dochodzi przy użyciu siły (Dunkle i Decker, 2013; World Health Organization. *Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections – intimate partner violence and HIV/AIDS*, 2004). Nawet, jeśli nie doszło do przemocy, to samo zatajenie przez partnera swojej HIV pozytywności niesienie ze sobą konsekwencje nie tylko psychologiczne, lecz także prawne. Osoba seropozytywna ma obowiązek poinformowania partnerów seksualnych o swoim zakażeniu, a także o środkach służących zapobieganiu jego przeniesienia na inne osoby oraz konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego (art. 26 ust. 1 i 2 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi., Dz.U. z 2008 r., nr 234, poz. 1570). W przypadku spowodowania choroby, kalectwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności na co najmniej 3 lata (art. 156 Kodeksu karnego §1 pkt 2, Dz.U. z 2021 r., poz. 2345). Kobiety powinny zatem wiedzieć, że nieujawnienie faktu bycia zakażonym jest przestępstwem oraz w razie negatywnych konsekwencji psychologicznych, zdrowotnych muszą mieć zapewnioną pomoc specjalistów.

Prowadzenie w trakcie ciąży

Monitorowanie leczenia ARV w ciąży jest ważnym aspektem ze względu na konieczność śledzenia ewentualnych skutków ubocznych, poziomu wirerii, a najważniejszym jej celem jest uzyskanie pełnej supresji wirerii w trakcie ciąży (Marczyńska i wsp., 2019). The European AIDS Clinical Society (EACS, 2018, s. 17) zaleca poród naturalny przy wirerii < 50 kopii/ml w okresie porodu lub elektywne cięcie cesarskie po 38 tygodniu ciąży, a w przypadku przekroczenia podanych powyżej wartości kopii wirusa zalecane jest rozwiązanie w 34–36 tyg. ciąży. Przy wirerii < 50 kopii/ml nie jest konieczne podawanie dożylnych leków, tj. zydowudyny w trakcie porodu, dlatego pacjentka przyjmowana do porodu powinna mieć pełną informację o wynikach leczenia ARV do wglądu lekarza odbierającego poród (Marczyńska i wsp., 2019).

Farmakoterapia: wpływ na dziecko, skutki uboczne, obawy

Ciąża i poród kobiety leczonej skutecznie lekami ARV, pod warunkiem braku innych, dodatkowych czynników ryzyka, niesie niskie ryzyko transmisji wertykalnej. Podwyższone ryzyko istnieje, gdy matka była leczona ARV, lecz jej wiramia jest oznaczalna na krótko przed porodem, dziecko urodziło się siłami natury lub przedwcześnie. Leki ARV należy podać noworodkowi jak najszybciej po urodzeniu, nie później niż w ciągu 4 godz. (Gilleece i wsp., 2018). Leczenie ARV zalecane jest wszystkim dzieciom zakażonym HIV, a konkretne zalecenia są zwykle zależne od wieku, zaawansowania zakażenia/choroby (Gilleece i wsp., 2018). Wysokie ryzyko się pojawia, gdy wiramia matki przekracza 1000 kopii/ml, gdy była leczona nieskutecznie, gdy diagnoza zakażenia przyszła zbyt późno lub kobieta w ogóle nie była leczona ARV (EACS, 2018). Farmakoterapia przyszłej matki jest konieczna ze względu na prewencję zakażeń wertykalnych, ale jak każda terapia wiąże się ze skutkami ubocznymi, także dla noworodka. Najczęściej opisywane to dysfunkcje czynnościowe wątroby, niska masa urodzeniowa, anemia, poród przedwczesny, hipotrofia wewnątrzmaciczna (Delicio i wsp., 2018).

Obawy i niepokoje kobiet dotyczą głównie ryzyka transmisji zakażenia na dziecko, wpływu leków ARV na płód, wyboru najlepszej placówki do prowadzenia ciąży z personelem mającym doświadczenie z ciężarnymi seropozytywnymi, co wpływa nie tylko na ich poczucie bezpieczeństwa, lecz także na komfort podczas pobytu w szpitalu i porodu bez uprzedzeń oraz dyskryminacji.

Lęk o zakażenie dziecka w trakcie ciąży

Lęk, stres, strach wynikają z troski o nienarodzone dziecko i jego szeroko rozumianą przyszłość. Współczesne kobiety poszukują informacji o ciąży, zagrożeniach. Status choroby opiekuna jest związany ze zdrowiem psychicznym dziecka. Choroba przewlekła istotnie zaburza interakcje społeczne, wpływa negatywnie na funkcjonowanie systemu rodzinnego (Golics i wsp., 2013). Będąc seropozytywną kobietą w ciąży, zagrożenie jest podwójnie niebezpieczne. Zaburzenia lękowe, zespół lęku napaadowego, lęk separacyjny, fobia społeczna, agorafobia, fobie specyficzne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół stresu pourazowego, wycofanie, zachowania agresywne, zachowania eksternalizacyjne, problemy społeczne są stosunkowo częste w tej grupie (Zielińska-Wieniawska i wsp., 2020).

Wybór szpitala i metody porodu: obawy przez nieodpowiednią placówką, metodą

Osiągnięcia techniczne w medycynie, badania prenatalne, laboratoryjne pozwalają na szybkie diagnozowanie. Niewielkim transformacjom uległ również sam system opieki nad rodziną i dzieckiem. Jednakże nierówny dostęp do systemu ochrony zdrowia, ograniczony szacunek dla autonomicznych decyzji kobiet dotyczących ciąży i porodu powodują, iż kobiety oraz ich partnerzy nadal mierzą się z rozważaniem rangi potencjalnego ryzyka, jak również korzyści zarówno dla siebie, jak i dziecka (Persona-Śliwińska i wsp., 2019). Fundamentalne jest dopełnienie wszelkich procedur oraz oparcie w zespole dysponującym wiedzą i doświadczeniem w przyjmowaniu, jak też prowadzeniu ciąży kobiet zakażonych, poród zakażonej jest bowiem dla personelu medycznego zjawiskiem sporadycznym (Gilleece i wsp., 2018). Prezentowane spostrzeżenia są spójne z doświadczeniami zgłaszanymi przez pacjentki poradni chorób zakaźnych na Śląsku, które z powodu zakażenia HIV są zmuszone do intensywnych poszukiwań odpowiedniej placówki, zapewniającej doświadczony w tym zakresie zespół położników, położnych. Rzetelne informacje przekazywane przez lekarzy rodzinnych, ginekologów i lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia chorób przenoszonych drogą

plciową i HIV wydają się mieć kluczowe znaczenie dla będących w ciąży pacjentek, zarażonych wirusem HIV. Dobrze przygotowana kadra może służyć pomocą i wsparciem. Określenie konsekwencji zdrowotnych dla matki i dziecka, wybór najodpowiedniejszych metod z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb oraz problemów tej grupy pacjentów przyczyniają się do wdrażania najlepszych praktyk położniczych dla kobiet żyjących z HIV, jak wprowadzenie procedur minimalizujących ryzyko transmisji wirusa, unikanie nacinania krocza, pomocy ręcznej, kleszczy czy próżniociągu (Marczyńska, 2019). Niewystarczający dostęp do rzetelnych informacji, niewystarczająca opieka zdrowotna, konieczność zespołów interdyscyplinarnych to wciąż bolączki ochrony zdrowia.

Rozterki dotyczące karmienia piersią: zakaz a chęci – rola edukacji i wsparcia przez położną

Karmienie piersią jest uważane za najlepszy możliwy wybór, jednak nie zawsze jest to możliwe i bezpieczne. Każda matka ma prawo wybrać sposób karmienia swojego dziecka i dlatego musi posiadać wszystkie niezbędne informacje, aby wybór ten był najlepszy dla dziecka. W przypadku kobiet HIV+ karmienie piersią jest przeciwwskazane, dlatego należy hamować laktację, a niemowlętom podawać mleko modyfikowane. Rola położnej może okazać się w tych okolicznościach zarówno bardzo ważna, jak i trudna. Wiele kobiet zdaje sobie sprawę z korzyści płynących z karmienia piersią. Niektóre mogły zapoznać się z negatywnymi informacjami na temat wpływu karmienia mlekiem modyfikowanym na dzieci. Podchodząc do problemu zdroworozsądkowo, informacja o 10-proc. ryzyku zakażenia dziecka związanym z karmieniem piersią (Jankowska i wsp., 2019) powinna pomóc rozwiązać wątpliwości. Jednak można podejrzewać, że z punktu widzenia psychologicznego, własnej samooceny jako matki, część kobiet znajduje się w trudnej, bez dobrego wyjścia, sytuacji. Zrozumienie rozterek i odpowiednie, pozytywne podkreślenie znaczenia podjęcia racjonalnej decyzji, przeformułowania jej jako działań *dobrej, odpowiedzialnej matki* powinno poprawić samoocenę, dodać pewności siebie i zachęcić do wytrwania w tej decyzji.

Czas niepewności o zakażenie dziecka

Niepokój matek towarzyszy im do 2 roku życia dziecka, do tego bowiem czasu dzieci mogą mieć przeciwciała matczyne anty-HIV. Seropozytywny wynik testu dziecka nie ma zatem wartości diagnostycznej. Należy wykonywać testy potwierdzenia HIV RNA (Marczyńska, 2019). W opinii pacjentek niepokój każdorazowo związany jest z badaniami dziecka, koniecznością udania się do specjalistycznej placówki, często bardzo oddalonej od miejsca zamieszkania. Z badań Schuster i wsp. (2005) wynika, że 42% procent rodziców obawiało się oportunistycznych infekcji od swoich dzieci, a 36% przeniesienia wirusa HIV na dzieci. Z kolei Bogart i wsp. (2009) podają, że z wyżej wskazanych powodów, 25% rodziców HIV+ unikała częstych fizycznych interakcji ze swoimi dziećmi, szczególnie całowania w usta oraz wspólnego korzystania z przedmiotów codziennego użytku. Ostrożność ta miała związek z błędnymi obawami przed przeniesieniem wirusa HIV. Dodatkowo ponad połowa rodziców była niechętna ujawnianiu swojego statusu serologicznego dzieciom, obawiając się, że razie rozpowszechnienia tej informacji, mogą one doświadczyć dyskryminacji i braku wsparcia społecznego. Jak wynika z wieloletnich obserwacji, optymalnym wiekiem na ujawnienie rozpoznania jest 11 rok życia dziecka (Marczyńska i wsp., 2019).

Obawy o zdrowie dziecka a realne zagrożenie: rola edukacji przez położną

Obawy o przyszłość mogą dotyczyć własnego funkcjonowania poznawczego oraz dziecka, gdy dorośnie. U osób HIV+ obserwuje się dysfunkcje w zakresie zakłócenia funkcji psychomotorycznych,

wzrokowo-przestrzennych, czasu reakcji, procesów uczenia się, pamięci, funkcji wykonawczych związanych z planowaniem i podejmowaniem decyzji, rozumowania abstrakcyjnego, spowolnienie przetwarzania informacji (Gawron i wsp., 2019; Zielińska-Wieniawska i wsp., 2020). Szczęśliwie neuropatologia zaburzeń poznawczych związanych z HIV, po wprowadzeniu ARV, znacznie się zmniejszyła. Na początku epidemii HIV u wielu pacjentów stwierdzono zapalenie mózgu, utratę neuronów, w konsekwencji otępienie. Obecnie pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi, leczeni ARV, nie wykazują utraty neuronów ani jawnej neuropatologii, co sugeruje bardziej subtelne zmiany neuronalne odpowiedzialne za dysfunkcje. Prawdopodobnie obejmują one niekorzystne zmiany w sieciach neuronowych i utratę kolców dendrytycznych (Adle-Biassette i wsp. 1999; Ellis i wsp., 2007; Gelman, 2015). Jednak niezależnie od neuropatologii, nawet zmiany subkliniczne mogą doprowadzić do gorszego radzenia sobie w życiu codziennym i pracach domowych.

Kolejną obawą są zaburzenia neuropsychologiczne u dzieci. Ze względu na niedojrzałość systemu odpornościowego, u dzieci poszczególne fazy zakażenia następują szybciej niż u dorosłych (Tiemessen i Kuhn, 2006). Dzieci zakażone, mimo że najczęściej osiągają IQ w zakresie normy, mogą przejawiać dysfunkcje uwagi, języka, uczenia się i pamięci werbalnej, funkcji wzrokowo-motorycznych, motoryki małej i funkcji wykonawczych, dysfunkcje w zachowaniu społecznym oraz nastroju (Ravindran i wsp., 2014; Zielińska-Wieniawska i wsp., 2020). Rolą położnej jest przełożenie języka zagrożeń na język zrozumiały dla pacjentki, z drugiej zaś strony – przełożenie ewentualnych skarg, obaw na prawdopodobny problem psychologiczny, medyczny. Taka postawa powinna sprzyjać unikaniu błędów jatrogennych bez ryzyka pominięcia ewentualnych problemów klinicznych. W razie podejrzenia lub bezpośredniego zgłaszania trudności poznawczych zawsze warto zaproponować konsultację neuropsychologiczną. Z praktyki autorek wynika, że anonimowe wspomnienie przez profesjonalistów w rozmowie o podobnych doświadczeniach innych kobiet, obniża poziom lęku i motywuje do podjęcia adekwatnych działań.

Reakcja rodziny: przyjęcie dziecka, ocena matki

W przypadku zakażenia wirusem HIV kobiety często zmagają się z tajemnicą dotyczącą swojej seropozytywności także w kręgu najbliższych, rodziny. Barrierami w ujawnianiu mogą być niedojrzałość psychofizyczna, emocjonalna, konflikt rodzinny, brak wsparcia partnera czy rodziny. Kobieta zmagająca się z problemami natury medycznej, psychologicznej, a położna to zwykle osoba z linii pierwszego kontaktu. Jej kompetencja zawodowa, wiedza oraz empatia i umiejętność pokierowania często zagubionej pacjentki wydają się zadaniami kluczowymi na tym etapie. Mieć przyszłość, być zdrowym, żeby wychować dzieci to główne aspekty spotykanych w praktyce klinicznej zwerbalizowanych obaw kobiet zakażonych lub żyjących z zakażonymi partnerami. Pozostałe to stawianie czoła lękom i niepewności, natłok emocji, uczucie strachu, niepokoju, lęku, zabezpieczenie jakości życia, ambiwalencja emocjonalna, samotność. Do tego dochodzą różnego rodzaju potrzeby społeczne związane z dzieleniem się doświadczeniami z innymi, uczestniczenie w społeczeństwie, a także potrzeby integracji osobowości i tożsamości. Młode matki żyjące z HIV, bądź mające zakażone dziecko, odczuwają potrzebę oparcia w tolerancji i równoważności z innymi matkami, wolnymi od zmagania z chorobą przewlekłą.

Obawy położnej w kontakcie z pacjentką zakażoną HIV w trakcie opieki okołoporodowej

Zwrócenie uwagi na efektywną komunikację z pacjentkami skutkuje ograniczeniem ryzyka konsekwencji zdrowotnych dla dziecka i matki. Poczucie bezpieczeństwa, oparcia, to czynniki determinujące zdrowie matek (Głogowska, 2019). Ogromny wpływ na te obszary ma właśnie położna,

intensywnie uczestnicząca w całym procesie, jakim jest ciąża i poród. Czas, cierpliwość i wiedza personelu pielęgniarek oraz położnych wydają się nieocenione. W Polsce dostępny jest, aktualizowany co roku, dokument: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (Rekomendacje PTN AIDS), który powinien zostać uznany za instrukcję w postępowaniu diagnostycznym w razie podejrzenia zakażenia (Cholewińska i wsp., 2020).

Rola położnych wielokrotnie może wykraczać poza zadania wynikające z ich sformalizowanego zakresu obowiązków. Mimo, że nie są lekarzami, pacjentki zadają pytania dotyczące wpływu zakażenia na ciążę, dziecko, na temat farmakoterapii, czy proszą o dodatkowe wyjaśnienie zaleceń lekarskich. Mimo, że nie są psychologami, wielokrotnie stają w sytuacjach wymagających szybkiego, przynajmniej ogólnego, rozeznania co do stanu emocjonalnego, poznawczego, czy nawet objawów psychopatologicznych pacjentek. Wszystko to często sprawia, że położne są przeciążone. Jeżeli chodzi o obawy związane z potencjalnym ryzykiem zakażenia HIV, to w następstwie skaleczenia, zakłucia narzędziem zanieczyszczonym zakażoną krwią wynosi 0,32%, a skutek kontaktu błon śluzowych 0,09% (Rogowska-Szadkowska i Gąsiorowski, 2013), więc jest ono minimalne. Z relacji pracowników medycznych mających kontakt z osobami zakażonymi wynika, że lęk lub strach przed zakażeniem jest obecny jedynie na początku pracy. Nabywanie wiedzy i częstszy kontakt z seropozytywnymi pacjentkami, przy dłuższym stażu pracy może nawet zwiększać ich poczucie bezpieczeństwa w pełnionej roli. Wynika to ze znajomości sytuacji, że mają do czynienia z pacjentami serologicznie określonymi, w przeciwieństwie do innych sytuacji, w których status pacjentek jest nieznan. Dlatego autorki mają nadzieję, że informacje zawarte w artykule wraz z otwartością na podejmowanie współpracy z pacjentkami HIV+ pomogą położnym podbudować ich poczucie kompetencji, uczyni bardziej pomocnymi dla pacjentek i zniweluje ewentualne obawy w kontaktach z kobietami HIV+. Finalnie mogą zyskać obie strony: pacjentki i położne. W szerszym kontekście społecznym – wyjaśniając, że HIV już dawno przestał być wyrokiem śmierci, że tak naprawdę na AIDS w Polsce chorują i czasem też umierają ludzie nieświadomi swojego zakażenia, a wiedza o seropozytywności ratuje życie, przyczyni się do zmniejszenia stygmatyzacji i szybszego poszukiwania odpowiedniej pomocy w razie rozpoznania HIV.

PIŚMIENNICTWO

- Adle-Biassette, H., Chrétien, F., Wingertsmann, L.** et al. (1999). Neuronal apoptosis does not correlate with dementia in HIV infection but is related to microglial activation and axonal damage. *Neuropathology and Applied Neurobiology*, 25(2): 123–133.
- Bociąga-Jasik, E. Jabłonowska, E.** [Red.] (2016). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi: Zalecenia PTN AIDS 2016*. Warszawa–Wrocław; Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.
- Bogart, L.M., Cowgill, B.O, Kennedy, D.P.** et al. (2009). How Parental HIV Affects Children. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2009. [online] https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9372.html [Dostęp: 30.05.2020].
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** HIV Surveillance Report, 2018, vol. 31. [online] <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Published May 2020 [Dostęp: 28.06.2021].
- Cholewińska, G., Siewaszkiewicz E., Robak, J., Dawid, E., Smykiewicz, J., Skowron, W.** (2020). Wpływ ustrukturyzowanego programu edukacji personelu medycznego na efekty testowania w kierunku HIV w czterech wielospecjalistycznych szpitalach województwa mazowieckiego w ramach projektu "Stop late presenters". *Przebieg Epidemiologiczny*; 74(1): 133–146.
- Darlington, C.K., Hutson, S.P.** (2017). Understanding HIV-Related Stigma Among Women in the Southern United States: A Literature Review. *AIDS and behavior*, 21(1): 12–26.
- Delicio, A.M., Lajos, G.J., Amaral, E., Cavichioli, F., Polydoro, M., Milanez, H.** (2018). Adverse effects in children exposed to maternal HIV and antiretroviral therapy during pregnancy in Brazil: a cohort study. *Reproductive Health*, 15(1): 76.
- Duko, B., Toma, A., Asnake, S., Abraham, Y.** (2019). Depression, Anxiety and Their Correlates Among Patients With HIV in South Ethiopia: An Institution-Based Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 290.
- Dunkle, K.L., Decker, M.R.** (2013). Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2013; 69(Suppl 1): 20–26.

- European AIDS Clinical Society (EACS).** Guidelines Version 9.1. (2018) [online] https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf [Dostęp: 30.06.2020].
- Ellis, R., Langford, D. Masliah, E.** (2007). HIV and antiretroviral therapy in the brain: neuronal injury and repair. *Nature Reviews. Neuroscience*, 8(1): 33–44.
- Gawron, N., Choński, M., Szymańska-Kotwica, B.** et al. (2019). Effects of age, HIV, and HIV-associated clinical factors on neuropsychological functioning and brain regional volume in HIV+ patients on effective treatment. *Journal of Neurovirology*, 25(1): 9–21.
- Gelman B.B.** (2015). Neuropathology of HAND With Suppressive Antiretroviral Therapy: Encephalitis and Neurodegeneration Reconsidered. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(2): 272–279.
- Gilleece, D.Y., Tariq, D.S., Bamford, D.A.** et al. (2019). British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018. *HIV Medicine*, 20(Suppl 3): 2–85.
- Głogowska J.** (2019). Zachowania zdrowotne kobiet w wieku prokreacyjnym. W: D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Wojtal, J. Siekierk (Red.). *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, s. 169–177.
- Golics, C.J., Basra, M.K., Salek, M.S., Finlay, A.Y.** (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6: 787–798.
- Grilo, S.A., Song, X., Lutalo, T., Mullinax, M., Mathur, S. Santelli, J.** (2018). Facing HIV infection and unintended pregnancy: Rakai, Uganda, 2001–2013. *BMC women's health*, 18(1): 46.
- Hellmuth, J., Colby, D., Valcour, V.** et al. (2017). Depression and Anxiety are Common in Acute HIV Infection and Associate with Plasma Immune Activation. *AIDS and Behavior*, 21(11): 3238–3246.
- Jankowska, M., Lemańska, M., Kowalska, J.** (2019). Profilaktyka transmisji wertykalnej HIV u ciężarnej. W: M. Palczewski, M. Bociaga-Jasik, M. Inglot, E. Mularska, M. Witak-Jędra (Red.). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, s. 54–61.
- Kapetanovic, S., Dass-Brailsford, P., Nora, D. Talisman, N.** (2014). Mental health of HIV-seropositive women during pregnancy and postpartum period: a comprehensive literature review. *AIDS and behavior*, 18(6): 1152–1173.
- Khovvash, F., Mohamadirizi, S., Ataiee, B., Khayamim, N. Boroumandfar, Z.** (2014). The Relationship between Knowledge, Attitude and Tendency to Care of HIV/AIDS Patients among Nurses and Midwives, Working in General Hospitals and Health Care Centers of Isfahan University of Medical Sciences, 2013. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(4): 246–252.
- Kowalska, J., Wroblewska, A., Ankiersztejn-Bartczak, M.** (2019). Zasady opieki nad parami o niezgodnym statusie serologicznym HIV – przy HIV+/HIV-. W: M. Palczewski, M. Bociaga-Jasik, M. Inglot, E. Mularska, M. Witak-Jędra (Red.). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, s. 62–65.
- Li, Y., Marshall, C.M., Rees, H.C., Nunez, A., Ezeanolue, E.E., Ehiri, J.E.** (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1): 18845, [online] <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18845>.
- Łojek, E.** (1999). *Neuropsychologia osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS*. Warszawa: Wydawca Medyk.
- Marczyńska, M.** (2019). Zakażenia HIV u dzieci. W: M. Palczewski, M. Bociaga-Jasik, M. Inglot, E. Mularska, M. Witak-Jędra (Red.). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, s. 112–121.
- Marczyńska, M., Kruk, M., Kowalska, J.** Nastolatki i młodzi dorośli wertykalnie zakażeni HIV – przekazywanie z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych. W: M. Palczewski, M. Bociaga-Jasik, M. Inglot, E. Mularska, M. Witak-Jędra (Red.). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, s. 134–136.
- Marczyńska, M., Popielarska, J., Szczepańska-Putz, M.** (2019). Monitorowanie w czasie terapii ARV. W: M. Palczewski, M. Bociaga-Jasik, M. Inglot, E. Mularska, M. Witak-Jędra (Red.). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, s. 121–123.
- Nkwabong, E., Meboulou Nguel, R., Kamgaing, N. Keddi Jippe, A.S.** (2018). Knowledge, attitudes and practices of health personnel of maternities in the prevention of mother-to-child transmission of HIV in a sub-Saharan African region high transmission rate: some solutions proposed. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1): 227.
- Nowak-Starz, G., Siwek, M.** (2017). Zakażenia wertykalne wirusami przenoszonymi drogą krwi: HIV, HBV, HCV. *Polish Journal of Health and Fitness*, 6: 85–97.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej** z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks karny. Dz.U. z 2021 r., poz. 2345.
- Olczak, A., Grąbczewska, E., Kowalska, J., Wroblewska, A.** (2019). Kobieta żyjąca z HIV. W: M. Palczewski, M. Bociaga-Jasik, M. Inglot, E. Mularska, M. Witak-Jędra (Red.). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, s. 334–345.

- Persona-Śliwińska, A., Jarząbek-Bielecka, G., Kędzia, W.** (2019). Zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową – aspekty seksuologii i medycyny rodzinnej. *Medycyna Rodzinna*, 3: 150–153.
- Pollock, L. Levison, J.** (2018). Role of Preexposure Prophylaxis in the Reproductive Health of Women at Risk for Human Immunodeficiency Virus Infection. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3): 687–691.
- Program polityki zdrowotnej:** „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021” [online] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-zdrowotny-leczenieantyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce> [Dostęp: 28.05.2020].
- Ravindran, O.S., Rani, M.P., Priya, G.** (2014). Cognitive Deficits in HIV Infected Children. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3): 255–259.
- Rogowska-Szadkowska D., Gašiorowski J.** (2013), HIV – HIV AIDS dla pielęgniarek i położnych. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS.
- Schuster, M.A., Beckett, M.K., Corona, R., Zhou, A.J.** (2005). Hugs and kisses: HIV-infected parents' fears about contagion and the effects on parent-child interaction in a nationally representative sample. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(2): 173–179.
- Tiemessen, C.T., Kuhn, L.** (2006). Immune pathogenesis of pediatric HIV-1 infection. *Current HIV/AIDS Reports*, 3(1): 13–19.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.** Dz.U. z 2008 r., nr 234, poz. 1570.
- Vrazo, A.C., Firth, J., Amzel, A., Sedillo, R., Ryan, J. Phelps, B.R.** (2018). Interventions to significantly improve service uptake and retention of HIV-positive pregnant women and HIV-exposed infants along the prevention of mother-to-child transmission continuum of care: systematic review. *Tropical medicine and international health*, 23(2): 136–148.
- World Health Organization (WHO).** Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections – intimate partner violence and HIV/AIDS. Geneva: WHO; 2004 [online] <https://www.who.int/hac/techguidance/pht/InfoBulletinIntimatePartnerViolenceFinal.pdf> [Dostęp: 15.02.2020].
- Zielińska-Wieniawska, A., Bielecki, M., Wolańczyk, T., Coupland, U., Marczyńska, M., Srebnicki, T., Bryńska, A.** (2021). Zaburzenia psychiczne, behawioralne i emocjonalne u dzieci i młodzieży z wrodzonym zakażeniem HIV w Polsce. *Psychiatria Polska*, 55(6): 1387–1404.

Rozdział 15

Ciąża u kobiet po transplantacji

Agata Grochal

Pojęcie *transplantacja* wywodzi się z łacińskiego *transplantare*, które oznacza *przesadzać, przenosić*. Jest to chirurgiczna metoda przeszczepiania tkanek, komórek oraz narządów. Jej zastosowanie stało się możliwe dzięki rozwojowi immunologii, a także lekom immunosupresyjnym, powstrzymującym odrzucenie przeszczepionego narządu (Foryś i wsp., 2014).

Człowiek od wieków żywił nadzieję zastąpienia chorych narządów zdrowymi. Pierwsze doniesienia o udanym zabiegu sięgają XIII w. Na początku źródłem przeszczepianych narządów były zwierzęta (przeszczepy ksenogeniczne). Wraz z rozwojem medycyny zaczęto wykonywać transplantacje tkanek oraz narządów ludzkich. Ogromny wpływ na rozwój transplantologii w latach 1901–1910 miało odkrycie grup krwi. W 1940 r. odkryto czynnik Rh odpowiedzialny za konflikt serologiczny, umożliwiło to wykonywanie transfuzji krwi na dużą skalę. Rosyjski chirurg J.J. Woronaj w 1933 r. podjął pionierską próbę przeszczepu ludzkiej nerki. Wynik nie był jednak pomyślny. Ponad 20 lat później, w 1954 r. Joseph E. Murray, John Putnam Merrill oraz Hartwell Harrison dokonali pierwszego udanego przeszczepu nerki pomiędzy bliźniakami. Najtrudniejszym problemem w następnych latach było poradzenie sobie z powikłaniami po transplantacjach. Z czasem odkryto, że na pomyślny przeszczep ma wpływ technika chirurgiczna, wiedza na temat zachodzących procesów immunologicznych oraz stosowanie leków zapobiegających odrzuceniu przeszczepionego narządu. Poznawanie mechanizmów oraz zależności, które wcześniej powodowały powikłania miało pozytywny wpływ na rozpowszechnienie transplantacji narządów. Udaną transplantację płuc wykonał J.D. Hardy w 1963 r.

W 1966 r. W. Kelly i R. Lillehei przeszczepili trzustkę. Rok później pierwszej transplantacji serca dokonał C. Barnard. W tym samym roku T. Starlz pomyślnie przeszczepił wątrobę (Foryś i wsp., 2014; Sobiak, 2011).

Przeszczepianie narządów

Pobranie narządu możliwe jest dzięki podarowaniu części siebie innemu potrzebującemu człowiekowi. W sytuacji zmarłego człowieka zgodę podejmuje się za życia, natomiast wola pozostania dawcą narządu przekazywana jest rodzinie, która powinna ją uszanować. Istotne jest zaakceptowanie zostania dawcą przez bliskie osoby w jednym z najtrudniejszych momentów w życiu, bo związanym ze śmiercią najbliższej osoby. Za życia można podpisać akt *Świadectwa woli*, jest to akt altruizmu, a także solidarności z drugim człowiekiem (Woderska-Jasińska i Włodarczyk, 2019).

Przeszczep nerki zwiększa przeżywalność pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek w porównaniu z dializoterapią oraz poprawia jakość życia. Pacjenci w przedziale wiekowym 20–39 lat żyją ok. 8 lat przy dializoterapii, natomiast ok. 25 lat po zabiegu transplantacji. Ryzyko śmierci bezpośrednio po operacji jest większe, ale w ciągu kilku miesięcy maleje i staje się dużo niższe, aniżeli u dializowanych pacjentów (Augustine, 2018).

Proces chorobowy obejmujący obydwie nerki – albo jedną przy braku drugiej – doprowadza do schyłkowej niewydolności nerek. Wykrycie strukturalnych albo czynnościowych nieprawidłowości jest definiowane jako przewlekła choroba nerek. Jest to proces postępujący stopniowo, niszczący miąższ nerek, w ostatniej fazie powoduje schyłkową niewydolność nerek oraz konieczność zastosowania leczenia nerkozastępczego. Przewlekła choroba nerek cechuje się nieprawidłowymi wartościami przesączania kłębuszkowego (eGFR), białkomoczem, nieprawidłowościami w funkcjonowaniu cewek nerwowych, zaburzonymi wynikami osadu moczu, nieprawidłowościami strukturalnymi w badaniach obrazowych, niepoprawnymi wynikami biopsji, stanem po przeszczepie narządu (Woderska-Jasińska i Włodarczyk, 2019).

Przeszczep nerki od żywego dawcy jest związany z dłuższym przeżyciem, aniżeli przeszczep narządu od zmarłej osoby. Z reguły jakość nerek u zdrowych dawców jest dużo lepsza, co powoduje lepsze funkcjonowanie po transplantacji oraz dłuższe przeżycie przeszczepu – średnio o 4 lata. Jeżeli żyjący dawca jest spokrewniony z biorcą, dopasowanie narządu jest korzystniejsze, co wpływa na lepsze wyniki po transplantacji (Augustine, 2018).

Często u pacjentów ze schyłkową niewydolnością wątroby obserwuje się uszkodzenie nerek. Pośród wybranych pacjentów jednoczesny przeszczep wątroby i nerki daje lepsze wyniki po transplantacji w porównaniu z pacjentami tylko z przeszczepem wątroby (Singal i wsp., 2019).

Zabieg transplantacji wątroby jest jedyną możliwością leczenia schyłkowej niewydolności wątroby, ostrej piorunującej niewydolności wątroby, pierwotnego raka wątroby, raka dróg żółciowych. Rozwój techniki chirurgicznej, ulepszenie postępowania okołoperacyjnego oraz terapii immunosupresyjnej przyczyniły się do poprawy krótkoterminowych wyników dotyczących przeżycia przeszczepu i pacjentów. Zapotrzebowanie na przeszczepy wątroby cały czas rośnie, a niedobór narządów od zmarłych dawców jest wciąż wysoki (Jadłowiec i Taner, 2016).

W związku z tym coraz częściej wykonuje się przeszczep wątroby od żywego dawcy. Głównym problemem w tej sytuacji jest określenie rozmiaru przeszczepu, jaki może zostać bezpiecznie usunięty u dawcy narządu. Nie zdefiniowano minimalnej wielkości przeszczepu potrzebnej do utrzymania przy życiu dorosłego pacjenta. Gdy przeszczep jest mniejszy, istnieje natomiast większe ryzyko powikłań pooperacyjnych (Lee, 2015).

Ulepszenie technik chirurgicznych, opieki okołoperacyjnej oraz terapii immunosupresyjnej pozwoliło wydłużyć czas przeżycia po transplantacji wątroby. Po przeszczepie tego narządu nawracające infekcje wirusowe wciąż powodują główną dysfunkcję przeszczepu allogenicznego, co w konsekwencji prowadzi do krótszej przeżywalności przeszczepu i pacjenta w razie braku leczenia. Dzięki dostępności skutecznych leków przeciwwirusowych przeżycie po przeszczepie wątroby znacznie się wydłużyło (Jothimani i wsp., 2020).

Minęło ponad 50 lat od pierwszego przeszczepu serca z człowieka na człowieka, co miało miejsce w Afryce Południowej w 1967 r., a dokonał go dr Christian Barnard. Początkowe efekty transplantacji były niezadowolające, co wynikało z nieodpowiedniej kwalifikacji chorych do operacji. Nie brano pod uwagę nadciśnienia płucnego, aktywnej infekcji. Stosowanie immunosupresji oparte było w głównej mierze na glikokortykosteroidach i azatioprynie, dopiero w latach 80. XX w. zaczęto stosować cyklosporynę A, co razem z poprawą techniki operacyjnej wpłynęło na lepsze wyniki transplantacji (Weber i wsp., 2017).

Etyka transplantacji

Pobieranie narządów do transplantacji oraz ich przeszczepianie wciąż rodzi wiele wątpliwości natury etycznej. Nowa definicja śmierci stworzyła niebywałe możliwości dla medycyny transplantacyjnej. Przyjęte kryterium niesie za sobą więcej korzyści dawcom, biorcom narządów i ich rodzinom, co w konsekwencji wpływa na całe społeczeństwo oraz postęp nauki (Sobczak i Janaszczyk, 2012).

Panuje przekonanie, że podczas leczenia powinno się przestrzegać pewnych norm etycznych. Najczęściej wymieniana jest zasada nieszkodzenia, zasada szacunku dla autonomii, zasada sprawiedliwości oraz zasada dobroczynienia (Nowacka, 2014).

Zasada nieszkodzenia rozumiana jest jako zakaz podejmowania przemyślanych działań, mogących wyrządzić krzywdę drugiej osobie. W odniesieniu do przeszczepiania narządów dotyczy ona głównie potencjalnych żywych dawców. Pobieranie przez lekarza narządu parzystego lub części organu odnawialnego wpływa na pogorszenie stanu ogólnego zdrowia dawcy. W takiej sytuacji powstaje pytanie, w jaki sposób można usprawiedliwić celowe okaleczanie człowieka. Jako jeden z argumentów wymienia się autonomiczną decyzję dawcy, lekarz jedynie umożliwia jej zrealizowanie. Bierze się również pod uwagę transplantację jako całość – wyświadcza się biorcy większe dobro mające na celu poprawę jego zdrowia oraz wydłużenie życia (Nowacka, 2014).

Zasada szacunku dla autonomii w transplantacji dotyczy biorcy narządu oraz dawcy. W sytuacji przeszczepu od osoby zmarłej rodzi się pytanie, czy wziąć pod uwagę zgodę domniemaną, czy domagać się zgody wyrażonej za życia. Sprzymierzeńcy zgody wyrażonej za życia uważają, że kierowanie się wyłącznie domniemaniem nadwyręża zasadę szacunku dla autonomii osoby. Ciało osoby zmarłej traktuje się jako przedmiot, co do którego właściciel nie pozostawił żadnych wskazówek, a więc pozostało ono do dyspozycji społeczeństwa i może zostać użyte do ratowania życia lub zdrowia innych osób. Natomiast przeciwnicy uważają, że dopuszczalność złożenia sprzeciwu za życia zabezpiecza w wystarczający sposób prawo człowieka do podjęcia decyzji o tym, co będzie się działo z jego ciałem po śmierci (Nowacka, 2014).

Zasada sprawiedliwości opiera się na jednakowym traktowaniu wszystkich pacjentów oraz równym dostępie do opieki zdrowotnej. W praktyce transplantacyjnej sprowadza się do obowiązku, żeby w sytuacjach konfliktowych lekarz kierował się wyłącznie względami medycznymi. Kolejność wykonania przeszczepu narządu ustalana jest na podstawie wskazań medycznych: szanse przeżycia, przewidywanej długości życia po transplantacji, czasu oczekiwania na transplantację itp. (Nowacka, 2014).

Zasada dobroczynienia przedstawia moralny obowiązek czynienia dobra innym ludziom. Medycznie rozumiana dotyczy relacji między lekarzem, który świadczy dobro, a pacjentem, który to dobro przyjmuje. W dziedzinie transplantacji dotyczy również relacji pomiędzy dawcą a biorcą. Pojawia się w tej sytuacji problem emocjonalnego obciążenia biorcy. Dostając narząd od żywego dawcy, ma świadomość, że jest to czyn heroiczny. Biorca odczuwa silną chęć odwzajemnienia daru, jednocześnie zdaje sobie sprawę z tego, że nie może się odwdziżyć niczym podobnym co do wartości. Badania pokazują, że chęć odwdziżenia się jest niezależna od tego, czy dawca narządu oraz biorca są ze sobą spokrewnieni. Takie poczucie pojawia się również u osób otrzymujących narząd od osoby zmarłej. Często zdarza się, że pacjenci po transplantacji narządu są zaangażowani w społeczną działalność niesienia pomocy innym, a szczególnie innym pacjentom i rodzinom zmarłych dawców (Nowacka, 2014).

Transplantacja pod kątem psychologicznym i społecznym

Cykl miesięczkowy zaczyna się pierwszego dnia miesiączki i trwa do dnia poprzedzającego kolejny cykl miesięczkowy, czyli średnio 28 dni. W pierwszej fazie cyklu poziom estrogenów wzrasta jako przygotowanie do zbliżającej się owulacji. Po owulacji ciało żółte powstaje z reszty komórek, następnie utrzymuje produkcję estrogenów i progesteronu. Wraz ze spadkiem wspomnianych hormonów zanika ciało żółte, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia miesiączki. W przypadku zajścia w ciążę dochodzi do zahamowania owulacji i cyklu menstruacyjnego. Ciało żółte utrzymuje wydzielanie estrogenów i progesteronu, po 10–12 tygodniach ciąży rolę tę przejmują łożysko (Zacur, 2006).

Cykliczne zmiany poziomu hormonów, odpowiadające za regulację cyklu miesięczkowego, mają niebagatelny wpływ na organizm kobiety. Odgrywają ogromną rolę nie tylko w dymorfizmie płciowym, zachowaniach reprodukcyjnych, lecz także w zmianach nastroju, zachowaniach niewerbalnych i funkcjonowaniu niektórych struktur mózgu (Schiller i wsp., Osório i wsp., 2018).

Większa podatność na zaburzenia nastroju u kobiet związana jest z wahaniami stężeń estrogenów i progesteronu. Badania wskazują na istnienie pozytywnych korelacji pomiędzy stężeniem testosteronu, a zachowaniami antyspołecznymi, agresywnością oraz zachowaniem dominacji zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet (Osório i wsp., 2018).

Najlepsze samopoczucie oraz silne poczucie własnej wartości odnotowuje się w połowie cyklu miesięczkowego, natomiast wzrost negatywnych uczuć (lęku, wrogości i depresji) pojawia się przed menstruacją, gdy obserwuje się spadek zarówno poziomu estrogenów, jak i progesteronu (Farage i wsp., 2008).

Funkcjonowanie nastroju w czasie ciąży i po jej zakończeniu ma silny związek z poziomami hormonów steroidowych we krwi. W czasie ciąży wyższe poziomy progesteronu związane są z większymi zaburzeniami nastroju, natomiast wyższy poziom dehydroepiandrosteronu (DHEA) z lepszym nastrojem. Po porodzie poziom testosteronu spada, co powoduje większe zaburzenia nastroju. Może na to również wpływać nasilony spadek DHEA. Zdaniem J.G. Buckwaltera i wsp. suplementowanie DHEA może być jedną z metod leczenia poporodowych zaburzeń nastroju. Badacze stwierdzili, że poziom testosteronu jest wyższy u kobiet z napięciem przedmiesiączkowym. Dodatkowo może mieć większy związek z zaburzeniami nastroju, gdy stężenia innych hormonów płciowych są niższe (Buckwalter i wsp., 1999).

Hormony płciowe mogą w pośredni sposób przyczyniać się do wystąpienia depresji poporodowej, gdyż odgrywają istotną rolę w przetwarzaniu emocji, pobudzeniu, procesach poznawczych i motywacji. Mają wpływ na układy biologiczne oraz obwody neuronowe, które bezpośrednio związane są z depresją, w związku z tym zmiany stężeń hormonów w okresie okołoporodowym mogą przyczyniać się do zaburzeń nastroju i w konsekwencji depresji poporodowej. Oksytocyna i prolaktyna odpowiadają za regulację wydzielania mleka u matki, ale wpływają także na zachowanie oraz nastrojność. Mniejsze stężenie oksytocyny w trzecim trymestrze ciąży przyczynia się do nasilenia objawów depresyjnych podczas ciąży oraz bezpośrednio po porodzie. Niższe stężenie oksytocyny u matek z depresją poporodową związane jest z niższym stężeniem oksytocyny u ojców oraz ich dzieci, co może prowadzić do większego ryzyka wystąpienia depresji u dzieci kobiet z depresją poporodową (Buckwalter i wsp., 1999; Skrundz i wsp., 2011; Apter-Levy i wsp., 2013).

Przeszczepienie narządu jest wyjątkowym zabiegiem w wymiarze psychologicznym i społecznym. Psychologia transplantologii zajmuje się problemami psychologicznymi mającymi związek z przeszczepianiem narządów. Przygotowanie biorcy oraz dawcy do operacji jest długotrwałym procesem, wymagającym oprócz lekarzy również psychologa. Nawiązanie współpracy z psychologiem wpływa na lepsze przygotowanie pacjenta do zabiegu, pomaga także w przystosowaniu się do życia po przeszczepie. Głównym zadaniem specjalisty jest wspieranie chorego przed i po operacji. Zabieg ma

wpływ na samoocenę, obraz własnego ciała oraz poczucie wartości pacjenta, a w związku z tym wpływa również na całą jego rodzinę. Zdecydowana większość biorców po przeszczepie boryka się z wieloma stanami emocjonalnymi, są to najczęściej lęki m. in. przed niepodjęciem przez przeszczepiony narząd odpowiednich funkcji, strach przed utratą przeszczepu, niepokój przed opuszczeniem szpitala oraz wahaniami nastroju. Konsultacja psychologiczna pozwala na oswojenie przeżywanych emocji, zmniejszenie ich nasilenia, a także może w przyszłości zapobiec przeistoczeniu się ich w zaburzenia, które będą wymagać leczenia specjalistycznego (Trzcńska, 2019; Monastyrska i Beck, 2014).

W sytuacji przeszczepienia narządu od żywego dawcy u każdej pary dawca–biorca wymaga się rozmowy z psychologiem. Jego zadaniem jest ocena ewentualnych przeciwwskazań natury psychologicznej. Podczas rozmowy z potencjalnym dawcą psycholog ocenia, czy kandydat na dawcę jest zdolny do poradzenia sobie ze stresem związanym z dawstwem oraz w jaki sposób dawstwo może w przyszłości wpłynąć na jego relację z biorcą. Istotne jest to, że chęć oddania narządu bliskiej osobie nie może być sprzeczna z dobrem dawcy oraz jego najbliższej rodziny. Do psychologicznych kryteriów zostania żywym dawcą zalicza się samodzielnie wyrażoną wolną wolę oddania narządu bliskiej osobie, dysponowanie psychologiczną zdolnością do podejmowania decyzji (brak chorób psychicznych, sprawność intelektualna i poznawcza umożliwiające odpowiednie zrozumienie konsekwencji swojej decyzji). W czasie rozmowy z psychologiem potencjalny dawca może porozmawiać na temat wątpliwości, obaw oraz lęków związanych z transplantacją. Rozmowa ta jest objęta tajemnicą zawodową i jej treść nie jest przekazywana potencjalnemu biorcy narządu (Trzcńska, 2019).

Biorcy najczęściej zgłaszają strach przed odrzuceniem narządu, lęk związany z operacją, obawy przed komplikacjami. W przypadku rodzinnego przeszczepu deklarują strach związany z poczuciem zobowiązania wobec dawcy, niepokój o stan zdrowia dawcy, lęk przed odrzuceniem narządu oraz związane z tym poczucie winy względem dawcy oraz niechęć do przyjęcia narządu od danego członka rodziny. Zadbanie o edukację biorcy oraz jego psychiczne podejście do transplantacji ma pozytywny wpływ na proces adaptacji po operacji, zmniejsza także ryzyko niestosowania się do zaleceń lekarzy, a co za tym idzie – zmniejsza ryzyko utraty narządu. Istotne jest wsparcie pacjenta w sytuacji możliwości odrzucenia przeszczepionego narządu. Każdy biorca jest świadomy, iż wcześniej czy później będzie musiał zmierzyć się z faktem utraty narządu (Trzcńska, 2019).

Ze społecznego punktu widzenia najważniejsze jest, żeby każda osoba mogła wyrazić świadomą zgodę dotyczącą oddania swoich narządów oraz tkanek po śmierci, a także znała uwarunkowania etyczne oraz prawne. Kontrowersyjność transplantacji w społeczeństwie ma swe źródła w odmiennej postawie etycznej biorców i dawców narządu, niezadkiego braku zaakceptowania stwierdzenia śmierci mózgu przez bliskich dawcy, strachu dotyczącego handlu narządami, przyczyn organizacyjnych oraz ekonomicznych, zbyt małej liczby kampanii informacyjnych, pełniących istotną rolę w informowaniu społeczeństwa (Bonikowska, 2017).

Niezgoda na oddanie narządu u wielu osób wynika z przeświadczenia, iż ciało tworzy jedność z duchowością człowieka. Takie stwierdzenie nie godzi się z uprzedmiotowieniem, co w następstwie sprzeciwia się transplantacji. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu papieża Jana Pawła II w propagowanie dawstwa narządów pojmowanego jako przejaw miłości do bliźniego udało się przekonać katolików o słuszności idei oddawania narządów oraz tkanek (Bonikowska, 2017).

W dzisiejszych czasach wygląd oraz kondycja ciała w znaczącej mierze odpowiadają za kształt tożsamości jednostki. W związku z tym coraz bardziej powszechne staje się całkowite przyzwolenie na medyczne skorzystanie z ciała po śmierci, a także gotowość podarowania za życia własnego narządu podwójnego lub jego części człowiekowi w zagrożeniu życia i zdrowia. Razem ze zmianami w sferze społecznej pojawiły się nowe prawne rozwiązania. Obecnie pobieranie oraz przeszczepianie komórek, tkanek, jak też narządów wykonywane jest zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2005 r., która wprowadziła pojęcie śmierci mózgu. Ustawa wprowadziła również zasadę zarejestrowanego sprzeciwu – można pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, jeśli zmarły za życia nie wyraził

sprzeciwu (Bonikowska, 2017; Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów).

Wyniki badań pokazują, że bliscy, którzy zaakceptowali fakt pobrania narządów od zmarłego krewnego, łatwiej radzili sobie z żałobą, w przeciwieństwie do rodzin wyrażających sprzeciw, u których częściej odnotowano zaburzenia lękowe oraz depresyjne. Świadomość, że część bliskiej osoby wciąż trwa w innych ludziach nie tylko nadaje sens stracie, lecz także umożliwia postęp w radzeniu sobie z kolejnymi etapami procesu żałoby (Trzcńska, 2019).

Ciąża po transplantacji narządu

U kobiet ze schyłkową niewydolnością narządów obserwuje się zmniejszoną płodność. Transplantacja narządu, oprócz wyleczenia, daje również możliwość zajścia w ciążę i urodzenia dziecka. Jednak ciąża wciąż budzi obawy, czy wpłynie niekorzystnie na przeszczep. U matki oraz dziecka mogą wystąpić powikłania. Zajście w ciążę może się okazać wyjątkowo niebezpieczne, jeśli nastąpiło krótko po przeszczepieniu narządu. Nierzadko potrzeba macierzyństwa u kobiet po transplantacji jest na tyle silna, że są w stanie podjąć ryzyko związane z pogorszeniem czynności przeszczepu, a także wystąpieniem powikłań w czasie ciąży (Pietrzak, 2011).

Poradnictwo przedkoncepcyjne powinno zostać rozpoczęte już przed przeszczepem narządu. Należy zachęcać pacjentki do stosowania odpowiedniej antykoncepcji do czasu ustabilizowania się przeszczepionego narządu. Istotne jest poinformowanie ich, że ciąża po przeszczepie jest ciążą wysokiego ryzyka i będzie wymagała wielodyscyplinarnej opieki specjalistów: położnika, nefrologa, kardiologa czy hepatologa. Przed zajściem w ciążę należy omówić wiele problemów etycznych, rozważyć możliwość zachorowania matki lub jej przedwczesny zgon, obecność powikłań w ciąży, jak też duże ryzyko związane z wcześniactwem noworodka. W niektórych przypadkach należy rozważyć poradnictwo genetyczne z racji możliwości przekazania potomstwu niektórych schorzeń dziedzicznych. Pacjentek z chorobami przewlekłymi, takimi jak toczeń rumieniowaty układowy oraz cukrzyca nie powinno się całkowicie zniechęcać do zajścia w ciążę, wskazane natomiast jest ocenianie ich indywidualnie (Durst i Rampersad, 2015; Pazik, 2017; Rojas i Palmer, 2019; Chandraker i Yeung, 2021).

Zaleca się, żeby z pacjentkom w wieku rozrodczym udzielić informacji na temat antykoncepcji przed przeszczepem oraz ponownie po zabiegu transplantacji. Funkcje seksualne u kobiet ulegają poprawie kilka tygodni po przeszczepie, tak więc istotne jest, aby plan antykoncepcji został omówiony przed przeszczepem oraz żeby pacjentki rozpoczęły stosowanie antykoncepcji przed wznowieniem aktywności seksualnej. Antykoncepcję dobiera się indywidualnie, biorąc pod uwagę możliwe działania niepożądane. Pacjentki po nieskomplikowanym przeszczepie nerki mogą korzystać z dowolnej metody antykoncepcji, panuje bowiem przekonanie, że korzyści są większe aniżeli wszelkie teoretyczne albo udowodnione ryzyko. W razie wykrycia czynników ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej należy unikać środków antykoncepcyjnych zawierających estrogeny. Nie zaleca się ich także kobietom po skomplikowanych przeszczepach (Rojas i Palmer, 2019).

U ciężarnej po przeszczepie serca mogą wystąpić następujące powikłania: odrzucenie narządu, infekcja, nadciśnienie i stan przedrzucawkowy. Ostre odrzucenie narządu nie jest stwierdzane częściej w porównaniu z pacjentkami po przeszczepie niebędącymi w ciąży. Na proces przewlekłego odrzucania narządu nie mają również wpływu zachodzące w układzie odpornościowym zmiany związane z ciążą, dlatego też leki immunosupresyjne powinny być kontynuowane. Infekcje powodowane przez bakterie, wirusy i grzyby są częste u osób z obniżoną odpornością. Nadciśnienie oraz stan przedrzucawkowy należą do głównych czynników odpowiedzialnych za częstsze występowanie porodów przedwczesnych oraz zahamowanie wzrostu płodu u pacjentek po przeszczepie (Lockwood, 2021)

W czasie ciąży zaleca się, aby pacjentki po przeszczepie nerki przychodziły na wizyty co dwa do czterech tygodni przez cały okres ciąży oraz były pod ścisłą obserwacją nefrologa, transplantologa, jak też położnika. Należy zwracać uwagę na możliwość rozwoju nadciśnienia, stanu przedrzucawkowego, cukrzycy ciążyowej, infekcji oraz dysfunkcji przeszczepionego narządu. Podczas każdej wizyty kontrolnej należy monitorować ciśnienie krwi (oprócz codziennych pomiarów w domu), poziom kreatyniny, wodorowęglanu, elektrolitów w surowicy, poziom glukozy we krwi na czczo, całkowite stężenie leków immunosupresyjnych we krwi, morfologię krwi oraz rozmaz, testy czynności wątroby i moczu (Rojas i Palmer, 2019).

Prawidłowe wyniki matczyne i płodowe wymagają odpowiedniego leczenia immunosupresyjnego. Leki immunosupresyjne stosowane w celu zachowania czynności przeszczepionego narządu, u niemal każdego biorcy narządu w różnym stopniu przechodzą przez łożysko. Mogą zatem przyczynić się do poronień, porodów przedwczesnych oraz powstawania wad wrodzonych. Pomimo wielu lat badań nie jest jasne, czy kobiety po zabiegu transplantacji są narażone na większe ryzyko poronienia niż zdrowe kobiety (Wielgoś, 2015).

Większość leków immunosupresyjnych należy do kategorii C według Food and Drug Administration, co oznacza, że badania na zwierzętach wykazały ich działanie niepożądane na płód, natomiast brak jest badań u kobiet w ciąży, a leki te mogą być stosowane wyłącznie, gdy korzyść z ich stosowania u matki przewyższa ryzyko działania niepożądanego u płodu. Mykofenolan mofetilu został w 2007 r. uznany za środek teratogeny i umieszczony w grupie leków kategorii D. U 42% ciężarnych stwierdzono poronienia, a u 27% wady strukturalne u noworodków, głównie wady uszu i policzków. Zaleca się odpowiednią antykoncepcję podczas jego przyjmowania oraz odstawienie na 6 tygodni przed planowanym zajściem w ciążę (Durst i Rampersad, 2015; Pazik, 2017).

Najwięcej wiadomo o działaniu na płód glikokortykosteroidów. Mogą wywoływać u matki nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, poród przedwczesny oraz infekcje. W życiu płodowym prowadzą do rozszczepu podniebienia i wargi, a zastosowanie w większych dawkach w okresie okołoporodowym powoduje hiperglikemię oraz względną niewydolność nadnerczy u płodu. Azatiopryna należy do kategorii D wg FDA, natomiast według obecnych zaleceń można ją stosować u ciężarnych biorczyń przeszczepu w standardowej dawce ok. 1 mg/kg m. c. Jej przyjmowanie prowadzi do porodów przedwczesnych, uszkodzenia szpiku oraz grasicy, a także utrzymujących się przez wiele miesięcy po porodzie zaburzeń immunologicznych u potomstwa. Cyklosporyna i takrolimus należą do kategorii C i nie zaobserwowano, aby ich stosowanie wiązało się ze zwiększonym ryzykiem wad rozwojowych. Ponadto należy zwrócić uwagę, że najczęściej jako profilaktykę ostrego odrzucenia przeszczepu stosuje się dwa lub trzy leki immunosupresyjne, a tylko w wyjątkowych sytuacjach jeden lek, dlatego też trudno dane powikłanie wiązać tylko z jedną substancją. Według rejestrów częstość ciężkich wad wrodzonych u noworodków matek biorczyń narządu jest zbliżona do populacji ogólnej i wynosi ok. 4–5% (Pietrzak i Pazik, 2015).

U biorczyń nerki i wątroby zaleca się poród siłami natury, jeżeli brak jest przeciwwskazań położniczych. Według literatury cięcie cesarskie u kobiet po przeszczepie nerki jest wykonywane głównie z przyczyn położniczych, takich jak nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy, niedotlenienie wewnątrzmaciczne i brak postępu porodu. Ciąża u pacjentek po przeszczepie narządu nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego, mimo to odsetek takich porodów w tej grupie kobiet jest wyższy niż w populacji ogólnej. Odzwierciedla to wysoki stopień ostrożności klinicznej w stosunku do tej grupy pacjentek (Madej i wsp., 2018).

Niestety dostępne wyniki badań dotyczące karmienia piersią są ograniczone, jednak zachęca się, aby kobiety po przeszczepie nerki przyjmujące prednizon, takrolimus, cyklosporynę i azatioprynę nie odstępowały od karmienia naturalnego. Ekspozycja na wspomniane leki poprzez mleko matki jest mniejsza aniżeli w macicy. Ilość leku przyjęta przez noworodki karmione piersią jest dużo mniejsza niż dawka dla matki, natomiast poziomy wykrywane u niemowląt są minimalne. Obecnie nie ma wystar-

czających danych dla kwasu mykofenolowego (mykofenolan mofetylu), inhibitorów mTOR i belataceptu, w związku z tym nie zaleca się karmienia piersią u pacjentek przyjmujących wyżej wymienione leki (Rojas i Palmer, 2019).

Lęk związany z ciążą po transplantacji narządu

Zajście w ciążę po przeszczepie narządu może wywoływać wiele odmiennych emocji. W czasie ciąży nasilają się negatywne emocje, niepokój. Stres zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego, zachorowalności i śmiertelności noworodków, może powodować lęk poporodowy, zaburzenia nastroju, a nawet depresję (Yoshimura i wsp., 2016).

Pacjentki po przeszczepach narządu są świadome zagrożeń związanych z zajściem w ciążę. Jako powody wymieniają chęć zostania matką, urodzenie mężowi/partnerowi dziecka, pacjentki wierzące ufają, że zajście w ciążę jest wolą Boga (Neto i wsp., 2012).

Ciężarne zgłaszają obawy dotyczące wpływu leków immunosupresyjnych na płód – ich długotrwałego stosowania oraz dużych dawek. Obawiają się wpływu choroby, która była przyczyną transplantacji narządu. Odczuwają niepokój związany z prawidłowym rozwojem płodu podczas każdej wizyty położniczej. Pacjentki zgłaszają obawy związane z urodzeniem dziecka z wrodzonymi wadami, porodem przedwczesnym oraz niską masą urodzeniową noworodka. Ciężarne, którym lekarze nie zalecają karmienia piersią z powodu przyjmowanych leków immunosupresyjnych, są zaniepokojone tym, że z tego powodu nie zostanie nawiązana relacja matka–dziecko. Kobiety, u których przed zabiegiem transplantacji narządu doszło do poronienia lub martwego porodu doświadczały jeszcze większego lęku związanego z zajściem w ciążę po przeszczepie. Pacjentki po przeszczepie wątroby obawiają się, że w związku z pogorszeniem się ich kondycji fizycznej po transplantacji mogą nie sprostać wychowaniu dziecka, jeśli urodziło by się z jakimkolwiek upośledzeniem. Dodatkowo boją się śmierci podczas porodu i pozostawienia partnera samego z dzieckiem. Chociaż ciąża po przeszczepie narządu wiąże się z ogromnym poczuciem lęku oraz stresu, istnieją metody radzenia sobie z nimi. Kobiety ciężarne otrzymują wsparcie ze strony personelu medycznego, rodziny oraz innych kobiet, które znalazły się w podobnej sytuacji. Uważa się, że lęk i stres związany z ciążą po przeszczepie narządu jest słabszy niż chęć zajścia w ciążę, urodzenia dziecka i wychowania go. Ogromnym wsparciem dla kobiet po przeszczepie jest jej rodzina. Członkowie rodziny, z którymi można porozmawiać na temat obaw związanych z ciążą i porodem, są nieocenionym oparciem (Yoshimura i wsp., 2016)

Zaleca się, żeby pacjentki ciężarne po przeszczepie narządu były objęte opieką przez wielodyscyplinarny zespół składający się z transplantologa, położnika, anestezjologa, pediatry oraz psychologa. Ciąża powinna zostać rozwiązana w ośrodku, który jest w stanie zapewnić specjalistyczną opiekę nad noworodkiem (Neto i wsp., 2012)

PIŚMIENNICTWO

- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R.P. Feldman, R.** (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: The moderating role of oxytocin. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10): 1161–1168.
- Augustine, J.** (2018). Kidney transplant: New opportunities and challenges. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 85(2): 138–144.
- Bonikowska, I.** (2017). Transplantacja w aspekcie społecznym. *Współczesne pielęgniarstwo i ochrona zdrowia*, 6(1): 23–28.
- Buckwalter, J.G., Stanczyk, F.Z., McCleary, C.A.** et al. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1): 69–84.
- Chandraker, A. Yeung, M.Y.** (2021). Kidney transplantation in adults: Overview of care of the adult kidney transplant recipient [online] <https://www.uptodate.com/contents/kidney-transplantation-in-adults-overview-of-care-of-the-adult-kidney-transplant-recipient#H25671032> [Dostęp: 20.06.2021].

- Durst, J.K., Rampersad, R.M.** (2015). Pregnancy in women with solid organ transplants: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 70(6): 408–418.
- Farage, M.A., Osborn, T.W. MacLean, A.B.** (2008). Cognitive, sensory, and emotional changes associated with the menstrual cycle: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278(4): 299–307.
- Foryś, Z., Dębska, G. Królczyk, C.** (2014). *Transplantologia wczoraj i dziś*. W: W.B. Dobrowolska, Z. Foryś, J. Jaśkiewicz (Red.), *Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM, s. 33–45.
- Jadlowiec, C.C. Taner T.** (2016). Liver transplantation: Current status and challenges. *World Journal of Gastroenterology*, 22(18): 4438–4445.
- Jothimani, D., Venugopal, R., Vij, M., Rela, M.** (2020). Post liver transplant recurrent and de novo viral infections. *Best Practice and Research. Clinical Gastroenterology*, 46–47: 101689.
- Lee, S.G.** (2015). A complete treatment of adult living donor liver transplantation: a review of surgical technique and current challenges to expand indication of patients. *American Journal of Transplantation*, 15(1): 17–38.
- Lockwood, Ch.J.** (2021). Heart transplantation in adults: Pregnancy after transplantation [online] <https://www.uptodate.com/contents/heart-transplantation-in-adults-pregnancy-after-transplantation> [Dostęp: 20.06.2021].
- Madej, A., Mazanowska, N., Szpotańska-Sikorska, M.** et al. (2018). Delivery method in patients after liver or kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 50(7): 2150–2153.
- Monastyrska M., E. Beck, O.** (2014). Psychologiczne i prawne aspekty transplantacji ex vivo. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2): 145–148.
- Neto, V.L., de Oliveira, L.G. Sass, N.** (2012) PP146. Psychological assessment of renal transplant recipients during pregnancy. *Pregnancy Hypertension*, 2(3): 318.
- Nowacka, M.** (2014). Etyka transplantacji [online] https://bioetyka.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2014/10/M_Nowacka_Etyka_transplantacji.pdf [Dostęp: 28.03.2021].
- Osório, F.L., de Paula Cassis, J.M., Machado de Sousa, J.P., Poli-Neto, O., Martín-Santos, R.** (2018). Sex Hormones and Processing of Facial Expressions of Emotion: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 9: 529.
- Pazik, J.** (2017). *Ciąża u biorczyni przeszczepu narządowego*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.
- Pietrzak, B.** (2011). Ciąża i poród po przeszczepieniu narządu. *Położnictwo, Ginekologia, Medycyna Rozrodu*, 5(1): 12–20.
- Pietrzak, B., Pazik J.** (2015). Ciąża u biorczyni narządu. W: L. Cierpka, M. Durlik (Red.), *Transplantologia kliniczna. Zasady ogólne*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, s. 312–322.
- Rojas, R. Palmer, B.F.** (2019). Kidney transplantation in adults: Sexual and reproductive health after kidney transplantation [online] <https://www.uptodate.com/contents/kidney-transplantation-in-adults-sexual-and-reproductive-health-after-kidney-transplantation> [Dostęp: 20.06.2021].
- Schiller, C.E., Meltzer-Brody, S. Rubinow, D.R.** (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, 20(1): 48–59.
- Singal, A.K., Ong, S., Satapathy, S.K., Kamath, P.S., Wiesner, R.H.** (2019). Simultaneous liver kidney transplantation. *Transplant International*, 32(4): 343–352.
- Skrundz, M., Boltzen, M., Nast, I., Hellhammer, D.H. Meinschmidt, G.** (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*, 36(9): 1886–1893.
- Sobczak, K. Janaszczyk, A.** (2012). Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 6(4): 182–190.
- Sobiak, J.** (2011). Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – rys historyczny. *Nowiny Lekarskie*, 80(2): 157–161.
- Trzcińska, M.** (2019). Psychologiczne aspekty pobierania i przeszczepiania nerek. W: A. Woderska-Jasińska, Z. Włodarczyk (Red.), *Transplantacja nerki. Kompendium dla chorych i ich rodzin oraz personelu medycznego*, s. 57–64 [online] https://zgodanazycie.pl/wpcontent/uploads/2019/06/Kompendium_Transplantacja_nerki_www.pdf [Dostęp: 11.04.2021].
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.** Dz.U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411 ze zm.
- Weber, B.N., Kobashigawa, J.A. Givertz, M.M.** (2017). Evolving Areas in Heart Transplantation. *JACC Heart Failure*, 5(12): 869–878.
- Wielgoś, M.** (2015). Leczenie pacjentek w ciąży po transplantacji narządów. W: L. Pączek, K. Mucha, B. Foroniewicz (Red.), *Farmakoterapia po przeszczepieniu narządów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 87–96.
- Woderska-Jasińska, A., Włodarczyk, Z.** (Red.) (2019). *Transplantacja nerki. Kompendium dla chorych i ich rodzin oraz personelu medycznego* [online] https://zgodanazycie.pl/wp-content/uploads/2019/06/Kompendium_Transplantacja_nerki_www.pdf [Dostęp: 20.06.2021].

- Yoshimura, Y., Umeshita, K., Kubo, S. Yoshikawa, Y.** (2016). Anxieties and coping methods of liver transplant recipients regarding pregnancy and delivery. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8): 1875–1885.
- Zacur, H.A.** (2006). Hormonal changes throughout life in women. *Headache*, 46(2): 49–54.

Rozdział 16

Praca z ciałem u kobiet z ciążą o niepomyślnym rokowaniu

Katarzyna Rybok

Ciąża to okres w życiu kobiety obarczony silnym obciążeniem psychofizycznym, wynikającym z toczących się procesów adaptacyjnych w budowie anatomicznej i sposobie funkcjonowania (Studen i Szymona, 2003). Zachodzące zmiany w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej związane są z przygotowywaniem się ciała kobiety do rozwoju w jej łonie nowego życia, porodu i pełnienia roli matki. Okres ciąży i porodu jest sytuacją stresogenną uznawaną nawet za wydarzenie krytyczne (Glynn i wsp., 2008), stanowi etap zmian emocjonalno-społecznych nie tylko dla kobiety, lecz także jej najbliższego otoczenia (Koss i wsp., 2014). Zmienia się stosunek do siebie, do otaczających ludzi i świata oraz działanie w tych obszarach (Kuryś, 2010). Celem jest ochrona rozwijającego się płodu oraz stworzenie mu korzystnych warunków na rozwój. Dochodzi do zmiany diety, trybu życia i unikania sytuacji ryzykownych. Kolejne etapy ciąży wiążą się również z przemianą psychologiczną przyszłej matki. Kobieta staje się świadoma obecności dziecka, oczekując, że urodzi się ono zdrowe, z możliwością prawidłowego rozwoju (Łuczak-Wawrzyniak i wsp., 2010) O ile ciąża fizjologiczna stanowi niemałe wyzwanie i obciążenie psychofizjologiczne dla przyszłych rodziców, obarczone poczuciem odpowiedzialności, lękiem, obawami, a nawet ryzykiem wystąpienia depresji okołoporodowej (Ilska i Przybyła-Basista, 2014), to ciąża o sytuacji szczególnej uznawana jest za doświadczenie traumatyczne w życiu kobiety (Koss i wsp., 2014).

Zgodnie z regulacją prawną, *do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi* (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, s. 21) Niepomyślne rokowanie ciąży i rozwiązania dotyczy ciąży wysokiego ryzyka lub ciąży powikłanej, w przebiegu której czynniki psychofizjologiczne zdiagnozowane u ciężarnej lub jej dziecka stanowią dla obojga zagrożenie dla zdrowia i życia przed lub po porodzie (Szymona-Pałkowska, 2009).

Informacja o niepomyślnym rokowaniu ciąży z powodu nieprawidłowego przebiegu rozwoju dziecka (diagnoza wady letalnej) lub zagrożenia życia matki, jak również rodząca się obawa o przebieg ciąży oraz lek przed niekorzystnym i nieoczekiwanym jej zakończeniem stanowią doświadczenie traumatyczne, tj. jednorazowe, silnie, negatywnie oddziałujące doznanie o bardzo dużym ładunku emocjonalnym. Rodzi obawę o dalszy przebieg ciąży oraz lęk przed niekorzystnym i nieoczekiwanym jej zakończeniem. Przebieg ciąży wysokiego ryzyka obarczony jest generowaniem sytuacji trudnych psychofizycznie jako pojedynczych zdarzeń, jak również jest czynnikiem pojawienia się długotrwałego stresu oraz jego konsekwencji, na które narażona jest kobieta oraz jej rodzina (Koss i wsp., 2014; Sockol i wsp., 2014; Studen i Szymona, 2003). Pojawiający się niepokój, lęk, żal wymaga indywidualnego stylu radzenia sobie, często modyfikacji planów i oczekiwań życiowych.

Do zdarzeń stresogennych można zaliczyć:

- organicznie codziennej aktywności spowodowane koniecznością hospitalizacji lub długotrwałego unieruchomienia (Szymanowska-Pałkowska i Steuden, 2009);
- poronienie (zakończenie ciąży poniżej 22 tygodnia czasu jej trwania lub z obniżoną masą płodu o wartości poniżej 500 g);
- późniejsze obumarcie płodu i poród przedwczesny – wydalenie obumarłego płodu po 23. tygodniu ciąży (Devi Wold i wsp., 2006; Bubiak i wsp., 2014);
- aborcję – przerwanie ciąży ze wskazań lekarskich (Bubiak i wsp., 2014);
- zagrożenie zdrowia lub życia dziecka bądź ciężarnej podczas porodu;
- przedwczesną śmierć noworodka z wadą letalną, niezależnie od podjętego leczenia.

Każde z tych doświadczeń ma charakter indywidualny, niosąc ze sobą napięcie psychofizyczne. W przebieg ciąży zagrożonej wpisane jest rozszerzone postępowanie medyczne w zakresie diagnostyki i obserwacji rozwoju płodu. Kobiety często podlegają hospitalizacji bądź konieczne jest ograniczenie aktywności fizycznej. Brak aktywności fizycznej prowadzi do ograniczenia korzystnego wpływu ruchu na stan psychofizyczny ciężarnej, a co za tym idzie – zwiększenia ryzyka doświadczania negatywnych skutków zmian w postawie ciała, takich jak ból odcinka lędźwiowym kręgosłupa (Opala-Berdzik i wsp., 2009), nieprawidłowe przybieranie na wadze (Jensen i wsp., 1996) czy obniżenie nastroju. Nasilenie lęku jest w tym przypadku odczuwane bez względu na liczbę ciąż, tydzień rozwoju płodu czy liczbę porodów, a istotnie wzrasta u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka położniczego nieplanujących ciąży (Lewicka i wsp., 2015). Z badań wynika również, iż kobiety przebywające w warunkach domowych postrzegają sytuację, w której się znalazły, mniej negatywnie niż kobiety w szpitalu, a stan swojego zdrowia i przebieg ciąży uznają w niższym stopniu za zagrożony (Szymona-Pałkowska, 2009).

Rozwijające się zmiany patologiczne mogą doprowadzić do wczesnej utraty ciąży. Niepomyślne zakończenie ciąży może wynikać z czynników genetycznych, anatomicznych, immunologicznych, hormonalnych i infekcyjnych oraz mających charakter idiopatyczny (ok. 30%) (Stanicka i wsp., 2016). Poronienie wiąże się dla kobiety z niekorzystnymi konsekwencjami medycznymi natury patofizjologicznej, takimi jak krwotok, wstrząs hipowolemiczny, interwencje wewnątrzmaciczne mogące prowadzić do uszkodzenia narządów rodnych, w tym perforacji macicy i uszkodzenia błony śluzowej, czy niewydolności cieśniowo-szyjkowej. Utrata dziecka w wyniku poronienia jest również źródłem wielu emocji, wśród których dominują: szok, zaprzeczenie, gniew, poczucie winy, złość, zmiana postrzegania własnej przyszłości (Adolfsson i wsp., 2004, Łuczak-Wawrzyniak, 2010). Siła i czas odczuwania bólu po stracie dziecka nie są zależne od czasu trwania ciąży, lecz od rodzaju więzi, jaka się wytworzyła między kobietą a jej dzieckiem od chwili poczęcia (Barczak, 2008), przy czym obniżenie więzi emocjonalnej w wyniku negatywnego wydarzenia życiowego występuje w przypadku ciąży powikłanej (Mercer i Ferketich, 1990).

Ciąża obumarła, której zakończenie następuje po 22. tygodniu, poród martwego dziecka, moment pierwszego kontaktu ze zmarłym dzieckiem oraz jego pożegnanie kwalifikują się do przeżyć traumatycznych (Błażej i wsp., 2018, Bubiak i wsp., 2014). Nagła utrata dziecka ma charakter nieprzewidywalny i wiąże się z brakiem możliwości kontroli (Stadnicka i wsp., 2016) oraz koniecznością urodzenie obumarłego wewnątrzmacicznie płodu. Poród ten nie tylko powoduje rozchwianie emocjonalne, lecz jest także sytuacją obciążenia fizycznego dla kobiety. Silne dolegliwości bólowe oraz zmęczenie fizyczne spotęgowane m.in. brakiem sprężystości martwego płodu powodują znaczne spowolnienie porodu (Błażej i wsp., 2018). Doświadczenie straty wywołuje wiele procesów i emocji. Kobiecie towarzyszy gniew, agresja, złość, poczucie winy, ale jednocześnie poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Po porodzie martwego płodu pojawia się strach przed fizycznym kontaktem ze zmarłym dzieckiem jako doświadczeniem mogącym utrudnić proces pożegnania. Może pojawić się złość na swoje ciało, co powoduje przeobrażenie w obrazie własnego ciała. Obserwuje się u pacjentek obniżenie poczucia własnej

wartości, zwątpienie we własną kobiecość i zdolności macierzyńskie oraz brak poczucia sprawczości, czego konsekwencją są reakcje depresyjne (Bielan i wsp., 2010). Niezależnie od stopnia zaawansowania ciąży jej niepomyślne rokowanie wywołuje kryzys psychologiczny prowadzący do załamania mechanizmów radzenia sobie, wzmożonego napięcia psychofizycznego, poczucia dyskomfortu przekraczającego zasoby i możliwości adaptacyjne (Barczak, 2008). W pracach analizujących zachowania emocjonalne kobiet w ciąży wysokiego ryzyka oraz doświadczających straty dzieci w okresie pre- i perinatalnym wymienia się: depresję, lęk i ataki paniki, zaburzenia kompulsywne, zaburzenia afektywne, nadmierne poczucie winy, choroby psychosomatyczne oraz zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) jako późne skutki utraty ciąży (Łuczak-Wawrzyniak, 2010, Boyce i wsp., 2002, Bubiak i wsp., 2014).

Jak wskazują powyższe doniesienia niekorzystny przebieg oraz zakończenie ciąży wiąże się z całą gamą doświadczeń cielesnych i reakcji emocjonalnych, wymagających szczególnego postępowania terapeutycznego. Doznania te o charakterze traumatyzującym oddziałują nie tylko na poziomie psychofizycznym, lecz także poznawczym i intelektualnym, pozostawiając w pamięci trwałe ślady i skutkując deficytami funkcjonalnymi (Nowarczyk i wsp., 2018; Łuczak-Wawrzyniak i wsp., 2010).

Negatywnym skutkiem fizycznym oraz psychologicznym ciąży powikłanej należy zapobiegać, dążąc do osiągnięcia stanu równowagi psychofizycznej, poprzez umożliwienie przepracowania sytuacji kryzysowej. W przeciwnym wypadku – wytworzenie mechanizmów obronnych, jak tłumienie, wyparcie, ignorowanie kryzysu emocjonalnego, prowadzi do labilności stanów emocjonalnych oraz przeniesienia doświadczanych emocji na obszary funkcjonowania, tj. motywacja, procesy poznawcze, seksualność i pożycie (Stadnicka i wsp., 2016, Bielana i wsp., 2010)

Opieka nad pacjentką w ciąży z grupy wysokiego ryzyka położniczego wymaga indywidualnego i rozważnego postępowania opartego na współpracy profesjonalnego i empatycznego zespołu medycznego, składającego się z lekarza ginekologa, neonatologa, położnej, psychologa oraz fizjoterapeuty. Gdy wzrasta ryzyko wytworzenia się zespołu stresu pourazowego (PTSD), wynikającego z zaistnienia zdarzenia traumatycznego, takiego jak m.in. gwałtowna śmierć bliskiej osoby, zalecaną formą terapii jest nie tylko tradycyjne podejście psychoterapeutyczne oparte na pracy werbalnej, lecz także praca z ciałem (Rothschild, 2014).

Teoretyczne podstawy pracy z ciałem w sytuacjach kryzysowych

Podstawowym założeniem do podjęcia pracy z ciałem jest ścisła zależność i kompleksowość interakcji umysłu i ciała ludzkiego. Z punktu widzenia wiedzy neurofizjologicznej, psychika i ciało są wzajemnie powiązane systemem sieci neuronalnych, zależnych od pracy mózgu. Poprzez skuteczność komunikacji neuronalnej i złożoność budowy kory mózgowej, zdarzenia neuropatologiczne, przeżycia psychiczne, a nawet myślenie abstrakcyjne wywierają wpływ na zachowania motoryczne i reakcje psychiczne. Przednie płaty kory mózgowej mają neuronalne połączenie ze wszystkimi obszarami mózgu, dlatego odgrywają znaczącą rolę w poznawczych, fizycznych i emocjonalnych zachowaniach. Połączenie tego obszaru z układem limbicznym, nazywanym analizatorem emocjonalnym, którego główną funkcją jest kierowanie reakcjami popędowo-emocjonalnymi, pozwala na kontrolę równowagi między intelektem i popędami, a funkcjonowanie kręgu limbiczno-śródmózgowego zapewnia kierowanie zachowaniem ludzkim (Konturek, 1998, Traczyk, 1989). Nadmierna stymulacja układu limbicznego w wyniku silnych bodźców psychofizycznych, poprzez pobudzenie ciała migdałowatego, a następnie podwzgórza, aktywuje układ współczulny do uwolnienia adrenaliny i noradrenaliny z nadnerczy, w celu mobilizacji ciała do ucieczki lub walki. Równoległe pobudzenie wydzielania adrenokortykotropiny (ACTH) w przysadce mózgowej zwiększa wydzielanie kortyzolu, mającego przywrócić stan homeostazy hormonalnej. Bodźce, zarówno psychiczne, jak i fizyczne, są źródłem silnych wrażeń odbieranych

za pomocą receptorów. Wrażenia te – zasilone dużym ładunkiem emocjonalnym – zapamiętywane są jako doznania somatyczne: zapachy, obrazy, dźwięki, ruch, doznania dotykowe czy nawet reakcje narządów wewnętrznych. W przypadku przedłużającego się pobudzenia autonomicznego układu nerwowego, będącego wynikiem chronicznego stresu, dochodzi do zaburzenia równowagi hormonalnej i obniżenia jakości życia z powodu uporczywych objawów psychosomatycznych, szczególnie gdy obecne są wspomnienia o traumatycznym doświadczeniu. Pod wpływem stymulacji za pomocą podobnych bodźców sensorycznych, pamięć somatyczna odtwarza obraz z przeszłości. Odczuwane są emocje, co prowadzi do nasilenia objawów z układu autonomicznego, tj. przyspieszonej akcji serca, odczuwania bóli somatycznych, wzmożonego napięcia mięśniowego czy odczuć lękowych. Powtarzanie się takich sytuacji prowadzi do uaktywnienia zmian czynnościowych tkanek, narządów, układów, co wywołuje powstanie zaburzeń psychogennych, chorób przewlekłych o podłożu psychosomatycznym i znacznie utrudnia funkcjonowanie człowieka (Rotschild, 2014).

Teoria jedności psychosomatycznej zakłada zatem, iż zmiana napięcia mięśni, postawy ciała, a nawet sposobu oddychania i funkcjonowania narządów wewnętrznych podyktowana jest stanem psychicznym i doświadczeniami emocjonalnymi, a funkcjonowanie psychologiczne uwarunkowane jest doświadczeniami cielesnymi. Odnosząc się do praktyki klinicznej, warto przytoczyć koncepcję psychoterapeutyczną Alexandra Lowena. Wspomniany badacz zakłada, że każde nabyte trudne doświadczenie fizyczne i psychologiczne, zapamiętywane jest w postaci zmian napięcia w mięśniach, więzadłach i ścięgnach, powodując powstawanie bloków mięśniowych, uniemożliwiających swobodne, spontaniczne nawiązywanie relacji z otaczającym nas światem oraz dalszy rozwój. Zachowana w ciele pamięć zdarzeń określa pewien model posturalny, charakteryzując postawę ciała, sposób poruszania się, zachowanie i osobowość, zależny od przeżytej historii i traum przeszłości (Lowen, 2006, Kurtz i wsp., 2014). Pamięć sensoryczna jest również niezbędna w procesie zdrowienia, gdyż udostępnia przez ciało bogactwo zasobów umożliwiających rozpoznanie, wydobywanie i przewyciężanie traumatycznych doświadczeń (Rotschild, 2014). Natomiast aktywność motoryczna człowieka oraz zmiana modelu posturalnego pozwalają na transformację stanu psychicznego. Aktywność fizyczna i zmiana poziomu napięcia mięśniowego stymulują i wyrażają uczucia, osobowość oraz charakteryzują postawę wobec sytuacji i nastawienie do życia (Koziełło, 2002; Lowen, 2011). Teoretyczne podstawy koncepcji pracy z ciałem wg. A. Lowena, nie zostały potwierdzone naukowo, lecz powstały w wyniku wieloletniej pracy z pacjentami wykazującymi objawy charakterystyczne dla zespołu stresu pourazowego (PTSD).

Korzyści płynące z podejmowania pracy z ciałem

Ciało i umysł są funkcjonalnie powiązane, każda zachodząca zmiana i doświadczenie cielesne posiadają swoje odzwierciedlenie w umyśle i odwrotnie. W pracy z ciałem można uzyskać informacje diagnostyczne (m.in. analiza wzorców posturalnych) oraz wykorzystać zasoby ciała w procesie terapeutycznym. Aktywność fizyczna jest istotnym elementem kreowania życia, gdyż jest niezbędna do prawidłowego wzrostu, rozwoju i utrzymania funkcji fizjologicznych ciała. Korzyści łączące się z aktywnością ruchową to zapobieganie poważnym komplikacjom zdrowotnym – zarówno fizycznym, jak i psychicznym – niwelowanie zaistniałych dolegliwości czy obniżanie dyskomfortu związanego z ich obecnością. Odpowiednio dobrane ćwiczenia, dzięki stymulacji neuromięśniowej, aktywnie regulują uwalnianie nieprawidłowego napięcia oraz odblokowują możliwości ciała. Praca z ciałem na poziomie jego struktury wpływa bezpośrednio na skład budowy ciała (redukcja tkanki tłuszczowej, zwiększenie gęstości kości, poprawa trofiki i odżywienia mięśni, regeneracji tkanek), a także funkcjonowanie poszczególnych obszarów. Z kolei kształtowanie poszczególnych cech motorycznych wspomaga sprowanie fizycznym zadaniom dnia codziennego i przygotowuje do wydarzeń szczególnych.

Dzięki transformacji funkcjonalnej i strukturalnej ciała możliwe staje się dokonywanie zmian w odczuwaniu, myśleniu i reagowaniu, a także odblokowanie prawidłowego wzorca oddechowego. Oddychanie niezbędne jest do produkcji energii, podtrzymywania procesów metabolicznych oraz aktywizacji systemu mięśniowego, co z kolei stanowi podstawę dla doświadczania ruchu i wyrażania uczuć. Efekt powrotu do naturalnej ekspresji ciała i zmniejszenie wewnętrznych ograniczeń są nieodłącznymi elementami procesu zdrowienia, odczuwania radości i przyjemności życia (Lowen, 2011). Praca z ciałem poprzez regulację układu wydzielniczego redukuje dyskomfort psychiczny oraz pobudza poziom satysfakcji i odczuwania radości (Northrup, 2019).

Proces leczenia wykorzystujący aktywność ciała nie skupia się tylko na zewnętrznych objawach dolegliwości, ale dociera do ich psychogennych źródeł. Poprzez ruch rozwija się świadomość stanu ciała i umiejętność odpowiadania na jego potrzeby. Świadomość ciała jest związana z percepcją oraz integracją bodźców docierających przez receptory układu nerwowego. Jest uważnym rozpoznawaniem sygnałów docierających z wnętrza ciała za pomocą interoreceptorów, dostarczającym wiedzy o stanie fizycznym (pozycja, stan, procesy i potrzeby fizjologiczne, aktywność funkcjonalna itp.) i emocjonalnym człowieka (jako składowa różnych skorelowanych doznań cielesnych: *plytki oddech + przyspieszone bicie serca + zimny pot = boję się*). Świadomość ciała jest także drogą odbioru informacji zewnątrzpochodnych, jak smak, zapach, dotyk, dźwięk, obraz. W procesie zdrowienia świadomość jest niezbędnym zasobem, pomocnym w adekwatnej ocenie swojego stanu, spowolnieniu nadmiernych pobudzeń psychosomatycznych, oddzieleniu przeszłości od teraźniejszości i kontrolowanej zmianie wzorców zachowań (Rothschild, 2014).

Koncepcja pracy z ciałem

Ze względu na brak w literaturze szczegółowych zaleceń dotyczących pracy z ciałem dla kobiet w ciąży o trudnym przebiegu lub niepomyślnym rokowaniu, propozycja postępowania wynika z podanych w literaturze wskazań lekarskich, położniczych, psychoterapeutycznych, fizjoterapeutycznych do pracy z kobietami w ciąży oraz jest syntezą własnych obserwacji i doświadczeń w zakresie korzystania z technik pracy z ciałem w praktyce terapeutycznej, m.in. w hospicjum perinatalnym. Koncepcja zakłada holistyczne podejście do pacjentki. Cele terapeutyczne określone są indywidualnie po szczegółowej diagnozie klinicznej, z uwzględnieniem stanu psychofizycznego ciężarnej i jej dziecka.

Cele pracy z ciałem z kobietą w ciąży w szczególnej sytuacji położniczej można określić następująco:

- kształtowanie umiejętnego korzystania z ciała i jego zasobów diagnostycznych oraz terapeutycznych, umożliwiających pobudzenie i uwolnienie emocji oraz napięć o podłożu psychogennym w sposób niewerbalny (Shusterman, 2010; Rothschild, 2000; Kozięło, 1999);
- niwelowanie negatywnych skutków psychofizycznych wynikających ze zmian adaptacyjnych w przebiegu samej ciąży, takich jak bóle stawów, nadwaga, zmiany funkcjonowania układu krążenia czy układu oddechowego, niestabilność emocjonalna, itp (Lewandowska i wsp., 2016);
- rozwój świadomości ciała rozumianej jako uważność na docierające z niego sygnały, w celu lepszego poznania własnych potrzeb i umiejętnego ich zaspokajania;
- zapobieganie wystąpieniu i utrwaleniu się objawów długotrwałego stresu, następstw traumy czy zespołu stresu pourazowego (Rothschild, 2000);
- zmniejszanie stanu niepokoju i lęku oraz wytworzenie okazji i umiejętności przeżywania zadowolenia, przyjemności oraz wdzięczności;
- poprawa umiejętności komunikacji społecznej, poprzez rozwijanie lepszego rozumienia i formułowania komunikatów niewerbalnych (Aleszko, 2001);

- przekształcenie psychomotoryczne na poziomie neuromięśniowym, przez niwelowanie nieprawidłowych wzorców adaptacyjnych wytworzonych na skutek traumatycznych doświadczeń i zastępowanie ich nowymi doświadczeniami, które pozwolą na lepsze równoważenie struktur poznawczych i emocjonalnych (Gnat i wsp., 2002).

Ze względu na szczególny charakter przebiegu ciąży obciążonej niepomyślnym rokowaniem dobór metody i techniki terapeutycznej spełniającej założone cele terapeutyczne powinien być ściśle skonsultowany z zespołem terapeutycznym (lekarz, położna, psycholog i fizjoterapeuta). Prowadząc działania, należy brać pod uwagę aktualny stan psychofizyczny pacjentki, jej potrzeby obecne, ale też cele długoterminowe (plany i cele życiowe pacjentki), z uwzględnieniem przeciwwskazań położniczych do podejmowania aktywności. W zależności od zamierzonej strategii zajęcia mogą przybrać formę profilaktyki (działanie stymulujące, relaksacyjne), leczenia uzupełniającego lub właściwego leczenia, wykorzystując całe spektrum możliwości w danej metodzie.

Ze względu na charakter pracy z ciałem, metody działań terapeutycznych można pogrupować na:

- specjalistyczne techniki i ćwiczenia wykorzystywane w praktyce fizjoterapeuty, zalecane dla kobiet ciężarnych: masaż oraz automasaż (Piekarska i wsp., 2019), ćwiczenia fizyczne dostosowane do możliwości kobiet w ciąży, tj. ćwiczenia techniką Pilatesa, joga, terapia mięśniowo-powięziowa, ćwiczenie oddechowe;
- działania skupione na rozwoju świadomości ciała: metoda gimnastyki twórczej R. Labana, Body Mind Centering®, technika Aleksandra, systemem edukacji somatycznej metodą Feldenkraisa (Muck, 2014; Northup, 2019; Bieniec-Wąsowicz, 2012);
- techniki somatyczne wykorzystywane w psychoterapii leczenia następstw traumy: TRE® (*Trauma Releasing Exercises*), bioenergetyka Lowena, *Somatic Experiencing*, *psychoterapia tańcem i ruchem* (DMT), wykorzystanie ciała w psychodramie, psychoterapia gestalt.

K. Rychter (2019), analizując sytuację kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, porównuje ją do sytuacji granicznej. Charakteryzuje stan ciąży zagrożonej jako specyficzny rodzaj sytuacji będącej naturalnym elementem ludzkiego istnienia, ale powodującym załamanie w codziennej rzeczywistości. Wiążąc się z doświadczaniem silnych (nadmiarowymi) emocjami kwalifikuje się do sytuacji kryzysowych, traumatycznych, zagrażających. Autorka zwraca jednak uwagę, że sytuacje graniczne posiadają ogromny potencjał zmianotwórczy przez wymuszoną zmianę działania oraz myślenia, celów i środków do ich osiągnięcia. Dla kobiety, a także jej partnera, zdarzenia te wiążą się z jednej strony z osamotnieniem, z drugiej – z koniecznością poszukiwania wsparcia i jego otrzymania. Cięża o niepomyślnym rokowaniu ma potencjał nie tylko niszczycielski, lecz także rozwojowy, wymuszając konieczność głębszego wglądu w swoje ciało i relacje z otoczeniem. Za pomocą świadomej i uważnej pracy daje szansę na przewartościowanie dotychczasowego sposobu funkcjonowania i stworzenie nowych wzorców zachowania, a tym samym na poprawę jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

- Aleszko, Z., Janke-Klimaszewska, B. (2001). Choreoterapia w psychiatrii. *Psychoterapia*, 2(117): 61–68.
- Adolfsson, A., Larsson, P., Wijma, B. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women International*, 25(6): 543–560.
- Barczak, A. (2008). Przebrane narodziny – czyli rzecz o poronieniach. *Życie i Płodność*, 2(4): 85–94.
- Bielan, Z., Machaj, A., Stankowska, I. (2010). Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuologia Polska*, 8(1): 41–46.
- Bieniec-Wąsowicz, A., Barłowska-Trybulec, M., Jaworek, J., Zyznawska, J. (2012). Korzyści płynące z ćwiczeń jogi dla kobiet w ciąży. Znaczenie rekreacji w pracy fizjoterapeuty, s. 310–326. [online] https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/128984/bieniec-wasowicz_barlowskatrybulec_jaworek_zyznawska_korzysci_p%C5%82ynace_z_cwiczen_jogi_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Dostęp: 11.07.2021].

- Błażej, M., Plagens-Rotman, K., Połocka-Molińska, M.** (2018). Opieka nad kobietą w ciąży obumarłej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(68): 204–211.
- Boyce, P., Condon, J., Ellwood, D.** (2002). Pregnancy loss: a major life event affecting emotional health and well-being. *The Medical Journal of Australia*, 176(6): 250–251.
- Bubiak, A., Bartnicki, J., Knihinicka-Mercik, Z.** (2014) Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4(1): 69–78.
- Devi Wold, A.S., Pham N., Arici A.** (2006). Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. *Seminars in Reproductive Medicine*, 24(1): 25–32.
- Gnat, R., Saulicz, E., Szogiel, D., Żukowska, A.** (2002) Charakterystyka choreoterapii oraz możliwości jej wykorzystania w kompleksowej rehabilitacji pacjentów różnych grup schorzeń Fizjoterapia: kwartalnik Wrocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, 10(1): 55–65
- Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C.J., Sandman, C.A.** (2008) Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth, *Health Psychology*, 27(1): 43–51.
- Halprin, A.** (2010). *Taniec jako sztuka uzdrawiania: Do zdrowia przez ruch I tworząc pracę z uczuciami*. Warszawa: Wydawnictwo Kined.
- Ilska, M. Przybyła-Basista, H.** (2014) Measurement of women's prenatal attitudes towards maternity and pregnancy and analysis of their predictors. *Health Psychology Report*, 2(3): 176–188.
- Jensen, R.K., Doucet, S. Treitz, T.** (1996). Changes in segment mass and mass distribution during pregnancy, *Journal of Biomechanics*, 29(2): 251–256.
- Konturek, S.** (1998). *Neurofizjologia człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kurtz, R., Prestera, H.** (2014). *Mowa ciała. Ilustrowane wprowadzenie do psychologii ciała*. Koszalin: Centrum Pracy z Ciałem Joanna Olchowiak.
- Kuryś, K.** (2010) *Urodzenie dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Koziello, D.** (2002). *Taniec i psychoterapia*. Poznań: Wydawnictwo KMK Promotions.
- Koss, J., Rudnik, A., Bidzan, M.** (2019). Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. *Family Forum*, Opole: Wydawnictwo Teologiczne Uniwersytetu Opolskiego, 4: 183–201 [online] <https://czasopisma.uni.opole.pl/index.php/ff/article/view/854> [Dostęp: 11.07.2021].
- Lewandowska, E., Witkoś, J., Wróbel, P., Budziosz, J., Sieron-Stołtny, K.** (2016). Wpływ kinezyterapii i zabiegów kinesiotaping na zmniejszenie dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa u kobiet w ciąży. *Ostry Dyżur*, 9(1): 23–29.
- Lewicka, M., Wójcik, M., Sulima, M., Makara-Studzińska, M.** (2015). Nasilenie negatywnych emocji u kobiet ciężarnych w okresie hospitalizacji. *Ann. Acad. Med. Siles.* 69: 177–183.
- Lowen, A.** (2006). *Duchowość ciała. Jak uleczyć ciało i duszę*. Warszawa: Jacek Santorski Co Agencja Wydawnicza. s. 13–30 .
- Lowen, A.** (2011). *Przyjemność*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Lowen, A. Lowen, L.** (2011). *Droga do zdrowia i witalności: Podręcznik ćwiczeń bioenergetycznych*. Koszalin: Ośrodek Bioenergetycznej Pracy z Ciałem, Pomocy i Edukacji Psychologicznej Joanna Olchowik.
- Łuczak-Wawrzyniak, J., Czarnecka-Iwańczuk, M., Bukowska, A., Konofalska, N.** (2010) Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekologia Polska*, 81: 374–377.
- Mercer, R.T., Ferketich, S.L.** (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3): 268–280.
- Muck, M.** (2014) *Trening tancerza – fizyczny, czy również mentalny? W: Perspektywa filozoficzna*. A. Fredyk, E. Smol (Red.) *Taniec, rytm, muzyka w nauce i praktyce*. Katowice: Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki, s. 68–71.
- Northup, Ch.** (2019). *Ciało kobiety, mądrość kobiety*. Warszawa: Wydawnictwo CoJaNaTo.
- Nowaczyk, A., Plagens-Rotman, K., Połocka-Molińska, M.** (2018). Poród martwego płodu – wpływ na psychikę kobiety. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(69): 284–292.
- Opala-Berdzik, A., Bacik, B., Kurkowska, M.** (2009). Zmiany biomechaniczne u kobiet w ciąży. *Fizjoterapia*, 17(3): 51–55.
- Piekarska, A., Pilich, D., Zaremba, K., Zalewska, A. Galczyk, M.** (2019) *Rehabilitacja w ciąży... i boli mniej*. Sztuka leczenia, 1: 65–71.
- Rechter, K.** (2019). Sytuacja kobiet w ciąży wysokiego ryzyka jako przykład sytuacji granicznej – inspiracje Jaspersowskie. *Edukacja Filozoficzna*, 67: 181–206
- Rothschild B.** (2014). *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Dz.U. z 2018 r., poz. 1756.
- Shusterman, R.** (2010). *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.

- Stadnicka, S., K., Bień, A., Gdańska, P., Piechowska, J.** (2016). Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa – udział położnej w opiece nad pacjentką w sytuacji utraty ciąży. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9): 379–390.
- Steuden, S., Szymona, K.** (2003). Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: J. Meder (Red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, s. 109–121.
- Sockol, L.E., Epperson, C.N., Barber, J.P.** (2014) The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum – Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne 201 first-time mothers, *Archives of Women’s Mental Health*, 17(3): 199–212.
- Szymona-Palkowska, K., Steuden, S.** (2009). Doświadczanie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: S. Steuden, K. Janowski (Red.), *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty* Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s. 41–57.
- Traczyk, Z.W., Trzebski, A.** (1989). *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, T. 1, s. 256–259.
- Woodman, M.** (2020), *Uzależnienie od doskonałości*. Czeladź: Wydawnictwo: Instytut Studiów Kulturowych Raven.

Rozdział 17

Hospicja neonatologiczne i ich rola

Elwira Justyna Brodowska

Celem rozdziału jest przybliżenie czytelnikom tematyki hospicjów neonatologicznych, sposobu ich funkcjonowania oraz ich roli. W pracy omówiono zarówno definicje pojęć związanych z paliatywną opieką neonatologiczną, jak i akty prawne związane z narodzinami dziecka z wadą letalną, podano także wykaz placówek oferujących opiekę hospicyjną dla dzieci. Ciąża oraz narodziny potomka są dla rodziców okresem wyjątkowym, czasem marzeń i oczekiwań, dotyczących wyglądu, usposobienia, podejmowanych przez dziecko ról, planów co do jego przyszłości. Gdy na świat przychodzi wcześniak, dziecko z zespołem genetycznym, wadami latanymi czy innymi przewlekłymi chorobami – dotychczasowe plany odchodzą w zapomnienie (Biskupska i Konieczna, 2013). Dostrzegając potrzebę pomocy rodzicom w tych trudnych chwilach, zaczęto tworzyć hospicja perinatalne. Doktor Byron Calhoun w latach 1995–2002 rozwinął ideę perinatalnej opieki paliatywnej, określając ją mianem hospicjum perinatalnego. Wprowadził nowy model opieki, zarządzany przez interdyscyplinarny zespół. Matka, jej nienarodzone dziecko, a także najbliższa rodzina wraz z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pracownikiem socjalnym oraz pielęgniarką z doświadczeniem w zakresie żałoby tworzą podstawowy zespół. W razie konieczności do dyspozycji pozostają pozostali członkowie zespołu, między innymi lekarz neonatolog, anestezjolog, psychiatra psycholog, kapłan oraz położna (Buczek, 2015).

W tym miejscu należy przytoczyć definicje wady wrodzonej oraz wady letalnej. Wada wrodzona obejmuje każdą nieprawidłowość anatomiczną, która u dziecka występuje już w chwili narodzin, choć nie zawsze jest diagnozowana w okresie płodowym lub noworodkowym. *Wady wrodzone stwierdza się u 3% urodzonych noworodków, u około 10% martwo urodzonych oraz u ponad 50% płodów poronionych we wczesnym etapie ciąży* (Krzeszkowiak i Śmigiel, 2016, s. 57). W wyniku zaburzeń genetycznych, a także działania teratogennego czynników środowiskowych – zarówno endogennych, jak i egzogennych – mogą powstać wady rozwojowe płodu. Dzielą się na wady duże, wymagające z reguły interwencji medycznej (przepuklina oponowo-rdzeniowa, wodogłowie, rozszczep wargi i podniebienia, przepuklina pępowinowa, przepuklina przeponowa, zrośnięcie przełyku, dwunastnicy, odbytu oraz wady serca), a także wady małe, mające z reguły znaczenie kosmetyczne. Główną przyczyną śmierci noworodków oraz niemowląt, a także niepełnosprawności i częstych hospitalizacji są wady wrodzone duże. Obecnie, dzięki rozwojowi badań prenatalnych, ułomności te są najczęściej rozpoznawane jeszcze w łonie matki (Krzeszkowiak i Śmigiel, 2016). Natomiast wady letalne płodu to ciężkie zaburzenia rozwojowe o niepewnym lub złym rokowaniu, których skutkiem może być zgon wewnątrzmaciczny, samoistne poronienie lub przedwczesny poród. W przypadku urodzenia żywego dziecka z wadą letalną, występujące u niego nieprawidłowości prowadzą do śmierci w ciągu kilku godzin, dni lub tygodni. Nikły odsetek dzieci z wadami letalnymi dożywa późnego dzieciństwa, są to jednak dzieci trwale uszkodzone, niesamodzielne, wymagające całodobowej opieki. Obecnie – mimo postępu medycyny, stosowania najnowocześniejszych aparatów czy leków – skuteczna pomoc dziecku nie jest możliwa, co wynika z braku możliwości zastosowania terapii przyczynowej i objawowej (Dangel, 2012). Wady letalne

płodu to między innymi: triploidia, trisomia chromosomów pary 18 (Zespół Edwardsa) oraz 13 (zespół Patau), inne rzadkie aberracje chromosomowe, letalne choroby monogenowe, wady centralnego układu nerwowego, agenezja nerek, krytyczne wady serca z hipoplazją płuc, acardia, niektóre formy ektopii serca, niektóre formy zrosłaków, niektóre złożone zespoły wielu wad rozwojowych (Szmyd, i wsp. 2014).

Zgodnie z ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerwania ciąży z 7 stycznia 1993 r., w przypadku wad letalnych płodu kobieta miała prawo zdecydować o kontynuacji bądź ukończeniu ciąży ze wskazań medycznych. Punkt mówiący o tym, iż kobieta ma prawo do decyzji o przerwaniu ciąży, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78, s. 430) utracił moc. Trybunał Konstytucyjny 22 października 2020 r. orzekł, że prawo do aborcji w przypadku ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu jest niezgodne z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. W styczniu 2021 r. wyrok został opublikowany, co oznacza, że zaostrenie prawa aborcyjnego stało się faktem. Obecnie, zgodnie z prawem, przerwanie ciąży w Polsce jest możliwe wyłącznie w dwóch przypadkach, gdy:

- *cięża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,*
- *zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, w tym przypadku przerwanie ciąży jest możliwe do 12 tygodnia ciąży (Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78, s. 430).*

Bardzo ważnymi uczestnikami w dyskusji dotyczącej określenia dalszego postępowania w przypadku rozpoznania u płodu bądź noworodka wady letalnej są rodzice. Mają prawo do zdecydowania o postępowaniu po narodzinach dziecka, a mianowicie urodzeniu dziecka i poddaniu go uporczywej terapii bądź oddaniu go pod opiekę hospicjum perinatalnego. Uporczywa terapia to procedury medyczne mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które jednocześnie przedłużają jego umieranie, co wiąże się z nadmiernym cierpieniem bądź naruszeniem godności pacjenta. Do uporczywej terapii nie zalicza się zabiegów pielęgnacyjnych, takich jak łagodzenie bólu i innych objawów, karmienie oraz nawadnianie, jeśli służą dobru pacjenta. W przypadku podjęcia przez rodziców decyzji o opiece paliatywnej, należy skonsultować ich ze specjalistą w dziedzinie pediatrycznej opieki paliatywnej oraz umożliwić im kontakt z rodziną innego dziecka z podobnym schorzeniem, pozostającego pod opieką domowego hospicjum (Dangel, 2008).

Celem perinatalnej opieki paliatywnej jest zapewnienie wszechstronnego wsparcia rodzicom płodów oraz noworodków z wadami letalnymi, nastawiona jest na zapewnienie komfortu oraz ochrony przed uporczywą terapią. Jest aktywnym oraz całościowym podejściem obejmującym zarówno elementy fizyczne, emocjonalne, jak też społeczne i duchowe. Jest skupiona na poprawie jakości życia dziecka oraz wspieraniu rodziny. Uwzględnia leczenie objawowe, przynosi ulgę oraz wytchnienie rodzinie, zapewnia także opiekę w czasie umierania i w okresie żałoby. Opieka paliatywna stosuje sześć określonych zasad: służenie najlepszym interesom dziecka; szacunek dla życia, godności i autonomii dziecka; akceptacja nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby; niestosowanie uporczywej terapii w celu przedłużania życia; ochrona przed działaniami jatrogennymi; niestosowanie eutanazji w celu skrócenia życia (Dangel i Szymkiewicz-Dangel, 2005).

Połączenie opieki paliatywnej z pediatrią, neonatologią oraz perinatologią przyczyniło się do powstania hospicjum dziecięcego. Istnieją trzy modele opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi. Jest to opieka w hospicjach stacjonarnych, opieka na oddziałach szpitalnych oraz opieka domowa. Wybór modelu pediatrycznej opieki paliatywnej zależy w dużej mierze od specyfiki schorzeń pacjentów, systemu opieki zdrowotnej, a także uwarunkowań demograficznych, geograficznych oraz gospodarczych kraju. Hospicja najczęściej bazują na opiece szpitalnej, przy oddziałach onkologicznych oraz intensywnej terapii powstają w tym celu specjalistyczne zespoły. Hospicja stacjonarne, na których bazuje schemat w Wielkiej Brytanii, organizowane są w formie niezależnych bądź przyszpitalnych ośrodków i są najbardziej kosztowne. Polska, Argentyna, Stany Zjednoczone, Irlandia, Singapur oraz Uganda

to jedyne kraje, w których funkcjonują hospicja domowe. W Polsce system pediatrycznej paliatywnej opieki domowej funkcjonuje od 1994 r. i jest uznawany za jeden z najlepiej funkcjonujących na świecie. Powstała wtedy Poradnia Leczenia Bólu dla Dzieci w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, a następnie Warszawskie Hospicjum dla Dzieci uznawane do dziś za najlepiej działający ośrodek pediatrycznej opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Polski model hospicjum perinatalnego został wprowadzony przez Joannę Szymkiewicz-Dangel i Tomasza Dangla. W odróżnieniu od wewnątrzszpitalnego modelu zapoczątkowanego w Stanach Zjednoczonych, od początku opierał się na współpracy pomiędzy diagnostyką prenatalną a hospicjum domowym dla dzieci (Bartko i Pawlikowski, 2016; Godawa i Dangel, 1999, 2018; Kleszcz-Szczyrba, 2016). W roku 2007 system hospicjów w Polsce, świadczących domową opiekę paliatywną dla dzieci, obejmował 90% populacji kraju (Dangel, 2008). Obecnie istnieje 16 takich placówek (Sierant, 2020).

Hospicja perinatalne w Polsce

1. Warszawa – Warszawskie Hospicjum dla Dzieci
2. Białystok – Fundacja *Pomóż Im* na rzecz Dzieci z chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci
3. Bydgoszcz – Centrum Opieki Perinatalnej św. Łazarza w Bydgoszczy (jedyne polskie hospicjum perinatalne, które nie działa przy innym hospicjum, lecz jest osobną jednostką)
4. Gdańsk – Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC GDAŃSK
5. Gdańsk – Hospicjum Perinatalne Tulipani prowadzone przez Fundację Hospicjum Pomorze Dzieciom
6. Katowice – Stowarzyszenie *Śląskie Hospicjum Perinatalne*
7. Kraków – Alma Spei Hospicjum dla Dzieci Kraków
8. Kraków – Krakowskie Hospicjum dla Dzieci im. ks. Józefa Tischnera
9. Kraków – Małopolskie Hospicjum dla Dzieci w Krakowie
10. Lublin – Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia
11. Łódź – Fundacja Gajusz
12. Opole – Fundacja Domowe Hospicjum dla Dzieci w Opolu
13. Poznań – Wielkopolskie Hospicjum Perinatalne RAZEM
14. Rzeszów – Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci
15. Tychy – Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci *Świetlikowo*
16. Wrocław – Stowarzyszenie Medyczne Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska *Formuła Dobra*

Na prośbę Polskiego Towarzystwa Bioetycznego Tomasz Dangel w 2012 r. przedstawił, zdefiniował oraz określił zasady podejmowania decyzji w hospicjum perinatalnym (Dangel, 2012, s. 3–4).

Typy decyzji

1. Kontynuacja vs. przerwanie ciąży²⁵.
2. Resuscytacja vs. niepodejmowanie resuscytacji.
3. Intensywna terapia vs. opieka paliatywna.
4. Korekcja chirurgiczna wady vs. niepodejmowanie leczenia chirurgicznego.
5. Leczenie w szpitalu vs. leczenie w domu.
6. Śmierć w szpitalu vs. śmierć w domu.

²⁵ Należy podkreślić, iż punkt pierwszy w świetle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. jest nieaktualny.

Zasady i sztuka podejmowania decyzji:

1. Naczelną wartością jest *dobro dziecka*. Za działania sprzeczne z tą wartością należy uznać eugeniczną aborcję i uporczywą terapię. Pierwsze z nich jest legalne na zasadach określonych w ustawie. Drugie – pomimo trudności interpretacyjnych – powinno zostać uznane za błąd w sztuce lekarskiej.
2. Decyzje wymienione powyżej (typy decyzji) powinny zostać podjęte przez rodziców (przedstawicieli ustawowych) na podstawie informacji przekazanych przez lekarzy. Wyjątek stanowią decyzje o niepodejmowaniu metod przedłużających życie – lekarz może podjąć taką decyzję wbrew woli rodziców. Zatem w większości przypadków rola lekarza ogranicza się do przekazania informacji, a nie do podejmowania decyzji.
3. Sposób przekazywania rodzicom informacji przez lekarza nt. rozpoznania, rokowania i możliwości dalszego postępowania jest sztuką.
4. Pomocy rodzicom w procesie podejmowania decyzji może udzielić psycholog, znający realia medyczne (lub inny wykwalifikowany doradca), który pomoże im wyobrazić sobie alternatywne rozwiązania i ich skutki dla ich dalszego życia.
5. Umiejętność rozpoznawania złożonych wad płodu, szczególnie wad serca, wymaga szczególnych kwalifikacji. Rozpoznanie złożonej wady serca powinno zostać zweryfikowane przez specjalistę w referencyjnym ośrodku kardiologii prenatalnej.
6. W przypadkach rozpoznania wady anatomicznej płodu możliwej do korekcji, rodzice powinni otrzymać możliwość konsultacji chirurga dziecięcego i uzyskać wiarygodną informację nt. wyników leczenia chirurgicznego w konkretnym ośrodku.
7. Przed podjęciem decyzji dotyczącej kontynuacji vs. przerwania ciąży, rodzice powinni otrzymać możliwość konsultacji w ośrodku perinatalnej opieki paliatywnej.
8. Decyzje rodziców, dotyczące niepodejmowania metod przedłużających życie w przypadkach nieuleczalnej choroby prowadzącej do przedwczesnej śmierci, nie powinny być przez lekarzy krytykowane i podważane.

W zespole medycznym tworzącym hospicjum perinatalne znajdują się lekarze, pielęgniarki, położne, psychologowie, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni oraz osoby duchowne. Zespół ten opracowuje, a następnie realizuje indywidualny program opieki nad chorym dzieckiem i jego rodziną, starając się rozwiązać problemy, nie tylko medyczne. Celem hospicjum perinatalnego jest szczegółowe informowanie o możliwych procedurach medycznych oraz ich skutkach zarówno dla dziecka, jak i dla matki. Rodzice otrzymują odpowiedzi na pytania związane z następstwami decyzji, które będą musieli podejmować podczas ciąży, po urodzeniu się dziecka oraz w czasie jego dalszego życia, jeśli stan zdrowia na to pozwoli. Brak takiego przygotowania wymusza podejmowanie decyzji w trybie pilnym po porodzie, co staje się źródłem dodatkowego stresu, rzutującego później na funkcjonowanie rodziny, a następnie na przeżywanie żałoby (Krzeszkowiak i Śmigiel, 2016). Kolejnym aspektem związanym z działalnością hospicjum jest tworzenie ośrodków, w których rodzice dziecka z wadą letalną mogą otrzymać odpowiednią pomoc. Hospicjum perinatalne jest także przygotowaniem dla rodziców do opieki hospicyjnej w warunkach domowych nad nieuleczalnie chorym dzieckiem, jeśli stan noworodka będzie wystarczająco stabilny, aby wypisać go ze szpitala. W przypadku śmierci dziecka – zarówno bezpośrednio po porodzie, jak i w późniejszym czasie – rodzice mogą liczyć na wsparcie pracowników hospicjum. Rodzice otrzymują nie tylko pomoc medyczną, ale przede wszystkim wsparcie psychologiczne oraz pomoc pracownika socjalnego w wypełnianiu wszelkich formalności związanych z pochówkiem oraz dokumentacją związaną ze śmiercią dziecka. Przy hospicjach działają również grupy wsparcia dla rodzin w żałobie, ułatwiające rodzicom pogodzenie się z utratą dziecka.

W ramach działalności hospicjum perinatalnego pracująca tam położna przygotowuje rodziców do porodu, wspiera ich, prowadzi przez okres ciąży oraz stara się zapewnić bezpieczeństwo. Jednym

z kluczowych elementów jest przygotowanie rodziców na możliwość narodzin martwego bądź umierającego dziecka. Ponieważ pary oczekujące narodzin dziecka z wadami letalnymi z reguły nie chcą uczestniczyć w zajęciach szkół rodzenia, położna w ramach opieki hospicyjnej powinna przekazać im niezbędną wiedzę z zakresu fizjologii ciąży oraz przebiegu porodu. Należy zorganizować osobne spotkanie, na którym rodzicom zostanie zaproponowana możliwość pożegnania dziecka. Można przygotować specjalne ubranko, na życzenie rodziców wypełnić obrzędy związane z ich religią, zabrać specjalne glinki umożliwiające wykonanie odcisków dłoni czy stóp, rozważyć robienie zdjęć w czasie i po porodzie. Ważnym elementem jest także przekazanie przez położną informacji związanych z samym porodem, takich jak etapy porodu, możliwość łagodzenia bólu porodowego oraz pozycji porodowych, nauka oddychania, a także postępowanie z laktacją w czasie poporodowym (Krzeszkowiak i Śmigiel, 2016; Szymkiewicz-Dangel, 2007).

Strata dziecka bądź jego choroba jest dla rodziców prawdopodobnie najboleśniejszym przeżyciem. Holmes i Rahe opracowali (w 1967 r.) skalę 43 zdarzeń życiowych, którym przypisano punkty będące miarą ich negatywnego znaczenia i stresu. Zgodnie z tą skalą, śmierć, ciąża oraz wszelkie zmiany związane z narodzinami dziecka znajdują się w pierwszej dziesiątce najbardziej stresujących wydarzeń życiowych (Białek i Lickiewicz, 2015). Strata dziecka w okresie prenatalnym jest dla przyszłych rodziców zdarzeniem wykraczającym poza ludzkie możliwości i tym samym wywołuje u prawie wszystkich silny dystres, doświadczanie szeregu reakcji na poziomie poznawczym oraz intelektualnym. Zaobserwowano związek pomiędzy siłą reakcji rodziców na utratę nienarodzonego dziecka, a tym, jak silne były ich uczucia w stosunku do poczętego dziecka. Wspomniane reakcje mają określoną dynamikę i przebiegają w kilku, dających się rozróżnić fazach. Pierwsza z nich to faza szoku oraz dezorientacji zachowania, przejawia się podejmowaniem desperackich prób odtworzenia relacji z utraconym dzieckiem jako rzeczywistą osobą oraz wyobrażeń z nim związanych. Próby zaprzeczania rzeczywistości pozwalają na krótko zdystansować się i odciąć od otrzymanej wiadomości. Stan ten ma wiele konsekwencji, między innymi trudności w koncentracji uwagi, skupianiu myśli, ograniczonej możliwości zapamiętywania napływających informacji, utratę zainteresowania sprawami świata zewnętrznego, zamknięcie się w sobie, utratę łaknienia, kłopoty z snem, skrajne zmęczenie, niezdolność do podejmowania decyzji. Druga faza to faza reakcji emocjonalnych. Najczęstsze reakcje towarzyszące osieroconym rodzicom na tym etapie to lęk, gniew, smutek, żal, poczucie winy lub obwinianie lekarza prowadzącego ciążę, poczucie bezradności. Poczucie nieszczęścia oraz bezradności często wtórnie wzmacnia duże napięcie, które im towarzyszy. Zastosowanie mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczenie, racjonalizacja, regresja, wyparcie i fiksacja pozwala na tym etapie zredukować napięcie emocjonalne. Działania te, mimo iż charakteryzują się dużą intensywnością oraz irracjonalnością, pozwalają w omawianej fazie opłakiwania straty na oswojenie się z tym, co się zdarzyło. Kolejne fazy to faza wychodzenia z kryzysu oraz nowej orientacji, w czasie których rodzice uczą się żyć z doświadczeniem utraty dziecka. Dla pewnej grupy osieroconych rodziców te ostatnie fazy są nieosiągalne. Należy zaznaczyć, iż reakcje rodziców na stratę są odmienne, inaczej żałobę przeżywają kobiety a inaczej mężczyźni. U kobiet proces ten jest bardziej intuicyjny, skoncentrowany na wewnętrznych przeżyciach i emocjach. Mężczyźni zaś przeżywają żałobę w sposób bardziej instrumentalny, na przykład poprzez wzmożoną aktywność, zaangażowanie w sprawy związane z rozwiązaniem pojawiających się problemów, zaangażowanie w obowiązki zawodowe. Ojciec tę sytuację postrzega szerzej, poza utratą dziecka zmaga się dodatkowo z intensywnymi emocjami ze strony partnerki. Kobieta często ma poczucie, iż z pustką, żalem i smutkiem po utracie dziecka pozostaje sama, bez wsparcia partnera, wynika to właśnie z faktu odmiennego przejścia przez żałobę obojga partnerów. Śmierć dziecka wiąże się ze stratą nie tylko dla rodziców, lecz także dla dziadków oraz ewentualnego rodzeństwa, którzy również muszą skonfrontować się z tym doświadczeniem (Łukacz-Wawrzyniak, i wsp., 2012).

PIŚMIENICTWO

- Bartko, A., Pawlikowski, J.** (2016). Ewolucja opieki paliatywno-hospicyjnej: od terminalnie do prenatalnie chorych. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, 79: 8–15.
- Bialek, K., Lickiewicz, J.** (2015). Psychologiczne czynniki podejmowania decyzji krytycznych w neonatologii – pozyskiwania narządów od zmarłych noworodków. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 9(2): 230–238.
- Biskupska, M., Konieczna, M.** (2013). Noworodek i jego rodzice w obliczu choroby i śmierci. *Nowiny Lekarskie*, 82(2): 142–149.
- Buczek, M.** (2015). Hospicjum w łonie matki. *Edukacja Etyczna*, 10: 27–35.
- Dangel, J.** (1999). Ethical problems in perinatal medicine. 1st European Course on Palliative Care for Children. Budapest 1999. Abstract.
- Dangel, T.** (2008). Wady letalne u płodów i noworodków opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci [online] www.hospicjum.waw.pl [Dostęp: 20.06.2021].
- Dangel, T.** (2012). Decyzje dotyczące dzieci z nieuleczalnymi chorobami prowadzącymi do przedwczesnej śmierci w perinatologii. Dyskusja: O racjonalne decyzje w opiece neonatologicznej na stronie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego 15.09–15.10.2012, s. 1–7 [online] http://www.ptb.org.pl/pdf/dangel_neonatalna.pdf [Dostęp: 20.06.2021].
- Dangel, T., Szymkiewicz-Dangel, J.** (2005). Opieka paliatywna w perinatologii. *Opieka Paliatywna nad Dziećmi*, 12: 27–30.
- Godawa, G.** (2018). Działalność hospicjów dla dzieci na rzecz rodziny w świetle analizy zasobów internetowych stron hospicjów. *Wychowanie w Rodzinie*, 17(1), s. 323–337.
- Kleszcz-Szczyrba, R.** (2016). Radzenie sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi jako wyzwanie naszych czasów. W: A. Gałuszka (Red.), *Utrata i żałoba: teoria i praktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 145–154.
- Krzyszowiak, J., Śmigiel, R.** (2016). Rola i zadania położnej jako członka zespołu sprawującego opiekę nad ciężarną pacjentką z rozpoznaną wadą letalną płodu. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 6(1): 57–61.
- Łuczak-Wawrzyniak, J., Czarnecka-Iwańczuk, M., Bukowska, A.** (2012). Strata dziecka – różne perspektywy postrzegania tego doświadczenia. W: W. Strzelecki, M. Czarnecka-Iwańczuk, Cybulski M (Red.), *Psychologia w naukach medycznych. Cz. II*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, s. 164–172.
- Sierant, A.** (2020). Na czym polega działalność hospicjum perinatalnego? *Zdrowie i medycyna. Wprost* [online] <https://zdrowie.wprost.pl/dziecko/10382744/hospicjum-perinatalne-jak-dziala-i-czym-jest-hospicjum-perinatalne-w-polsce.html> [Dostęp: 08.06.2021].
- Szmyd, K., Śmigiel, R., Królak-Olejnik, B.** (2014). Propozycje postępowania z noworodkiem po urodzeniu w przypadku rozpoznania wady letalnej w okresie prenatalnym. *Pediatrica Polska*, 89(6): 1–6.
- Szymkiewicz-Dangel, J.** (2007). Perinatalna opieka paliatywna – czy możliwa jest współpraca położników i neonatologów z hospicjami domowymi dla dzieci? *Opieka Paliatywna nad Dziećmi*, 15: 25–28.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r.** o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz.78.

Rozdział 18

Znaczenie rytuałów pożegnania w przypadku śmierci noworodka*Anna Stachulska*

Od początków swego istnienia człowiek styka się z umieraniem i śmiercią. W historii jego istnienia obecny jest więc ból spowodowany odejściem bliskich osób, w tym przedwczesnej śmierci dziecka, czy to w łonie matki, czy po narodzinach. Jak twierdzą badacze, śmierć długo była postrzegana jako fakt konieczny i naturalny, budzący lęk, ale nie sprzeciw. Jednak w miarę postępu cywilizacji i zmian, w tym laicyzacji, a także postępu medycyny nastawionej na sukces, medykacji, rozwoju technologicznego oraz resuscytacji i transplantologii, śmierć zaczęto traktować wyłącznie jako porażkę medycyny, a w związku z tym, także proces żałoby coraz bardziej jest pozbawiany swojego naturalnego wymiaru (Kleszcz-Szczyrba i Gałuszka, 2016). Jednocześnie środki masowego przekazu „zalewają” odbiorcę tematyką związaną ze śmiercią, informując o różnego rodzaju konfliktach zbrojnych, wojnach, kataklizmach, wypadkach i katastrofach samochodowych, lotniczych czy morskich. Agencje informacyjne zdają się prześcigać w przekazywaniu informacji o śmierci, im bardziej spektakularnej, tym lepszej, bo zwiększającej oglądalność. Śmierć stała się także rzeczywistością wirtualną. Funkcjonowanie w grach komputerowych „trzech żyć” już nikogo nie dziwi. Temat śmierci wszedł zatem na stałe do naszej codzienności, jednak w związku z formą przekazu – nie wzbudza już większych emocji, gdyż odbiorca ma świadomość, że w każdej chwili może po prostu wyłączyć telewizor czy komputer, a problem zniknie (Kleszcz-Szczyrba, 2014). W dzisiejszym świecie śmierć stała się zatem tematem niemożliwym, niepopularnym i niewygodnym, tematem tabu. Funkcjonujemy tak, jakby jej nie było i jakby nas nie dotyczyła. Dominuje kult piękna, zdrowego i młodego ciała, kult długowieczności i dobrej kondycji.

Odsuwanie tematyki śmierci na margines myślenia ma swoje konsekwencje. Zaprzestając uznawania nie tylko samej śmierci, ale nawet naturalnej tendencji do niej, współczesny uczestnik życia społecznego przestaje przekazywać światu swój żal po stracie, przestaje tę stratę publicznie oplakiwać, a co za tym idzie – zostaje spłycone, znaczenie rytuału pożegnania, jego terapeutyczny wymiar (Kleszcz-Szczyrba, 2014). Zniknęły niemalże z naszych ulic osoby z widoczną czarną wskazką, przypiętą do ubrania jako oznaka żałoby. Widoczna jest jeszcze na wieńcach i wiązankach położonych na grobach oraz współcześnie, w mediach społecznościowych, w postach dotyczących wiadomości o śmierci bliskich. Noszenie czarnego stroju jako „komunikatu” o żałobie, o przeżywaniu wielkiej, życiowej trudności, o potrzebie szczególnej ochrony, wsparcia i pomocy, także staje się coraz rzadsze. Częściej czarny stój, szczególnie u osób młodych, kojarzony jest aktualnie z przynależnością do subkultury niż z żałobą. Ta sama rezygnacja i znikanie zaczyna dotyczyć pozostałych rytuałów związanych ze śmiercią: czuwania przy zmarłym, ostatniego pożegnania, konduktu pogrzebowego, kondolencji, stypy. Rytuały pożegnania przestają być potrzebą, a zaczynają się stawać wyłącznie koniecznością (Kleszcz-Szczyrba, 2014; Białas, 2017). Tymczasem rytuały, forma symbolicznych czynności, których częste powtarzanie tworzy dotyczący czegoś zwyczaj, wypracowane i pielęgnowane przez pokolenia, pozwalają na wspólne przeżywanie straty z innymi bliskimi i pomagają w naturalny sposób powrócić do równowagi, mają w sobie „pierwotną mądrość”.

Pierwsze spotkanie ze śmiercią

Jestem dzieckiem. Mam około 5 lat. W jesienny, ciemny wieczór idę polną drogą, bez lęku. Moja dłoń w ciepłej dłoni Babci. Drogę oświetlamy sobie lampą naftową. Po kilkunastu minutach docieramy do sąsiedniego gospodarstwa. Wchodzimy do domu i do ciemnego pokoju oświetlonego tylko blaskiem świec. W powietrzu zapach dymu i geranium. Na środku wysoka ława, a na niej trumna, w której leży babcia moich koleżanek. Babcia, która jeszcze niedawno siedziała na progu tego domu i pilnowała nas – dzieci z okolicznych gospodarstw, gdy rodzice pracowali w polu. W domu dorośli i dzieci, rodzina, sąsiedzi, znajomi. Wszyscy przyszedli się modlić i pożegnać zmarłą. Moja Babcia ma piękny głos, śpiewa i prowadzi modlitwę. Ten wieczorny rytuał pożegnania trwa trzy dni. Przez trzy dni wędrujemy, śpiewamy i modlimy się. Potem w jesienny, deszczowy dzień jadę z Babcią i Dziadkiem w rzędzie wielu furmanek na cmentarz, aby uczestniczyć ze wszystkimi w pogrzebie. To wspomnienie z dzieciństwa, pierwszego spotkania ze śmiercią, niesie ze sobą spokój i ciepło, bez lęku, niepokoju czy traumy (wspomnienie własne).

Wiele lat temu, będąc jeszcze słuchaczką odbywającą, tuż przed dyplomem, praktyki w bloku porodowym, uczestniczyłam w jednym z pierwszych tzw. porodów rodzinnych. Była to dla mnie nobilitacja. Wtedy właśnie stałam się świadkiem niewyjaśnionej, w pierwszej chwili, śmierci dziecka, wkrótce po fizjologicznie przebiegającej ciąży i pięknym, szczęśliwym porodzie. Zanim pojawiły się wyniki sekcji, które wskazały na poważny zespół wad u dziecka, zarówno ja, jak i położna, najbardziej doświadczona w zespole, bardzo przeżywałyśmy tę sytuację. Analizowałyśmy w nieskończoność swoje postępowanie, lecz każda z osobna, w samotności. Położna milczała, obawiała się mnie zapytać o cokolwiek. Narastające napięcie spowodowało, że sama poprosiłam położną o rozmowę. To był bardzo ważny moment. Spotkanie to pozwoliło nam obu na uwolnienie emocji, płacz, omówienie postępowania i wyjaśnienie sytuacji. Można powiedzieć, że stworzyłyśmy wówczas swego rodzaju grupę wsparcia, choć w tamtej chwili nie znalazłam jeszcze tego terminu (wspomnienie własne, częściowo opublikowane w pozycji: Kleszcz-Szczyrba, 2014).

Wśród wielu zawodów medycznych położne stanowią bardzo szczególną grupę. Bardzo często postrzegane są jedynie jako osoby, które towarzyszą kobiecie przy porodzie i przyjmują dziecko na świat, są świadkami „cudu narodzin”. Dla większości społeczeństwa wiąże się to tylko z radosnymi i pięknymi przeżyciami, będącymi źródłem satysfakcji w tym zawodzie. Niska jest świadomość społeczna dotycząca psychologicznych aspektów pracy położnej. Jeśli ktoś zwraca uwagę na trudy tej pracy, ma najczęściej na myśli wykonywanie jej o każdej porze dnia i nocy oraz wsparcie i towarzyszenie fizycznemu „bólom narodzin”. Tymczasem w praktyce położnej zdarzają się również sytuacje trudne, związane między innymi z niepomysłnym przebiegiem ciąży, śmiercią dziecka czy matki przy porodzie, narodzinami dziecka z wadami lub pozostawieniem przez rodziców dziecka do adopcji, a także związane z obdukcją po gwałcie i przemocą w rodzinie. Nawet zaczynające naukę tego zawodu studentki nie zawsze są świadome obciążeń związanych z jego wykonywaniem, a przecież także w tych traumatycznych wydarzeniach towarzyszą kobiecie i jej rodzinie właśnie położne (Kleszcz-Szczyrba i Gałuszka, 2014; Szymda, Urbaniak, Dytman-Stasięńko, red. i wsp. 2017).

W zależności od tego, ile w tej chwili mamy lat, różne będą nasze pierwsze doświadczenia ze śmiercią – zarówno prywatne, jak i zawodowe – ponieważ, jak już wcześniej wspomniano, postęp cywilizacji zmienił jej postrzeganie. Warto zastanowić się, jaki wpływ miały na nas te pierwsze spotkania ze śmiercią. Czy były dla nas „dobre”, czy traumatyczne? Czy wspominając to wydarzenie, dochodzimy do wniosku, że byliśmy w tamtej chwili zaopiekowani i otrzymaliśmy prawidłowe wsparcie, czy raczej nadal tkwimy w tym samym miejscu, a nasza żałoba jest niedokończona? Warto też zastanowić się, jak osobiste doświadczenia śmierci wpływają na nasze zachowania i postawy w życiu zawodowym, a więc czy mają wpływ na to, jaką opieką obejmujemy i jakiego wsparcia udzielimy naszym podopiecznym.

Według autorów badań (Sleziona i Krzyżanowski, 2011) na temat *Postaw pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta*, aż 53% respondentek pamięta swoje pierwsze zetknięcie ze śmiercią pacjenta, nawet jeśli od tego wydarzenia upłynęło wiele lat. Potrafią także dokładnie opisać towarzyszące temu wydarzeniu emocje. Z kolei wyniki własnych badań na potrzeby pracy magisterskiej *Rola położnej w udzielaniu wsparcia kobietom po stracie dziecka w okresie ciąży i porodu* wskazują, że pacjentkami po stracie chętniej zajmują się położne, które same straciły bliską osobę. Tymczasem położne, które nie mają takich doświadczeń, częściej unikają kontaktu z pacjentką po stracie. Z doświadczenia własnego wynika też, że w trakcie praktyk zawodowych uczennice – słuchaczki nie mogły uczestniczyć w porodach, jeśli przewidywany wynik narodzin był niepomyślny, aby „nie zraziły się do zawodu”. Postępowanie takie może skutkować później postawą unikania kontaktu z podobnymi sytuacjami. Lepiej, jeśli z sytuacją trudną położna zetknie się po raz pierwszy jeszcze jako studentka, gdyż może wówczas liczyć na jej omówienie i wsparcie zarówno położnej prowadzącej poród, jak i opiekuna zajęć praktycznych. Gorzej, jeśli pierwszy kontakt z sytuacją śmierci noworodka nastąpi już w pracy zawodowej, gdyż – jak twierdzi Sandrin (Sandrin, 2006) – położna jest często w takich sytuacjach pozostawiona sama sobie. Osamotnienie położnej w takiej chwili może prowadzić do wyczerpania emocjonalnego, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego. Wyniki badań własnych, choć nie są istotne statystycznie, zdają się potwierdzać tę tezę, gdyż położne, które nigdy nie miały kontaktu z pacjentkami po stracie, znacznie gorzej radzą sobie z kontrolą lęku niż te, które miały kontakt jednorazowo lub często (Bąk-Sosnowska i wsp., 2014; Stachulska i wsp., 2013). To na położnej bowiem najczęściej spoczywa zadanie towarzyszenia kobietom po stracie w pierwszych chwilach po uzyskaniu przez nie tej trudnej informacji. Wydaje się zatem ważne, by już na etapie przygotowania do wykonywania zawodu położnej umożliwić studentkom zetknięcie z sytuacją niepowodzenia prenatalnego, tak by mogły się lepiej przygotować do udzielania adekwatnej pomocy i wsparcia w tego typu sytuacjach w przyszłości.

Nawiązanie kontaktu z kobietą po stracie dziecka

Ewa jest w 38. tygodniu przebiegającej prawidłowo ciąży. To będzie jej drugie dziecko. Po domu biega 4-letni Adaś. Czekają na braciszka. Jest Wigilia. Ostatnie dni były dla Ewy trochę męczące. Można powiedzieć, zwyczajnie – przedświąteczne porządki. Może dlatego Ewa czuje dziś mniej ruchów. Wizytę kontrolną u swojego ginekologa ma po świętach. W świąteczny poranek Ewa z rodziną zasiada do śniadania i z niecierpliwością czeka na najmniejsze kopnięcie. Jest coraz bardziej zaniepokojona. Po kilku godzinach postanawia jechać do najbliższego szpitala. Na izbie przyjęć położna nie może wysłuchać akcji serca dziecka. USG potwierdza diagnozę. Jej dziecko nie żyje. Szok...

Mam dyżur na izbie przyjęć, kiedy zgłasza się Ewa. Nie czuje ruchów od wczoraj. Jest podenerwowana. Staram się ją uspokoić, przemawiając do niej łagodnie. Wiem jednak, że zaraz mogą nastąpić bardzo trudne chwile i dla Ewy ... i dla mnie. Włączam aparat KTG i powoli z wielką dokładnością, próbuję wysłuchać akcję serca dziecka. Niestety cisza. Pierwszy krzyk rozpacz Ewy. Jedną ręką ścisnęłam dłoń Ewy, drugą dzwonię do lekarza.

Ewa w szpitalu jest sama, mąż został w domu z Adasiem. Nie odstępuję Jej więc na krok. Razem z lekarzem idziemy do pracowni USG. Tu w ciszy i jeszcze z nadzieją wpatrujemy się w ekran. Ta chwila wydaje się ciągnąć w nieskończoność, jednak w końcu muszą paść te słowa: „Przykro mi, Pani dziecko nie żyje” (doświadczenie własne).

Jak wiele kobiet powie w tej chwili: *Tak, to moja historia*. Jak wiele położnych powie: *Tak, to mój dyżur*.

Podczas różnego rodzaju konferencji i szkoleń, poświęconych m.in. tematowi strat okołoporodowych, ale także w czasie praktyk zawodowych studentek położnictwa, padają pytania o to, co w takiej

chwili powiedzieć. Po wielu latach pracy w zawodzie i kontaktach z kobietami po stracie, myślę, że pytanie powinno brzmieć raczej: *Czego w takiej sytuacji nie mówić.*

Komunikacja w pracy położnej jest bardzo ważną i podstawową umiejętnością, ponieważ od niej zależą prawidłowe relacje z pacjentką i jej rodziną. Szczególnej więc uwagi i starań wymaga komunikacja z kobietą doświadczającą utraty dziecka (Krajewska, 2003).

Do kompetencji lekarza należy przekazanie informacji o śmierci dziecka, jednak to położna jest często pierwszą osobą nawiązującą kontakt z kobietą po stracie, np. w chwili przyjmowania jej do szpitala czy w trakcie porodu z niepomyślnym zakończeniem. Dlatego też położna również powinna wiedzieć, w jaki sposób należy informować o stracie i jak się komunikować z rodzicami w tak traumatycznej sytuacji (Barton-Smoczyńska, 2010).

Wypowiedziane przez lekarza bądź położną słowa oraz zachowania personelu medycznego mają bezpośredni wpływ na ujawnione przez kobietę reakcje żalu i depresji po stracie dziecka. Mamy wpływ na to, w jaki sposób pacjentka się dowie, co się stało z jej dzieckiem, a to z kolei ma wpływ na proces żałoby – jej głębokość, jakość i czas trwania.

Jak zatem przekazywać informację o śmierci dziecka? Bardzo pomocne będą w tej sytuacji wskazówki zawarte w przykładowym protokole komunikacyjnym w modelu europejskim, opracowanym przez Izabelę Barton-Smoczyńską, a przeznaczonym do notyfikacji informacji o śmierci płodu lub jego chorobie. Proponowany schemat składa się z pięciu kroków (Barton-Smoczyńska, 2010):

1. Krok pierwszy: razem

Rozmowę o śmierci dziecka należy przeprowadzić z obojgiem rodziców jednocześnie lub w towarzystwie innego członka rodziny. Daje to im możliwość usłyszenia tych samych informacji. Gdy nie ma innej możliwości, dobrze jest, aby towarzyszyła kobiecie w takiej chwili położna. Należy dokonać tego po zakończeniu badania kobiety, kiedy jest już ubrana i znajduje się w pozycji siedzącej. Podczas rozmowy należy utrzymywać kontakt wzrokowy. Dlaczego to takie ważne? Badania wskazują, że kobiety, które usłyszały diagnozę w osamotnieniu, przekazując później tę informację partnerom oraz członkom rodziny – z powodu doznanego szoku – znacznie ją zniekształcają. Dokonują własnej interpretacji tej informacji i jest to przekaz subiektywny, obarczony silnymi emocjami – głównie poczuciem winy. Dlatego też towarzysząca wówczas kobiecie położna może tym zniekształceniom zapobiec lub zadbać o ponowny kontakt rodziców bądź rodziny z lekarzem i powtórzenie informacji.

2. Krok drugi: intymność

Zadbanie o intymność w trakcie takiej rozmowy jest bardzo ważna. Należy zapewnić osobne pomieszczenie, w którym kobieta i jej bliscy będą mogli swobodnie ujawniać naturalne w tym momencie emocje: krzyk, smutek, rozpacz. Takie rozmowy nie mogą odbywać się na korytarzu czy schodach. Wyrażenie tych emocji w sposób bezpieczny, tj. nienarażający osoby na ocenę oraz obserwację postronnych osób, jest czynnikiem leczącym i pozwala w większym stopniu zachować kontrolę nad sytuacją. Zarówno lekarz, jak i położna mogą w tym trudnym momencie czuć się poruszeni. Pojawienie się łez lub drżenia głosu nie jest oznaką braku profesjonalizmu, a dowodem zaangażowania i normalną ludzką reakcją. Nie ma nic złego w tych emocjach personelu, a dla większości rodziców jest to dowód na uszanowanie ich osobistych, tragicznych przeżyć.

3. Krok trzeci: treść i forma rozmowy

Podczas rozmowy należy się posługiwać językiem zrozumiałym dla odbiorców. Zrezygnować z fachowych terminów medycznych, niezrozumiałych określeń. Słowa *zarodek*, *embrion*, *plód* – to określenia służące do wymiany informacji między personelem czy dla celów prowadzenia dokumentacji, lecz nie do rozmowy z rodzicami po stracie. Dla pacjentki brzmią one oschle i wywołują wrażenie przedmiotowego traktowania życia ich dziecka. Należy też zadbać o formę rozmowy. Okazać współczucie, szacunek, empatię i życzliwość. Oczywiście ta komunikacja nie jest łatwa. Jeśli położna lub lekarz nie wie, jakich słów użyć, może po prostu powiedzieć: *Jest mi bardzo trudno. Jest mi bardzo przykro, że przedstawiam Państwu taką sytuację. Mogę się domyślać, że to trudne dla Pani. Widzę, że ma Pani łzy w oczach*. Nieodłączną formą komunikacji położnej z kobietą po stracie jest kontakt niewerbalny, np. poprzez dotyk, dzięki któremu można przekazać ciepło i współczucie. Samym tylko dotykiem przekazujemy informację o swojej obecności, uspokajamy i dajemy poczucie wsparcia. Słowa bowiem nie są tak bardzo potrzebne, jak nam się wydaje, szczególnie w pierwszym etapie szoku, kiedy trzeba *zastosować ciszę* (Barton-Smoczyńska, 2010; Krajewska, 2003).

Bardzo często mamy jednak nieodpartą chęć powiedzenia czegoś *bardzo mądrego*, a przecież nie znaleziono jeszcze słów, za pomocą których można usunąć ból po stracie bliskiej osoby. Tymczasem właśnie w takiej chwili, czego dowodzą doświadczenia kobiet po stracie opisywane na wielu forach internetowych, dochodzi do tzw. nietrafionych pocieszeń. Kobiety ranione są przez osoby, które chciałyby pomóc i w tej intencji wypowiadają słowa mające pocieszyć, lecz w istocie sprawiają dodatkowy ból. Zatem nie pocieszaj, nie mów:

- na tym etapie ciąży to jeszcze nie dziecko;
- przynajmniej wiemy, że pani zachodzi w ciążę;
- trzeba się cieszyć, urodziłaby pani dziecko z wadami;
- powinnaś się cieszyć, wyobrazasz sobie, jak by wyglądało, gdybyś je urodziła?
- nie ty pierwsza, nie ostatnia;
- wiem, co czujesz;
- dżdżownica też ma serce;
- nic się nie stało, to się zdarza codziennie;
- to jeszcze nie dziecko;
- jesteś młoda, będziesz mieć jeszcze inne dzieci;
- idź do fryzjera, kosmetyczki – to ci pomoże;
- musisz być silna;
- to był tylko 5 tydzień ciąży;
- masz inne dzieci;
- teraz to musicie się wstrzymać z kolejną ciążą;
- postarajcie się szybko o następne;
- jeszcze będziecie mieli dzieci;
- Bóg tak chciał;
- jesteście młodzi, spróbuj zapomnieć.

Ktoś, kto cierpi, jest niesamowicie wyczulony na słowa. Wysyłany przez nadawcę komunikat może być zupełnie inaczej *usłyszany* przez odbiorcę (osobę po stracie). Słowa pocieszeń niosą niebezpieczeństwo zadawania dodatkowego bólu:

- Lepiej, że teraz niż później...

- Lepiej tak, dziecko pewnie by było chore...
- Lepiej, że tak, niż gdybyś miała mieć za dużo...
- Dobrze, że masz już dziecko...
- Dobrze, że na ciebie padło, bo już przez to przeszłaś i się przyzwyczaiłaś...
- Dobrze, bo przynajmniej powstała strona internetowa o stracie...

Po każdym usłyszanym: *lepiej, że... dobrze, bo...* kobietom po stracie dziecka odechciewa się nie tylko mówić, tłumaczyć, ale często żyć. Dlatego czasem, zamiast pocieszać na siłę, warto po prostu razem pomilczeć, popłakać albo po prostu wysłuchać, co rodzice po stracie chcą powiedzieć:

Prosimy, aby lekarze, personel medyczny swoim zachowaniem, słowem, nie dodawali kolejnego cierpienia. Jestem człowiekiem – zarówno ja, jak i moje nienarodzone, a zmarłe dziecko. Oczekuję od personelu potraktowania nas z godnością i szacunkiem. Jestem człowiekiem, który cierpi, którego bardzo łatwo teraz zranić. Który nie ma sił na obronę przed dodatkowym i zbędnym cierpieniem (post na portalu Poronienie.pl).

4. Krok czwarty: konkretne rady

Bardzo ważną częścią komunikacji z kobietą po stracie jest przekazywanie informacji, gdzie i jak można uzyskać dalszą pomoc w kryzysie: np., jakie badania są wskazane po poronieniu i w jakim wypadku należy je wykonywać, gdzie są dostępne badania genetyczne (jeśli jest taka potrzeba). Należy podać adresy miejsc, gdzie kobieta znajdzie ośrodki interwencji kryzysowej, psychiatrę, psychologa, poradnię zdrowia psychicznego, pomoc socjalną, pomoc położnej rodzinnej i grupy wsparcia. Takie informacje powinny zostać przekazane zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, ponieważ w pierwszej chwili kobieta może uznać, że nie są jej potrzebne, ale po czasie będzie mogła do nich sięgnąć. Jeszcze w czasie pobytu w szpitalu należy zapewnić kontakt z psychologiem. Znaczenie tej pomocy jest ogromne i polega na wsparciu emocjonalnym, zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku, wzbudzaniu zaufania i zachęcaniu do dobrego komunikowania się z otoczeniem. W tej części komunikacji powinny się znaleźć informacje dotyczące praw kobiety po stracie, możliwości pożegnania z dzieckiem, rejestracji w Urzędzie Stanu Cywilnego i pochówku (Sanders, 2001; Barton-Smoczyńska, 2010).

5. Krok piąty: powtarzanie

Należy kobiecie umożliwić zadawanie pytań, gdyż najwięcej ich ma po zakończeniu rozmowy i wyjściu z gabinetu. Udostępnić swoje dane kontaktowe lub informacje umożliwiające kontakt z wybraną osobą z personelu szpitala. Przede wszystkim należy okazać gotowość do spokojnego i częstego powtarzania, gdyż kobiecie znajdującej się w sytuacji szoku i dezorientacji takie postępowanie pozwoli na odzyskanie kontroli nad swoim życiem i zrozumienie własnej sytuacji (Barton-Smoczyńska, 2010).

Prawa rodziców po stracie

Niektórzy sądzą, że prawa pacjenta czy standard organizacyjny opieki okołoporodowej to dokumenty niepotrzebne i śmieszne jest pisanie w aktach prawnych np. tego, że należy się przedstawić, a w relacji pacjent – personel medyczny powinny wystarczyć zasady dobrego wychowania. Praktyka pokazuje jednak, że takie akty prawne są potrzebne, ponieważ nawet tak oczywista, wspomniana wcześniej konieczność przedstawienia się pacjentce, nie jest realizowana.

Dobre praktyki szpitalne to takie, które realizują nie tylko prawa pacjenta, lecz także standard organizacyjny opieki okołoporodowej i inne przepisy dotyczące opieki sprawowanej nad pacjentem,

w tym kobietą po stracie dziecka. Z poszanowaniem prawa w szpitalach, w tym szczególnie w zakresie dotyczącym niepowodzeń położniczych, jest jednak nadal różnie. Obecnie prawo nie uzależnia uprawnień rodziców po stracie od czasu trwania ciąży, nadal jednak zdarzają się sytuacje, kiedy napotyka się utrudnienia ze strony personelu medycznego lub urzędników, bywają wprowadzani w błąd lub zniechęceni do skorzystania ze swoich praw (<https://www.poronienie.pl/prawo/prawo-w-pigulce/>). Dlatego tak ważne jest, aby personel medyczny, lekarze, położne, pracownicy urzędów, dysponowali aktualną wiedzą co do faktycznego stanu prawnego w tym zakresie, ponieważ to na nich spoczywa obowiązek udzielenia wsparcia informacyjnego, uważanego przez kobiety za najważniejsze. Zatem kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, wynikającego szczególnie z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756). Również w tym przypadku wszelkie informacje udzielane pacjentce po stracie, dotyczące m.in. załatwiania spraw urzędowych, powinny zostać przekazane także w formie pisemnej, gdyż z uwagi na stan kobiety wiele informacji może zostać zapomnianych.

Prawa dotyczące w szczególności kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych (<https://www.poronienie.pl/prawo/prawo-w-pigulce/> oraz <https://www.poronilam.pl/prawo/jakie-sa-twoje-prawa-po-poronieniu> i <https://www.poronilam.pl/pomoc/jak-pomoc-kobietom-po-poronieniu-rekomendacje>):

1. Prawo do rejestracji urodzenia dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego bez względu na tydzień zakończenia ciąży. Prawo do rejestracji dotyczy również poronień (porodów), które odbyły się w domu oraz które odbyły się poza granicami Polski (konieczne jest określenie płci dziecka).
2. Prawo do urlopu macierzyńskiego i (lub) zasiłku macierzyńskiego bez względu na tydzień zakończenia ciąży, o ile zarejestrowano dziecko w USC.
3. Prawo do pochowania dziecka (jego ciała czy szczątków) bez względu na tydzień zakończenia ciąży i bez potrzeby określenia płci oraz rejestracji dziecka w USC (kiedy nie jest znana płeć dziecka i nie dokonano rejestracji w USC, nie ma prawa do zasiłku pogrzebowego, a koszty pochówku ponoszą rodzice).
4. Prawo do uzyskania zasiłku pogrzebowego bez względu na tydzień zakończenia ciąży, o ile zarejestrowano dziecko w USC.
5. Prawo do uzyskania informacji i dokumentacji medycznej, zachowania tajemnicy lekarskiej oraz poszanowania godności, jakie przysługuje każdemu pacjentowi.

Aktualnych informacji o zmianach w prawie dotyczących właściwego postępowania w sytuacji niepowodzeń położniczych należy szukać w przepisach dotyczących szczególnie: rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej; wzorów kart urodzenia; aktów stanu cywilnego; postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi; o cmentarzach i chowaniu zmarłych; kodeksu pracy; świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego. Personel medyczny oraz rodzice po stracie mogą w tym zakresie skorzystać ze wsparcia udzielanego przez różnego rodzaju organizacje (np.: Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu – poronienie.pl, Portal Poroniłam.pl, Fundacja Tęczowy Kocyk). Pracownicy tych organizacji dostarczają do szpitali ulotki dla pacjentek oraz organizują szkolenia dla personelu medycznego na temat praw kobiet i właściwej opieki nad nimi czy sposobu zabezpieczenia materiału do badań genetycznych, a także oferują zwykle kobietom pomoc psychologiczną po wyjściu ze szpitala.

Rola położnej w opiece nad kobietą po stracie dziecka

Śmierć dziecka w okresie okołoporodowym jest jednym z najboleśniejszych przeżyć i może mieć długotrwałe konsekwencje dla matki oraz całej rodziny. Badania wskazują, że praktyki szpitalne

i zachowanie personelu w znaczący sposób wpływają na stan psychiczny kobiet, a także ich funkcjonowanie nawet kilka lat po porodzie (Chrzan-Dętko, 2010).

Śmierć dziecka jest tym momentem, w którym zachowania nie mogą być rutynowe. Wymagają indywidualnej reakcji, wiedzy psychologicznej oraz postawy pełnej życzliwości i wsparcia.

Położna zatem musi być człowiekiem empatycznym i wrażliwym, a jednocześnie mocno stąpać po ziemi. Jako profesjonalistka musi wykazać się właściwą postawą w tych trudnych sytuacjach. Na każdym etapie żałoby musi akceptować uczucia i reakcje tak pacjentki, jak i rodziny. Uwzględniając potrzeby kobiety w tym czasie, powinna wykazać empatię, zachęcić do ekspresji uczuć, poświęcić odpowiednio dużo czasu pacjentce, a przez to stworzyć odpowiednie warunki do procesu adaptacji po stracie.

Powitanie i pożegnanie dziecka

Lekarz w obecności doświadczonej położnej powinien omówić z rodzicami prawdopodobny przebieg porodu oraz postępowanie po porodzie. W miarę możliwości poród powinien się odbyć siłami natury, gdyż zabiegowy może zwiększyć niepokój pacjentki. Jednak powinno się wysłuchać życzeń pacjentki, także dotyczących osób towarzyszących w porodzie oraz wytłumaczyć niejasności, jeśli się pojawiają. Rodzice powinni być poinformowani, że mogą zobaczyć dziecko, dotknąć go i trzymać na rękach. Dobrze jest opisać im wygląd dziecka, zanim sami je zobaczą. Mimo, że w danej chwili rodzicom wydaje się to bardzo trudne i zadaje ból, to trzeba starać się im wytłumaczyć, że pożegnanie z dzieckiem jest bardzo ważne dla właściwego przeżycia straty i zapobiega późniejszym problemom (Sanders, 2001). Motywowanie rodziców do kontaktu z dzieckiem, dotykania go, brania na ręce, przytulenia, jest bardzo ważne, bo pomaga w dochodzeniu do właściwego przepracowania żałoby. Rodzicom, którzy nie są w stanie zrobić tego w momencie narodzin dziecka, można zaproponować, by zrobili to nieco później. Zawsze jednak trzeba dać czas na zastanowienie się i przygotowanie na tę chwilę (Adams i Prince, 1995; Barton-Smoczyńska, 2006; Sanders, 2001). Z własnego doświadczenia i kontaktów z grupami wsparcia wiem, że wiele kobiet żałuje później, że nie zobaczyły i nie przytuliły swojego dziecka, choć miały je „w zasięgu ręki”. Często wynikało to z pośpiechu, z jakim w szpitalu podejmowano działania wokół kobiety po stracie oraz braku poinformowania o możliwości zmiany decyzji co do pożegnania, braku propozycji, że można to zrobić chwilę później.

Jednak zanim nastąpi pożegnanie z dzieckiem, do położnej należy właściwe przygotowanie i postępowanie z ciałem martwo urodzonego dziecka. Wiele zależy tutaj od jej delikatności i staranności podczas wykonywania toalety dziecka. Tak jak przy każdym urodzeniu, położna powinna zaopatrzyć pępowinę oraz założyć dziecku tasiemkę identyfikacyjną z datą i godziną urodzenia oraz zgonu. Rodzicom należy przekazać informację o płci dziecka, wadze i wzroście, co może pomóc im w urealnieniu faktu posiadania dziecka. Od początku porodu kobieta powinna być poinformowana, że nawet dzieci zmacerowane, lub u których wykryto wiele wad, rodzą się pozornie nieuszkodzone i nie powinna obawiać się tego kontaktu. Położna może dołożyć starań, aby owinąć dziecko w pieluszkę czy podkład tak, aby uszkodzenia, jeśli nawet występują, nie były dla rodziców widoczne. Może się również zdarzyć, że w wyniku zabiegowego zakończenia porodu, ciało dziecka lub jego szczątki zostaną zawinięte w sposób uniemożliwiający jego zobaczenie, lecz także możliwy do wzięcia na ręce i przytulenie. Po wielu latach pracy doświadczyłam również sytuacji, kiedy kobiety pragnęły pożegnać się ze swoim dzieckiem, ale boją się kontaktu z martwym ciałem. Wiele wówczas zależy od postawy położnej i jej zaangażowania. Matka nadal ma możliwość pożegnania z dzieckiem. Jednak w tej sytuacji położna powinna zaproponować, że to ona będzie trzymała dziecko na ręku i poświęci trochę czasu, aby pobyć z rodzicami. Ogromne znaczenie ma tutaj sposób, w jaki położna podnosi i trzyma ciało dziecka. Delikatność i łagodność ruchów, a także rozmowa z rodzicami o dziecku używając jego imienia, to okazanie szacunku dla zmarłego i dla

rodziców. W każdej z tych sytuacji należy także zapytać rodziców, czy podczas pożegnania chcą pozostać sami, czy też pragną, aby towarzyszyła im w tych chwilach położna. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, kiedy kobieta rodzi sama, bez wsparcia i obecności osoby bliskiej. Oczywiście w samym pożegnaniu z dzieckiem mogą uczestniczyć także inni członkowie rodziny, jeśli tylko pragną, a rodzice wyrażają zgodę (Barton-Smoczyńska, 2006; Kazimierczak i wsp., 2005; Sanders, 2001; Szmyda i wsp., 2017).

Jeśli chodzi o limity czasowe takiego pożegnania, to nie są one określone. Po prostu rodzicom, pragnącym zobaczyć, potrzymać i przytulić dziecko, należy to umożliwić, a tym, którzy ostatecznie zrezygnowali z takiego kontaktu, zawsze dać możliwość zmiany decyzji. (Chrzan-Dętkoś, 2010). Na czas pożegnania należy zapewnić rodzicom oddzielne pomieszczenie, gdzie bez skrępowania mogą uwolnić emocje. Może to być pojedyncza sala porodowa, osobna sala na oddziale ginekologii lub specjalnie do tego celu utworzony pokój pożegnań. Natomiast, gdy dziecko rodzi się z oznakami życia, lecz nie ma szans na przeżycie, bardzo ważne jest pozwolenie na wykonanie rytuałów religijnych. Położna może omówić tę kwestię z rodzicami wcześniej, aby być na to przygotowaną. Może bowiem samodzielnie ochrzcić dziecko w stanie zagrożenia życia, a następnie wydać rodzicom stosowne zaświadczenia. W większości szpitali gotowe druki zaświadczeń dostarczają na blok porodowy czy oddział neonatologii kapelani szpitalni. Do położnej należy także zapewnienie kontaktu z kapłanem, zgodnie z wyznaniem pacjentki (Barton-Smoczyńska, 2006; Kazimierczak i wsp., 2005; Sanders, 2001; Szmyda i wsp., 2017).

Pogrzeb

Bardzo ważną częścią pożegnania jest ceremonia pogrzebowa. Uroczystość ta jest podkreśleniem znaczenia dziecka, jego wartości. Jest też sposobem na potwierdzenie realności straty (Białas, 2017). Zanim jednak to nastąpi, personel medyczny i rodziców czeka dopełnienie mnóstwa formalności. Przed wydaniem ciała może być wskazane wykonanie sekcji, zwłaszcza jeśli zgon nastąpił z niewyjaśnionej przyczyny. Dopiero po jej zakończeniu możliwe jest wydanie ciała do pochówku.

Aktualnie w Polsce możliwe jest wydanie ciała dziecka i pochowanie go bez względu na czas trwania ciąży. Możliwe jest także pochowanie szczątków, które wcześniej zostały poddane badaniu histopatologicznemu. W sytuacji martwo urodzonego dziecka, rodzice mają prawo pozostawić ciało w szpitalu, a obowiązek pochówku spada wówczas na gminę. Ważne, aby zawsze zagwarantować rodzicom, że ciało czy jego szczątki zostaną pochowane i potraktowane z należyty szacunkiem. Należy dołożyć szczególnej staranności podczas wypełniania stosownych dokumentów, formularzy i odbieraniu podpisów od rodziców. Można bowiem wyrządzić wiele krzywdy, dołożyć dodatkowego bólu, jeśli np. w USC zostaną stwierdzone jakieś nieprawidłowości, co narazi rodziców na powrót do szpitala, celem dokonania poprawek (Kazimierczak i wsp., 2005; Barton-Smoczyńska, 2006).

W związku z organizacją pogrzebu, szczególnie dzieci zmarłych na wczesnym etapie ciąży, rodzice bardzo martwią się tym, w co i jak ubrać maleństwo, aby je godnie pochować. W ostatnim czasie z pomocą w takiej sytuacji, zarówno dla szpitali, jak i dla rodziców, ruszyła Fundacja Tęczowy Kocyk. Początkowo to same położne robiły na szydełku kolorowe czapeczki i ubierały w nie dzieci do pożegnania. Później pojawiły spontanicznie zawiązywane grupy samych pacjentek po stracie, które zaczęły szyć czapeczki, małe ubranka, rożki oraz przekazywać je do „zaprzyjaźnionych” szpitali, dla rodziców po stracie. Inicjatywa tak się rozrosła, że powstała Fundacja Tęczowy Kocyk. Pod jej opieką znajduje się ponad 300 obsługiwanych punktów: oddziałów szpitalnych, zakładów pogrzebowych, hospicjów oraz prosektoriów, do których dostarczają produkty. Jej celem i zadaniem jest otulenie najmniejszych dzieci świata, w celu ich godnego pożegnania. Najważniejsze więc, aby bez względu na wiek ciążowy, wokół śmierci dziecka i rytuału pożegnania panowała atmosfera godności i szacunku.

Pamiętki po zmarłym dziecku

I męczy mnie strasznie sprawa „pamiętek” po zmarłym dziecku. Nie mam zdjęcia Adasia, nie mam odcisku stopy, nie mam nic poza potrzebą tego posiadania. Gdy rodziłam Adasia nie pomyślałam o tym, że kiedyś mogę chcieć powiesić jego zdjęcie na ścianie pośród naszych fotografii. Myśleć, myśleć... wtedy nie myślałam wcale... Teraz już za późno. Gdybym miała możliwość pójścia do szpitala i odebrania pamiętek po moim dziecku, bo akurat w tej ciężkiej chwili ktoś pomyślał za mnie, nie miałabym dodatkowych wyrzutów sumienia. W ciągu ostatnich dni bardziej mnie męczy brak tego jednego zdjęcia niż sam brak Adasia (nie jestem pewna czy zrozumiecie...) Chyba dlatego tak jest, że już wiem, że Adaśka nie mogę mieć, choćbym bardzo tego chciała, nie mogłam tchnąć w niego życia, gdy go przytulałam... ale zdjęcie mogliśmy zrobić. Boli. I to bardzo (spojrz-w-siebie.blogspot.com/2013/01/).

Śmierć dziecka może być doświadczeniem jeszcze trudniejszym, jeśli nie pozostaną po nim żadne wspomnienia i namacalne dowody. Pamiętka bowiem to zapamiętany obraz przeszłości, pamięć o kimś lub o czymś, przedmiot, znak przypominający jakieś zdarzenie lub jakąś osobę, wspomnienie. W tym trudnym czasie rodzicom nie jest łatwo przewidzieć, co w przyszłości może im pomóc w procesie dochodzenia do równowagi.

Kiedy rodzi się zdrowe dziecko, a jego przyjście na świat jest szczęśliwym wydarzeniem, zwykle robimy mnóstwo zdjęć. W sytuacji trudnych narodzin i śmierci dziecka, wykonanie fotografii jest również możliwe. Zwykle są to fotografie czarno-białe, ponieważ są bardzo subtelne i nie widać na nich ewentualnych szczegółów maceracji czy sinego koloru skóry. Taka fotografia pozwoli matce zachować dziecko w pamięci i podzielić się tym obrazem z innymi. Cennymi pamiętkami mogą się także stać: fotografia z USG, wydruk zapisu akcji serca dziecka, tasiemki identyfikacyjne, kosmyk włosów, akt urodzenia.

Położne zaangażowane w swoją pracę oraz w pełni świadome znaczenia tych elementów w procesie żałoby i powrotu do równowagi, będą chętnie tworzyły jeszcze inne pamiętki. *Zamiast jak najszybciej zacierać fakt obecności dziecka, warto zadbać o zabezpieczenie śladów istnienia dziecka* (Barton-Smoczyńska, 2006, s.127). Najprostszą formą pamiętki możliwej do stworzenia w szpitalu i niewymagającej dużych nakładów finansowych oraz czasowych są odciski stópek lub dłoni dziecka. Do ich wykonania potrzebna jest tylko kartka papieru lub kartonik i farbka. Na takiej karteczce można dodatkowo umieścić jakąś sentencję, a także wybrane przez rodziców imię dziecka oraz datę i wymiary małości.

*Nie ma stópki tak małej,
by nie mogła zostawić śladu.*

[dokumentacja własna –
propozycja z warsztatów szkoleniowych
konferencji *Przebrane narodziny*].

Z mojego doświadczenia wynika, że część rodziców w pierwszej chwili rezygnuje z takich pamiętek, szczególnie gdy usłyszy o nich po raz pierwszy lub być może pod wpływem szoku. Jednak często wraca po paru godzinach, np. po rozmowie z rodziną, by o nie poprosić. Dlatego też warto mimo wszystko zadbać o nie wcześniej, stworzyć i zabezpieczyć. Wydawałoby się, że tworzenie pamiętek jest oczywiste i nie podlega dyskusji. Jednak tam, gdzie mała jest jeszcze wiedza psychologiczna dotycząca ich znaczenia, położne dopiero podejmujące takie działania, mogą napotkać trudności. Własne doświadczenia autorki w tym temacie, a także jak podaje (Szymańska, 2011) wskazują, że zdaniem większości lekarzy *to tylko pogarsza sprawę*. Badania własne pozwalają jednak stwierdzić, że pamiętki po zmarłym dziecku tworzy 64% położnych. (Baranowska i wsp., 2007; Barton-Smoczyńska, 2006; Kleszcz-Szczyrba i Gałuszka, 2016). Położna może także zachęcić kobietę do pisania listów do zmarłego dziecka, co pomaga w procesie adaptacji po stracie, pomaga *ukołysać myśli*, a jednocześnie staje

się wyjątkową formą wspomnienia o nim (Barton-Smoczyńska, 2006; Baranowska i wsp., 2007). Niektórzy rodzice po stracie piszą wiersze. Jakże inaczej teraz w życiu dorosłym niż w latach szkolnych, brzmią w naszych uszach np. *Treny* Jana Kochanowskiego. Teraz, kiedy sami być może doświadczyliśmy straty bliskiej osoby.

Wczoraj, w rocznicę moich urodzin, przyszedł na świat nasz synek Lesiu. Był bardzo, bardzo malutki i dlatego Jego duszyczka tańczy teraz z aniołkami, ale na zawsze pozostanie w naszych sercach. Nasze kochane maleństwo! (wpis w kronice szpitalnej).

W ostatecznym rozrachunku,
kończąc tę opowieść, mogę powiedzieć jedno tylko:
Spróbujcie.
Wszystko co zostało tu powiedziane, jest proste.
Tak proste, że aż wstyd nalegać.
Jakże niewiele trzeba, (...)
Tylko cierpliwość.
Skromność.
Serce pełne pokoju.
I milczenie.
Uwaga giętka, lecz baczna.
Trochę zrozumienia, względów dla innego człowieka.
Ach! ... Byłbym zapomniał.
Potrzebna jest
MIŁOŚĆ.
Bo, jeśli nie ma miłości, będziesz tylko zręcznym położnikiem.
(Leboyer, 2012, s. 139).

Pomoc pomagającym

Renata Kleszcz-Szczyrba, autorka książki *Witraże w ciemności* zauważyła, że w dobie deficytu psychologów na oddziałach szpitalnych, rola położnych jest bardzo trudna, gdyż zwykle to ona ma pierwszy i najczęstszy kontakt z kobietą tracącą dziecko. Ogromna trudność w zawodzie położnej polega więc na tym, że z jednej strony, żeby dobrze wykonać swoje obowiązki, procedury medyczne, jakoś musi się odciąć od emocji (dysocjacja), aby mógł się uruchomić profesjonalizm. Natomiast wsparcie wymaga skontaktowania się ze swoimi emocjami (asocjacja), aby w jakimś stopniu połączyć się z kobietą w bólu. Specyfika pracy położnej polega zatem na ciągłym balansowaniu pomiędzy odcinaniem się od emocji i łączeniem się z nimi, co jest niezmiernie wyczerpujące emocjonalnie. Trudności narastają, jeśli położna w tym samym czasie ma pod opieką rodzące, z których jedna rodzi zdrowe dziecko, a druga jest tą doświadczającą straty (Kleszcz-Szczyrba, 2014). Obciążenia emocjonalne, jakim poddana jest położna pracująca z kobietą po stracie dziecka, są jednocześnie źródłem stresu, ponieważ kontakty z pacjentką w tak trudnej sytuacji dodatkowo najczęściej przebiegają w atmosferze napięcia i nagłości zdarzeń, poczucia bezsilności oraz ogromnego smutku. Z badań własnych wynika, że prawie połowie badanych, w kontaktach z pacjentkami po stracie, towarzyszył żal i smutek. Wśród innych uczuć położne wymieniały bezradność oraz bezsilność (Bąk-Sosnowska i wsp., 2014; Stachulska i wsp., 2013). Położna, która prowadziła poród martwego dziecka i wspierała rodzącą w tych trudnych chwilach, może także potrzebować czasu, by wrócić do psychicznej równowagi. Osoby wspierające innych w sytuacjach kryzysowych, przekazujące trudne informacje, konfrontujące się z silnymi emocjami, również potrzebują wsparcia, wymagają troski o samego siebie. Zatem położne, aby mogły dobrze pomagać matkom po stracie, same także potrzebują pomocy. Jak więc pomóc sobie w trakcie intensywnego dnia pracy i po dyżurze?

W standard organizacyjny opieki okołoporodowej (rozdz. XV, pkt. 11) zostało wpisane zapewnienie wsparcia psychologicznego osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z opieką nad

kobietą i dzieckiem w sytuacjach szczególnych. Położna jednak rzadko ma możliwość z takiego indywidualnego wsparcia skorzystać, czy to ze względu na brak dostępu do psychologa szpitalnego, czy z powodu braku czasu na dyżurze. Dlatego w tych pierwszych chwilach najważniejsze są relacje w samym zespole położnych i postawa kadry kierowniczej. Bezczenna bowiem jest chociaż krótka, ale szczerza rozmowa z osobą o podobnych doświadczeniach w pracy. Potrzebny jest ktoś, kto uważnie wysłucha, doradzi. Czasem wystarczy, aby choć na moment wbiec do dyżurki, przytulić się do koleżanki i uронić łzę.

Grupy wsparcia

Coraz częściej organizowane są grupy wsparcia, czyli grupy utworzone przez osoby, które doświadczyły podobnych sytuacji. Świadomość tego, że istnieją osoby, z którymi można wymienić poglądy, podzielić się doświadczeniami, obdarzyć zaufaniem, ciepłymi uczuciami, można zwyczajnie obgadać sytuacje zawodowe, odreagować je emocjonalnie, stwarza poczucie bezpieczeństwa.

Uczestnicy takich grup spotykają się w celu:

- wzajemnego niesienia pomocy;
- podzielenia się doświadczeniami, myślami, emocjami;
- rozładowania napięcia związanego ze stresem;
- udzielenia i uzyskania wsparcia psychicznego oraz *ładowania akumulatorów*.

Szczególną grupą wsparcia są Grupy Balinta. W trakcie spotkania 8–12-osobowej grupy, jedna z osób przedstawia z pamięci opowieść o trudnej sytuacji/relacji z pacjentem. Uczestnicy uważnie słuchają referenta, obserwując własne reakcje emocjonalne, wrażenia cielesne, skojarzenia i fantazje w trakcie słuchania. Usłyszane od grupy refleksje i pomysły dają zrozumienie i wsparcie osobie wnoszącej trudną relację.

Psychologiczny debriefing

Do obowiązków pracodawcy powinno należeć zapewnienie położnym pomagającym kobietom po stracie pomocy psychologicznej, podobny do tej, jaką otrzymują służby ratownicze po udziale w katastrofach lub innych trudnych wydarzeniach. Debriefing psychologiczny to metoda, której celem jest minimalizowanie stresu pojawiającego się w wyniku krytycznych zdarzeń oraz skrócenie procesu odzyskiwania równowagi psychicznej przez pracownika. Ma pozwolić na usuwanie negatywnych skutków traumy i wsparcie osób bez konieczności prowadzenia długoterminowej psychoterapii. Podczas takiej sesji, trwającej zwykle ok. 3 godzin, każdy z uczestników opisuje własnymi słowami swoje przeżycia, następnie myśli i emocje. W kolejnym etapie uczestnicy opisują własne objawy stresu i porównują z innymi. Prowadzący wyjaśnia mechanizmy ich powstawania oraz przekazuje wskazówki, jak sobie z tym stresem radzić (Kleszcz-Szczyrba, 2014).

Do działań minimalizujących wpływ stresu na dalsze funkcjonowanie należy także:

- uczestnictwo położnych w szkoleniach, warsztatach psychologicznych, treningach antystresowych i relaksacyjnych;
- zmiana odcinka pracy (inny oddział), aby kontakt z kobietami po stracie był okresowy, rotacje personelu;
- przeniesienie na inny oddział położnej, która sama jest w ciąży;
- zapewnienie obsady minimum dwóch położnych na jednej zmianie;
- prawidłowe warunki pracy i wynagrodzenia;
- dążenie do prawidłowych relacji z przełożonym i w zespole;
- zachęcanie do regularnego wykorzystywania urlopu;

- prowadzenie zdrowego trybu życia: dieta, aktywność fizyczna, pozazawodowa aktywność twórcza, techniki relaksacyjne (Bąk-Sosnowska i wsp., 2014; Stachulska i wsp., 2013).

Zatem, aby efektywnie pomagać kobietom po stracie, a samej prawidłowo funkcjonować, położna powinna z troską spojrzeć na własne zdrowie i o nie zadbać, a także domagać się realizacji zapisów w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej, dotyczących wsparcia psychologicznego dla personelu.

PIŚMIENNICTWO

- Adams, M., Prince, J.** (1995). Opieka nad rodzicami w żałobie – poród martwego dziecka. W: J. Alexander, V. Levy, S. Roch (Red.), *Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa*. Warszawa: Wyd. PZWL, s. 126–143.
- Baranowska, B., Sowińska, M.** (2007). Przebrane narodziny – o traumie poronienia i nadziei. *Pielęgniarka i Położna*, 4 (11/12): 10–13.
- Barton-Smoczyńska, I.** (2006). O dziecku, które odwróciło się na pięcie. Łomianki: Wyd. NAF.
- Barton-Smoczyńska, I.** (2010). Lekarz z ludzką twarzą. Komunikacja z pacjentem: przewodnik dla położników – ginekologów w sześciu odsłonach. Cz. II. Przekazywanie trudnych informacji – ludzkie oblicza prawdy. *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo*, 3: 96–101.
- Bąk-Sosnowska, M., Naworska, B., Stachulska, A., Skrzypulec-Plinta, V.** (2014). Midwives Attitudes Towards Fetal/Neonatal Loss. Data From Clinical Centres in Silesia, Poland. *Global Journal of Research Analysis*, 3(9): 56–59.
- Białas, M.** (2017) Fenomen śmierci w procesie wychowania. W: D. Opozda, M. Parzyszek (Red.). *Rodzina w sytuacji straty bliskiej osoby*. Lublin: Wydawnictwo Episteme, s. 109–125.
- Chrzan-Dętko, M.** (2010). Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką. *Ginekologia Praktyczna*, 18(2): 27–30.
<https://www.poronienie.pl/prawo/prawo-w-pigulce/> [Dostęp: 19.10.2021].
<https://www.poronienie.pl/psychologia/nietrafione-slowa/lepiej-tak-niz/> [Dostęp: 19.10.2021].
- Kazmierczak, M., Sipiński, A., Sioma-Markowska, U., Machura, M.** (2005). Rola położnej w opiece nad kobietą po utracie dziecka w okresie perinatalnym. W: L. Niebrój, M. Kosińska (Red.), *Położnictwo: profesja o wielu aspektach*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna, Eukrasia, vol. 7: s. 23–28.
- Kleszcz-Szczyrba, R.** (2014). *Witraże w ciemności, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka*. Katowice: Księgarnia św. Jacka Sp. z o.o.
- Kleszcz-Szczyrba, R., Galuszka, A.** [Red.] (2016). *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kornas-Biela, D.** (1993). Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym. W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (Red.). *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Krajewska, K.** (2003). Komunikacja w pracy położnej. W: A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (Red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, s. 211–220.
- Leboyer, F.** (2012). *Narodziny bez przemocy*. Warszawa: Wydawnictwo Mamania.
- Poronienie. Co Dalej?** [online] <https://www.poronilam.pl/pomoc/jak-pomoc-kobietom-po-poronieniu-rekomendacje/> [Dostęp: 20.12.2022].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. z 2018 r., poz. 1756 [Dostęp: 19.10.2021].
- Sanders, C.M.** (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sandrin, L.** (2006). *Jak się nie wypalić pomagając innym*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Stachulska, A., Bąk-Sosnowska, M., Gruszczynska, M.** (2013). Kontrola emocji oraz poczucie własnej skuteczności w grupie położnych. *Położna. Nauka i Praktyka*, 2(22): 14–19.
- Szmyda, K., Urbania, K., Dytman-Stasieńko, A.** [Red.] (2017). *Pozwólcie mi odejść w ramionach najbliższych*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Inspiracje.
- Szymańska, M.** (2011). Postawa lekarza w sytuacji niepowodzenia położniczego – aspekt zachowaniowy. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 4(2): 101–105.
- Śledziona, M., Krzyżanowski, D.** (2011). Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo I Zdrowie Publiczne*, 1(3): 217–223.
- Twoje prawa po poronieniu** [online] <https://www.poronilam.pl/prawo/jakie-sa-twoje-prawa-po-poronieniu/> [Dostęp: 20.12.2022].