

Otwartość samotnych matek na przyjęcie dziecka w okresie ciąży i okołoporodowym

Single mother's openness for a newborn child during pregnancy and the perinatal period

Abstract:

In order to become an adult, mature person who functions well in a society, a newborn human needs a long term attention and care from people loving them. A complete family constitutes an optimum environment for the process of upbringing. However, in our society there is a large group of people, mainly women, who – due to different life events – take care of their children single handedly. Conceiving a baby begins an important and difficult period in every woman's life. During that time women undergo a number of somatic transformations and changes – in appearance, mood, emotions, relations with other people as well as changes in terms of social roles performed by them. In the situation of single motherhood pregnancy, childbirth and a postnatal period revive past conflicts and problems with people from the family of origin. The openness to accept a newborn child in mother's life becomes a key issue of that period. In order to accomplish that, a woman needs to accept herself as a mother, her state of pregnancy and the fact of the baby's existence. It turns out that experiencing pregnancy, childbirth and a postnatal period to a large extent depends on social support. The article raises a following issue – how the first stages of becoming a single mother – such as pregnancy and a perinatal period – can influence a single woman and her openness for a newborn baby. It also discusses the principles of accompanying a single mother in her weighty life decisions, which sometimes oscillate around the doubts whether to accept a child in her life or place him or her for adoption.

Keywords: *single mother, a child, psychology of pregnancy, openness for a child.*

Tłum.: Maria Hornung

Streszczenie:

Aby rodzący się człowiek stał się dorosłą, dojrzałą osobą, dobrze funkcjonującą w społeczeństwie, wymaga wieloletniej troski i opieki ze strony kochających go osób. Optymalnym środowiskiem dla przebiegu procesem wychowania jest pełna rodzina. W naszym społeczeństwie istnieje jednakże ogromna grupa osób, głównie kobiet, które w wyniku różnych wydarzeń życiowych opiekę nad dzieckiem sprawują samotnie. Poczęcie dziecka rozpoczyna ważny i trudny okres w życiu każdej kobiety. Dokonuje się wówczas szereg przeobrażeń somatycznych oraz zmian w wyglądzie zewnętrznym, samopoczuciu, emocjach, relacjach z innymi, a także w zakresie pełnionych ról społecznych kobiety. W sytuacji samotnego macierzyństwa ciąży, poród, okres poporodowy ożywiają dawne konflikty i problemy związane z osobami w rodzinie pochodzenia. Kluczowym problemem tego okresu staje się otwartość na przyjęcie dziecka do swego życia. By to mogło się dokonać kobieta musi zaakceptować siebie jako matkę, swój stan ciąży i sam fakt istnienia dziecka. Okazuje się, że przeżywanie ciąży, porodu, czasu poporodowego zależy w dużym stopniu od społecznego wsparcia. Artykuł podejmuje zagadnienia tego, jak pierwsze etapy stawiania się samotną matką - czasu ciąży i okołoporodowego, może wpłynąć na kobietę samotną i jej otwartość na dziecko. Omawia także zasady towarzyszenia samotnej matce w jej ważkich decyzjach życiowych, które czasami oscylują wokół wątpliwości co do przyjęcia dziecka do swego życia czy oddania go do adopcji.

Słowa kluczowe: samotna matka, dziecko, psychologia ciąży, otwartość na dziecko.

Wstęp

Aby rodzący się człowiek stał się dorosłą, dojrzałą osobą, dobrze funkcjonującą w społeczeństwie, wymaga wieloletniej troski i opieki ze strony kochających go osób. Musi zatem być przez nich przyjęty do swego grona. Optymalnym środowiskiem dla przebiegu tego procesu, zwanego przez socjologów i pedagogów procesem wychowania lub socjalizacji, jest rodzina pełna, utworzona przez dwoje ludzi o dojrzałej osobowości (Tyszkowa 1991, 85). W naszym społeczeństwie istnieje jednakże ogromna grupa osób, głównie kobiet (Adamski 1995; Dyczewski 1995; Dyczewski, Lachowski, Lachowska 1988; Rosik 1988), które w wyniku autonomicznych wyborów, niefortunnych lub tragicznych wydarzeń życiowych znalazły się w sytuacji, gdzie opiekę sprawują samotnie, bardzo często bez udziału i pomocy ze strony ojca dziecka. Zerwanie relacji małżeńskiej lub sytuacja, gdy w ogóle nie dochodzi do jej zawięzania, wpływa na całokształt funkcjonowania samotnej matki, znajdując swoje odbicie nie tylko w sposobie realizowania przez nią funkcji macierzyńskiej, ale wpływając na jej życie zawodowe, towarzyskie,

na zdrowie fizyczne i psychiczne, na obraz siebie oraz sposób zaspakajania przez nią podstawowych potrzeb (Kosińska-Dec 1986). Sytuacja ta wydaje się być szczególnym wyzwaniem dla świadomego i pełnego przyjęcia dziecka do swego życia przez samotną matkę.

Warto zauważyć, że poczęcie dziecka rozpoczyna ważny i trudny okres w życiu każdej kobiety. Dokonuje się wówczas szereg przeobrażeń somatycznych oraz zmian w wyglądzie zewnętrznym, samopoczuciu, emocjach, relacjach z innymi, a także w zakresie pełnionych ról społecznych kobiety. Tym bardziej w sytuacji samotnego macierzyństwa ciąży, poród, okres poporodowy ożywiają dawne konflikty i problemy związane z osobami w rodzinie i pełnionymi przez nich rolami. Kluczowym problemem tego okresu staje się otwartość na przyjęcie dziecka do swego życia. By to mogło się dokonać, kobieta musi zaakceptować siebie jako matkę, swój stan ciąży i sam fakt istnienia dziecka. Okazuje się, że przeżywanie ciąży, porodu, czasu poporodowego zależy w dużym stopniu od społecznego wsparcia, bowiem to poczucie związane, szczególnie z kimś bliskim, zapewnia zaspokojenie ważnych potrzeb psychicznych (Kornas-Biela 1992, 91). W punkcie wyjścia rozważań należy założyć, iż ciąża, poród i czas poporodowy samotnej kobiety, będąc sytuacją trudną, zawiera zarówno elementy zagrożenia, jak i czynniki wzrostu (Kościelska 1998; Michałkiewicz 1977; Łuszczak, Pisarski 1991; Wiśniewska-Roszkowska 1997) dla jej osoby, mogące pomóc w przebudowie całego jej życia i systemu wartości. Jak zatem pierwsze etapy stawania się samotną matką – czas ciąży i okołoporodowy – może wpływać na kobietę samotną i jej otwartość na dziecko? A także jak towarzyszyć samotnej matce w jej ważkich decyzjach życiowych – wyrażanych często w pytaniu: razem czy osobno? To znaczy, przyjąć dziecko do swego życia czy oddać je do adopcji?

1. Okres ciąży a samotna matka

Cielesne i psychiczne przeobrażenia zachodzące w organizmie kobiecym w okresie wewnątrzmacicznego rozwoju dziecka mają charakter przystosowawczy (Kornas-Biela 1993, 25–39). Ogromne zróżnicowanie towarzyszących im doznań zależy od konstrukcji genetycznej, od utrwalonego przekazu ze strony matki, wreszcie od ustosunkowania się ojca dziecka do faktu jego poczęcia (Fijałkowski 1992, 43). Stan emocjonalny wszystkich kobiet w okresie ciąży charakteryzuje się występowaniem oznak depresji, niepokoju i lęku (Motyka 1990, 143–158). Reakcje te są szczególnie nasilone w I trymestrze ciąży i bezpośrednio przed porodem. Typowa dla kobiet w okresie ciąży jest również zwiększona wrażliwość, pobudliwość i labilność emocjonalna, a także gorsza niż przed ciążą

kontrola własnych reakcji emocjonalnych i kierowanie ich przebiegiem. Niepokój i lęk u ciężarnych związany jest przede wszystkim z przebiegiem ciąży i porodu, depresja zaś z poczuciem niepewności co do wywiązania się z roli matki (Bielawska-Batorowicz 1987, 683; Sęk 1988, 409–421).

Psychologowie określają ten etap jako „okres kryzysu psychologicznego”. Jeśli przebiega on prawidłowo, bez zakłóceń, prowadzi do funkcjonowania na wyższym poziomie dojrzałości, wyzwala nowe właściwości charakteru, zdolności, rozwija duchowo, kształtuje wiele wartościowych postaw oraz zachowań, jak np.: poświęcenie, cierpliwość, wyrozumiałość, czułość, tkliwość. Stosunek matki do dziecka we wczesnym okresie prenatalnym charakteryzują różnorodne myśli i uczucia, nierzadko sprzeczne – od całkowitej akceptacji aż do odrzucenia dziecka. Jednak w miarę jak dziecko rośnie, pogłębia się więź z nim, zmienia się treść i intensywność przeżyć macierzyńskich (Kornas-Biela 1993, 25).

Wszystkie powyżej wymienione wyznaczniki kryzysu „normalnej ciąży” stają się niewspółmiernie większe w sytuacjach, gdy dotyczą pierwszego dziecka, gdy kobieta jest nieletnią, gdy ciąża jest przedmałżeńską oraz gdy jest ona wynikiem nieplanowanego poczęcia (Kornas-Biela 1994, 43) – a są to sytuacje przede wszystkim związane z samotnym macierzyństwem. Depresje, stresy, lęki, które pozostają nierozwiązane, co zdarza się szczególnie często samotnym matkom, prowadzić mogą do przyjmowania negatywnej postawy wobec poczętego dziecka. Jeśli zaś matka przejawia postawę agresywno-wrogą wobec niego, to tym samym zakłóca jego rozwój psychofizyczny już w okresie prenatalnym (Kończewska 1992, 245–248; Kornas-Biela 1986).

Zdecydowana dezakceptacja dziecka, wrogość i bardzo silny stres psychiczny przeżywane przez matkę mogą wywołać nawet poronienie (Stokowski, Wieczorek 1983). Następstwa tej negatywnej postawy wobec dziecka mogą być natychmiastowe, bądź ujawniają się w okresie pourodzeniowym. Często utrzymują się przez całe życie, bowiem wiele nerwic i psychoz ma swe źródło w irytacjach i stresach z okresu ciąży. Dzieci matek o postawie negatywnej, pełnej napięć, urazów i niechęci rodzą się z niższą wagą urodzeniową, mają zaburzenia snu i trawienia. Są płaczące, drażliwe i nadpobudliwe. Zdradzają zachowania agresywne. Wykazują zaburzenia spostrzegania i uwagi. W okresie późniejszym mają trudności w tworzeniu pojęć, niekiedy wykazują niski stopień inteligencji słownej i wyobrazeniowej. Posiadają małą odporność na stresy. Miewają trudności w nawiązywaniu bezpośrednich i empatycznych kontaktów z innymi ludźmi, co tym samym utrudnia im prawidłowe funkcjonowanie w życiu małżeńsko-rodzinnym. Postawa matki w dużej mierze zależy od postawy własnej matki, od ojca poczętego dziecka i innych członków bliższej i dalszej rodziny (Kończewska-Murdzek 1988, 49).

Na kształtowanie przywiązania (Zazzo 1978) matki do dziecka oraz na prawidłowy przebieg ciąży mają wpływ doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego. Brak bliskich relacji z matką we wczesnym dzieciństwie oraz ścisłych związków emocjonalnych z innymi członkami rodziny w okresie dzieciństwa – to czynniki usposabiające do zajęcia negatywnej postawy wobec dziecka. Ważnym elementem tworzenia się przywiązania matczynego w okresie ciąży jest percepcja siebie jako matki, a to zależy od procesu identyfikacji z własną matką. Dlatego brak opieki ze strony matki ma wpływ na późniejsze postawy macierzyńskie dziewcząt. Nieobecność ojca w rodzinie pochodzenia staje się także psychologicznie szkodliwym czynnikiem mającym swe reperkusje w postawach macierzyńskich, a nawet zdolnościach prokreacyjnych kobiet i żywotności biologicznej ich potomstwa, bowiem kobiety wychowywane bez biologicznych ojców (z powodu śmierci, rozwodu, porzucenia) okazują się bardziej skłonne do poronień, martwych porodów i rodzenia dzieci słabych biologicznie (Kornas-Biela 1992, 251).

Kolejnymi istotnymi czynnikami decydującymi o przyjęciu przez kobietę pozytywnego stosunku do ciąży i nienarodzonego jeszcze dziecka są: dobre przystosowanie do małżeństwa, zgranie seksualne i psychospołeczne z mężem oraz brak z nim poważnych konfliktów, poczucie zabezpieczenia finansowego oraz emocjonalna dojrzałość. Powyższe wskazania sugerują już niebezpieczeństwo ciąży samotnych matek oraz nieletnich, których samotność, brak środków do życia, a zwłaszcza niedojrzałość psychiczna (np. podświadome pragnienie powrotu do utraconego statusu dziecka) stają się czynnikami ryzyka dla rozwoju prawidłowej więzi z dzieckiem (Kornas-Biela 1992, 252).

Zaangażowanie męża w zdobywanie i dzielenie się doświadczeniami związanymi z ciążą i rozwojem dziecka, podejmowanie zachowań opiekuńczych oraz ekspresja uczuć w kontaktach rodzinnych są ważnymi czynnikami zmniejszającymi prawdopodobieństwo przeżywania przez kobietę ciąży jako sytuacji kryzysowej. Kobiety, które nie uzyskują emocjonalnego wsparcia ze strony partnera, mają zaniżoną samoocenę, cechują się nasilonym niepokojem i cierpią na bezsenność, są bardziej podatne na przeżywanie depresji przed i po porodzie, rzadziej podejmują zachowania zdrowotne, częściej przejawiają zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego. Męskie zachowania opiekuńcze wobec żony są najlepszym czynnikiem umożliwiającym przewidywanie objawów dysfunkcji somatycznych lub społecznych u ich partnerek w ciąży (Kornas-Biela 1994, 44). Zatem ustabilizowana sytuacja rodzinna, opieka ze strony partnera, jego pozytywne nastawienie do ojcostwa są identyfikowane jako czynniki wpływające na postawę kobiet wobec ciąży. Kobiety zamężne w porównaniu z niezamężnymi oceniały swą ciążę pozytywniej, zaś postawy macierzyńskie manifestowane

przez nie były korzystniejsze dla rozwoju psychofizycznego dziecka (Bielawska-Batorowicz 1987, 689).

Co zatem może pomóc samotnej matce w tworzeniu otwartości w okresie prenatalnym życia na jej dziecko? Jednym z istotnych elementów tworzącej się więzi matki z dzieckiem jest odczucie pierwszych jego ruchów ok. piątego miesiąca ciąży. Wówczas to pogłębia się u matki świadomość obecności w jej ciele nowej istoty oraz jej odrębności, czemu zwykle towarzyszą wyobrażenia o przyszłości dziecka, marzenia o nim, wzrost uczucia przywiązania. To wydarzenie, nawet w przypadku, gdy matki nie akceptowały dotąd ciąży, powoduje u wielu z nich rozpoczęcie się procesu adaptacji do macierzyństwa (Blaim 1986, 84), bowiem mgliste dotąd wyobrażenia o dziecku nabierają realnego kształtu. Przestaje być ono traktowane jako „narośl”, „polip”, jako część jej ciała, przeciwnie – matka zaczyna odczuwać jego samodzielne ruchy, spontaniczną aktywność, co pozwala jej na myślenie o dziecku jako kimś odrębnym, jako o żywej osobie. Stopniowo matka uczy się odczytywać i rozumieć ruchy swego dziecka – kiedy sygnalizuje ono niedotlenienie, ucisk, a kiedy błogie rozluźnienie. Reagując na nie np. zmianą pozycji swego ciała, zwiększeniem głębokości oddechu, przewietrzeniem pokoju, przyciszeniem muzyki, nawiązuje ona dialog z dzieckiem. Oboje uczą się w ten sposób nadawać informacje czytelne dla odbiorcy i odczytywać je, dostosowując się wzajemnie do siebie (Kornas-Biela 1992, 254; Fijałkowski 1999). Wydarzenie to ma więc ogromne znaczenie dla pogłębienia wzajemnych relacji między dzieckiem a matką lub w sytuacjach trudnych, kryzysowych, jakie mogą zaistnieć w samotnym macierzyństwie, może rozpocząć proces rozwoju pozytywnych postaw macierzyńskich wobec dziecka.

Bardzo duży wpływ na powstanie i rozwój otwartości dziecka mogą mieć współczesne metody monitorowania przebiegu ciąży, ultrasonografia (USG) i kardiokografia (KTG). Słuchanie bicia serca dziecka i oglądanie jego obrazu na monitorze ma wpływ na przeżycie uczuciowej bliskości z nim i pragnienie jak najszybszego dotknięcia go po narodzeniu. Ten zmysłowy kontakt z dzieckiem w czasie badań medycznych ma silny wpływ uspakajający na matkę i budzi w niej wiele uczuć przyjemnych, które są korzystne dla tworzenia i pogłębiania więzi z dzieckiem (Kornas-Biela 1992, 257).

Następnym narzędziem wzbudzania i kształtowania relacji z dzieckiem jest wizualizacja, czyli obrazowe przedstawianie sobie porodu, dziecka i życia z nim. Podobne działanie więziotwórcze i obniżające napięcia, stresy, lęki czasu ciąży posiada pisanie listów do dziecka, prowadzenie pamiętników, rysowanie wizerunków swego dziecka w kolejnych stadiach rozwojowych życia prenatalnego (Kornas-Biela 1993, 53).

Dialog z dzieckiem w wewnątrzłonowej fazie jego życia (Nitecka 1992, 261) jest również techniką pobudzającą kształtowanie i rozwój postaw macierzyńskich. Rozmowy z dzieckiem prowadzone w różnych sytuacjach, na różne tematy, aktywizują zaangażowanie matki, poprawiają proces dotleniania dziecka, uczucio-wo związują z nienarodzonym człowiekiem. Podobna rola przypada śpiewowi matki oraz słuchaniu muzyki podczas ciąży. Śpiew i słuchanie muzyki wpływa na rozwój wzajemnego przywiązania matki i dziecka oraz na stymulację inteligencji dziecka, oraz późniejsze przejawy jego zdolności twórczych (Kornas-Biela 1992, 255).

Jeszcze innym czynnikiem i objawem rozwoju przywiązania matki do dziecka są jej przygotowania do porodu poprzez stosowanie relaksu oraz ćwiczeń fizycznych i oddechowych, zapewniających jego naturalny i sprawny przebieg. Matka, która przeznaczając codziennie czas i wysiłek, by umożliwić dziecku jak najbezpieczniejszy poród, czyni to, ponieważ czuje z nim więź uczuciową, a przez poświęcanie dziecku czasu pogłębia z nim kontakt (Kornas-Biela 1992, 255).

Konkretną formą pobudzania i kształtowania postaw macierzyńskich w czasie ciąży jest utulanie dziecka. Holenderski terapeuta F. Veldman opracował specjalną technikę masażu brzucha – haptonomię, dla pobudzania dziecka i komunikowania mu uczuć matki do niego. Utulanie wzmacnia uczucia rodzicielskie i usuwa lęk przed kontaktem fizycznym z dzieckiem po urodzeniu, co szczególnie ważne jest przy urodzeniu pierwszego dziecka. Matki stosujące powyższe techniki stymulacji prenatalnej swoich dzieci postrzegają je w korzystniejszym świetle, oceniają lepiej okres oczekiwania na jego urodzenie, są zazwyczaj bardziej zadowolone z porodu niż matki, które nie próbowały nawiązać kontaktów ze swoim dzieckiem (Kornas-Biela 1993, 59).

Następnym elementem sprzyjającym rozwojowi pozytywnych postaw macierzyńskich jest pogłębianie wiedzy matki na temat ciąży, porodu i pielęgnacji dziecka poprzez czytanie różnorodnych książek oraz rozmowy, pogadanki przeprowadzone przez fachowców z tych dziedzin. Pożądane jest również, aby kobieta w ciąży korzystała ze szkół naturalnego porodu (Sendecka 1992, 305–309), które przygotowują do tego aktu przez poznawanie faz porodu. Pozwala to także pozbyć się nadmiernych lęków przed bólami porodowymi (Blaim 1986, 85; Fijałkowski 1999).

Wydaje się, że dzięki powyżej wymienionym, różnym działaniom można samotną matkę wesprzeć w decyzji przyjęcia dziecka do swego życia. Staje się to szczególnie ważne w kontekście funkcjonowania wyspecjalizowanych instytucji pomocowych świadczących pomoc samotnym matkom, takim jak: Domy Matki i Dziecka czy też Domy Samotnych Matek. Warto zatem stworzyć w nich spójną strategię przychodzenia samotnej matce z pomocą materialną, psychologiczną,

pedagogiczną i duchową. F. Lamaz opracował metodę psychoprofilaktyki okołoporodowej dla matki i dziecka. Zgodnie z tą metodą wyróżnić można trzy fazy opieki fizycznej i psychicznej przyszłej matki:

1. pojednanie z rodziną – nawiązanie normalnych kontaktów;
2. badania fizjologiczne i psychologiczne matki i dziecka;
3. faza formacji pozytywnych czynników społecznych (Cekiera 1985, 101).

Zatem, jeśli trzeba by określić sposób modelowego funkcjonowania Domu Matki i Dziecka, to powinien się on charakteryzować:

- możliwością przychodzenia z pomocą i opieką ginekologiczną, ogólnolekarską, psychologiczną, pedagogiczną i prawną;
- przyjmowaniem potrzebujących osób na czas nieograniczony, w którym przywrócone zostałyby poczucie bezpieczeństwa;
- nawiązaniem kontaktu z rodziną (Lewandowska 1988);
- przygotowaniem do pełnienia roli matki;
- prowadzeniem nauki zawodu, opieki i wychowania dziecka;
- kształtowaniem społecznie pożądanых postaw i korygowaniem systemu wartości młodych matek oraz pomocą do pełnego rozwoju ich osobowości (Krężel 1987, 311).

Dla zapewnienia spełnienia modelowego działania Domy Matki i Dziecka powinny zatem posiadać takie rozwiązania organizacyjne jak:

- przyjmowanie określonej liczby osób, nieprzekraczającej 10–15 osób;
- posiadanie pomieszczeń mieszkalnych oddzielnych i wspólnych: sale dziennego pobytu, kuchnie, jadalnie, sale zebrań, sale terapii psychologicznej;
- miejsca rekreacji i pracy, jak ogrody kwiatowe i warzywne;
- posiadanie własnej porodówki i małej sali klinicznej;
- prowadzenie szkoły rzemieślniczej, szwalni, gdzie młode matki mogą zdobywać zawód – Zakłady Aktywizacji Zawodowej;
- kaplica z chrzcielnicą dla chrztu nowo narodzonych dzieci (Cekiera 1985, 99).

Domy Matki i Dziecka powinny umożliwiać swoim podopiecznym kontrolę zdrowia, przygotowanie do porodu i macierzyństwa w aspekcie fizjologicznym i psychopedagogicznym, readaptację rozumianą jako korygowanie postaw i pomoc w przystosowaniu społecznym oraz zapewnić matce wszechstronną pomoc w przygotowaniu się do wychowania dziecka (Krężel 1987, 311).

Instytucje te powinny także zapewnić swoim podopiecznym kontrolę zdrowia, przygotowanie do porodu i macierzyństwa w aspekcie fizjologicznym i psychopedagogicznym, readaptację rozumianą jako korygowanie postaw i pomoc w przystosowaniu społecznym oraz zapewnić matce wszechstronną pomoc

w przygotowaniu się do wychowania dziecka (Krężel 1987, 311). Wszelkiego rodzaju pomoc powinna zakładać, że akt seksualny i pochodząca z niego ciąża, odrzucenie przez partnera oraz poczucie osamotnienia powoduje u kobiet głębokie zmiany w psychice i w ich postawach moralnych. Odczuwać mogą one także głębokie poczucie winy wobec rodziny i społeczeństwa. Taki stan rzeczy powoduje zwiększenie ich agresywności wobec siebie, rozwijającego się dziecka i otoczenia. Dla tych kobiet, odrzuconych przez partnera, rodzinę i środowisko, ważny jest nie tylko fizyczny rozwój dziecka, lecz wszystko to, co związane jest z jego własnym rozwojem psychicznym od początku ciąży. Wynikające stąd problemy można próbować rozwiązywać poprzez organizowanie w placówce częstych indywidualnych i wspólnych rozmów z pensjonariuszkami, zachęcanie do lektury książek traktujących o rodzinie, opiece i wychowaniu dziecka, a także przez prelekcje wygłaszane przez lekarzy i psychologów (Cekiera 1985, 100).

Podstawową zasadą podejmowania oddziaływań przez Dom Matki i Dziecka wobec samotnej matki jest ustalenie, czy pragnie ona założyć swój dom i stworzyć relacje rodzinne razem z ojcem dziecka i czy może mieć ewentualne wsparcie we własnej rodzinie. Czynniki te są bardzo ważne, wręcz konieczne dla normalnego biologicznego i społecznego rozwoju dziecka oraz dojrzewania do macierzyństwa młodej matki. Inną strategię postępowania należy przyjąć wobec kobiety całkowicie osamotnionej, która waha się przy podjęciu decyzji o zrezygnowaniu z praw rodzicielskich do dziecka, a inną wobec kobiety, która planuje wspólne życie z ojcem dziecka (Cekiera 1985, 101).

Wydaje się szczególnie ważne umiejętnie towarzyszenie kobiecie, która z ważnych racji podejmuje decyzję o nieprzyjmowaniu dziecka do swego życia i przekazania go do adopcji. Dzięki pogłębionym rozmowom, warto kobiecie pozwolić na zrozumienie swej własnej motywacji, a także wyrażenie akceptacji wobec jej decyzji bez oznak negatywnej oceny lub potępienia. Zazwyczaj przecież decyzja o oddaniu własnego dziecka dokonuje się w atmosferze skomplikowanej sytuacji życiowej. A zawsze jest to dla niej potężna strata. Dlatego tak po ludzku i ona potrzebuje wsparcia. Wówczas możliwe staje się takie prowadzenie rozmowy, które akcentować będzie jej decyzję o oddaniu dziecka jako dar serca dla kogoś, kto lepiej zabezpieczy los dziecka. Z perspektywy czasu daje to szansę na domknięcie jej procesu przeżywanego wprost lub nie wprost straty dziecka i dalszego funkcjonowania w życiu.

2. Poród a samotna matka

Poród jest jednym z najważniejszych przeżyć rodziców. Zwłaszcza dla matki może być doznaniem ekstatycznym, w którym uniesienie, zachwyt, radość i wola życia doprowadzone są do apogeum odczuwania, a doświadczenie smaku życia i trwoga przed śmiercią zespalają się w jedno. Żadne inne doznanie nie pozwala na tak silne odczucie biologicznej żywotności własnego organizmu, jego płodności, jego mocy i ograniczeń. Jednocześnie wiele kobiet traktuje poród jako koszmar, którego nie chciałyby więcej powtórzyć (Kornas-Biela 1993, 62). Występują wówczas różnego rodzaju lęki, jak: lęk przed nieznanym, przed bólem, przed niebezpieczeństwem, przed powikłaniami w swoim organizmie i u dziecka, lęk spowodowany niezdolnością do normalnego porodu, wynikający z patologicznego przebiegu ciąży, lęk przed skutkami znieczulenia, przed przyszłymi trudnościami natury ekonomicznej, lęk przed szpitalem, przed osamotnieniem (Kościelska 1998; Petryński 1976; Petryński 1978).

Psychologowie stwierdzili, że u pierworódek, nawet akceptujących ciężę i pozytywnie nastawionych do oczekiwanego dziecka, a także otoczonych w szpitalach jak najlepszą opieką, wywiady przedporodowe ujawniały lęk o tak dużym nasileniu, że budziły się wątpliwości, czy będą one zdolne do pełnienia funkcji macierzyńskich. Jednak nastawienia kobiet zmieniało się zupełnie po porodzie. Uznano więc, że lęk przedporodowy jest siłą reorganizującą całą osobowość, umożliwiającą wyjście ze starej homeostazy, czyli swoistą terapią szokową, pozwalającą przystosować się do nowej roli życiowej (Kościelska 1998, 40). Dlatego też moc przemian okołoporodowych reorganizujących osobowość kobiety może wywierać ogromny wpływ na przemianę postaw macierzyńskich samotnej matki wobec swego dziecka.

Ważnym elementem przemiany preferencji kobiet wobec dziecka jest podejście do porodu jako zadania. Wykonanie każdego poważnego zadania wymaga mobilizacji sił oraz umiejętności ich wykorzystania. Dlatego poród nie może być czasem biernego cierpienia. Kobieta ma wówczas sposobność dać wyraz prawdziwej kobiecości, zdolnej do przekraczania samej siebie poprzez oderwanie się od własnego bólu na rzecz narastającej wrażliwości dla dziecka i jego przeżywania czasu porodu. W innej sytuacji matka skupia się na sobie, lęka się o siebie, jest pełna trwogi i niepokoju, zapomina o dziecku, które rodzi się wówczas w opuszczeniu (Fijałkowski 1973, 84). Skupienie uwagi i niejako podporządkowanie matki potrzebom dziecka bardzo pogłębia ich wzajemną bliskość i więź.

Współczesne przygotowanie do porodu wymaga zatem od matki oderwania się od egocentrycznego przeżywania własnych trudności. Poród jest dla niej zadaniem, w którego wypełnieniu nikt nie może jej zastąpić. Warunkiem należy-

tego wykonania tego zadania jest potraktowanie doznań porodowych przede wszystkim jako informacji służącej do rozwijania własnej aktywności, skoncentrowanej wyłącznie na potrzebach rodzącego się dziecka. Podczas każdego porodu matka musi dokonać wyboru: albo pogrąży się we własnym cierpieniu, albo przezwycięży je przez całkowite włączenie się w ochronę dziecka (Fijałkowski 1973, 86).

Ogromne zadanie w kształtowaniu postaw macierzyńskich przypada więc porodowi naturalnemu (Fijałkowski 1984; Kornas-Biela 1993, 67–70). Psychofizyczne przygotowanie matki do odbycia naturalnego porodu w szkołach rodzenia (Zielonka, Sendeka 1985, 561–565) jest swego rodzaju treningiem przysposabiającym ją do owocnego uczestniczenia w trudnych godzinach zmagania z oporami psychiki i ciała. Sama myśl o bólu porodowym wzbudza lęk, a on znajduje się u podłoża nadmiernych, нефизjologicznych doznań, gdyż lęk mobilizuje napięcie tkanek, ono zaś – poprzez niedotlenienie – prowadzi do bólu. Innymi słowy: postawa lękowa generuje napięcia obronne i prowadzi do wzmożonych reakcji doznaniowych. Lęk rodzi się w atmosferze niewiedzy, a zwłaszcza złej wiedzy, przesądach o porodzie (Łepecka-Klusek, Tereszkiewicz, Bokiniec 1983). Przygotowanie do porodu biegunowo zmienia charakter zachodzących przy nim zjawisk. Dlatego koncentracja na wyuczonych w okresie ciąży umiejętnościach oddychania i relaksu sprzyja odprężeniu w układzie nerwowo-mięśniowym, co wyraża się rozluźnieniem i dobrym natlenieniem tkanek, a w konsekwencji przywróceniem odczuwalności naturalnej. Złagodzenie negatywnych odczuć towarzyszących porodowi sprzyja uwrażliwieniu na doznania dziecka (Fijałkowski 1992, 142). W ten sposób poród prowadzi do wzajemnego zbliżenia dziecka i matki.

Wielu autorów podkreśla ogromną rolę, jaką ma do spełnienia ojciec dziecka podczas porodu (Fijałkowski 1998). Obecność męża chroni rodzącą przed uczuciem strachu i osamotnienia. Jest on także najlepszym pośrednikiem pomiędzy żoną a lekarzem i położną. Wgląd w przeżycia uczestniczących w porodzie mężów umożliwił odkrycie u nich nieujawnionych dotąd pokładów uczuciowości i determinacji w aktywnej współpracy z żonami. Wolni od poczucia zagrożenia przejawiali różne formy aktywności, takie jak np.: wspieranie małżonki zachętą i współdziałaniem w wyuczonych umiejętnościach okołoporodowych, przejawianie inwencji w doborze odpowiednich pozycji ułatwiających poród, stosowanie masażu okolicy krzyżowej, przecięcie pępowiny i pomaganie dziecku w ułożeniu się na brzuchu matki i zbliżeniu do jej piersi.

Samotna matka nie ma jednak takiego wsparcia w osobie ojca dziecka. Jego nieobecność zawiera się nie tylko w fizycznej nieobecności przy rodzącej, lecz także w nieobecności psychicznej, która jest jeszcze ważniejszą formą wsparcia, gdyż

świadomość tego, iż ktoś czeka, denerwuje się, stanowi ogromną siłę motywującą do pełniejszego zaangażowania się w trud rodzenia i skoncentrowania się przede wszystkim na dobru dziecka. Samotna matka w trudnym momencie porodu pozostaje sama z bólem, cierpieniem, lękiem, stresem, obawą o swoje i dziecka życie. Dlatego istotną wydaje się dobrze pojęta obecność i pomoc położnej (Hanc 1992, 273) oraz personelu medycznego w czasie akcji porodowej.

Od chwili pojawienia się w szpitalu kobiety rodzącej położna musi mieć dla niej czas, udzielić potrzebnych informacji, uspokoić, przekazać życzliwość słowem, gestem, całą własną postawą (Andzelm 1992, 263). Niedopuszczalne jest wówczas pozostawianie rodzącej matki, choć na chwilę samej. To położne mogą łagodzić wszelkie psychiczne wstrząsy okołoporodowe i wytworzyć właściwe warunki i atmosferę na przyjęcie niepowtarzalnej, nowej istoty ludzkiej. Spokojne, opanowane i właściwe, mobilizujące do współpracy zachowanie personelu w oddziale położniczym będzie zawsze przeciwdziało trudnościom, zmniejszy lęk rodzącej, doprowadzi do aktywnego współdziałania podczas porodu. Aby zmniejszyć dolegliwości i poprawić samopoczucie, ważna jest stała pielęgnacja rodzącej, np. zwilżanie ust wodą, masowanie kości krzyżowej, prowadzenie indywidualnej rozmowy. Urodzenie dziecka nie zamyka jeszcze okresu obaw, lęków i niepokojów kobiety-matki. Dlatego obowiązkiem położnej jest niezwłoczne poinformowanie matki o stanie zdrowia dziecka (Wacław-Rudnicka 1992), o jego fizycznym samopoczuciu, umożliwienie obejrzenia go. Zadaniem położnej jest zatem ukierunkowanie uwagi matki krótko po porodzie na dziecko kładzione na jej brzuchu (Marianowski 1985), aby był to moment powitania, przyjęcia dziecka z przytuleniem, pogłaskaniem po główce, a nie tylko sprawdzeniem jego płci i koloru włosów. Następnym ważnym zadaniem stojącym przed położną jest pomoc w podaniu dziecku piersi do ssania. Odruch ten wzmacnia więź macierzyńską, przyspiesza laktację dzięki pobudzeniu przysadki mózgowej do pracy (Andzelm 1992, 271). Od tej chwili rozpoczyna się kształtowanie w zupełnie nowy sposób relacji matki z dzieckiem oraz dziecka z matką.

Istotnym problemem staje się zachowanie personelu medycznego w sytuacji zadeklarowanej wcześniej decyzji o zrzeczeniu się praw rodzicielskich matki do dziecka i przekazania go do adopcji. Wydaje się, że czymś niedopuszczalnym byłoby podejmowanie działań niezgodnych z wolą rodzącej matki i wymuszanie jej kontaktu z nowo narodzonym dzieckiem. Jest to bardzo trudny moment z tego powodu, że w niektórych przypadkach, pod wpływem porodu i związanych z nim przeżyć niektóre matki zmieniają pierwotną swą decyzję. Czy zawsze personel medyczny musi postępować zgodnie z wyrażaną aktualnie wolą matki, nigdy jej jednak nie naruszając i niczego nie narzucając? Istotą tego postępowania

nia jest dążenie do niezwiększania traumy u oddającej dziecko matki. Choć jest to moment pełen dramatu, każda matka (także samotna) ma prawo nie przyjąć dziecka do swego życia.

Czymś niedopuszczalnym zatem stają się jakiegokolwiek formy napiętnowania (wprost i nie wprost) matek podejmujących decyzję o przekazaniu dziecka do adopcji. Towarzystwo matce w jej decyzji, niewydawanie sądów, lecz pełne zrozumienia udzielanie wsparcia staje się obliczem pełnego profesjonalizmu postępowania personelu położniczego. Jego uważność powinna być także skierowana na dziecko, gdyż i ono przeżywa wówczas stan opuszczenia. Dochodzi wówczas do zerwania fundamentalnej więzi, która w sposób naturalny stanowi podstawę zdrowego rozwoju osobowości każdego człowieka. Z chwilą jej utraty czymś niezwykle ważnym staje się otoczenie ciepłem emocjonalnym osamotnionego dziecka. A z punktu prawnego podjęcia adekwatnych procedur administracyjnych umożliwiających rozpoczęcie procedury adopcyjnej.

3. Okres poporodowy a samotna matka

Jeśli jednak samotna matka przyjmuje dziecko do swego życia, to z chwilą narodzin pojawia się niezwykle istotny czas, który pozwala zintensyfikować i pogłębić motywację dla dalszego rozwoju więzi między nią a dzieckiem. Bowiem po urodzeniu rozpoczynają się dwa równoległe procesy biologiczne w obrębie diady matka – dziecko: powstanie i kształtowanie się więzi dziecka z matką oraz więzi matki z dzieckiem (Blaim 1986, 85). Zachowanie się matki wobec własnego dziecka jest oparte na bardzo złożonym zespole takich czynników jak: uwarunkowania genetyczne, przebieg ciąży, wysoka samoakceptacja, akceptacja swych zdolności, atrakcyjność fizyczna, perspektywy na przyszłość (Bielawska-Batorowicz 1987, 691), przeżycia matki z własnego dzieciństwa, wzajemny stosunek małżonków, samotność matki, przeżycia i doświadczenia związane z poprzednimi ciążami i starszymi dziećmi, obyczaje panujące w danym społeczeństwie. Powstanie więzi uczuciowej między matką a dzieckiem opiera się na zasadzie wzajemnego oddziaływania między nimi. Pierwsze odczucie miłości do dziecka nie zawsze jest związane z pierwszym kontaktem matki z noworodkiem, gdyż w pierwszych dniach po urodzeniu matka musi dostosować wyobrażony wygląd dziecka do jego rzeczywistego obrazu (Sawulicka-Oleszczuk 1992, 279; zob. Winnicott 1993, 20–50).

Bardzo ważne znaczenie dla wystąpienia i dalszego rozwoju miłości macierzyńskiej mają pierwsze kontakty z nowo narodzonym dzieckiem. Zauważalny rozwój przywiązania matki i dziecka od czasu narodzin można tłumaczyć zwię-

lokrotnioną możliwością wzajemnego oddziaływania na siebie i wzajemnego nagradzania w formie zachowania oczekiwanego przez partnera interakcji. Większość matek ujawnia od chwili urodzenia dziecka gotowość do wchodzenia z nim w kontakt, zarówno w formie odbierania różnych sygnałów, jak i przekazywania mu swoich myśli i uczuć. Jednak zdarzają się matki odrzucające swoje dzieci i z różnych powodów odmawiające z nim kontaktu. Ok. 20% matek, zwłaszcza bardzo młodych, czuje się przymuszona do swych macierzyńskich zachowań i obowiązków. Znane są przypadki, kiedy to matki zaniedbują małe niemowlęta, a nawet je biją. Dotyczy to najczęściej dzieci wypisywanych do domu po pobycie w oddziale szpitalnym, trwającym – z powodu wcześniactwa, ciężkich wad rozwojowych i chorób nabytych po urodzeniu – przez kilka lub kilkanaście tygodni od urodzenia (Blaim 1996, 87).

Można wyróżnić interakcje rozpoczynane przez matkę i interakcje rozpoczynane przez noworodka (Kohnstamm 1989, 16–20). Wśród systemów interakcji zapoczątkowanych przez matkę najważniejszym wydaje się system zachowania matki objawiony za pomocą dotyku. Matka w pierwszych minutach po porodzie zaczyna poznawać swoje dziecko, dotykając go koniuszkami palców, następnie całą dłoń, a później zaczyna masować, głaskać i obejmować całą dłoń tułów noworodka. Następnym ważnym systemem interakcji jest utrzymywany kontakt wzrokowy, tzw. oko w oko. Matki wykazują duże zainteresowanie wyglądem oczu swego noworodka. Badania zmysłu wzroku noworodka wykazały przedurodzeniowe „zaprogramowanie” noworodka w kierunku zainteresowania ludzką twarzą (Sawulicka-Oleszczuk 1992, 280). Uznaje się, że tak zwane kontakty „skóra – skóra” i „oko w oko” są najsilniejszymi wyzwalaczami zachowań opiekuńczych matek oraz przywiązania dziecka do matki (Kornas-Biela 1993, 72).

Głos matek przemawiających do swoich noworodków ma także znaczenie w kształtowaniu się wzajemnych relacji. Matki wówczas mówią innym niż normalnie głosem – na wysokim tonie, natomiast noworodki w okresie trzech pierwszych dni życia pozałonowego, odróżniając głosy mówiących, preferują głos matki. Podobnie ruchy twarzy i całego ciała mówiącej matki zostają odebrane przez noworodka, który reaguje na to własnymi ruchami w ten sposób, że powstaje rodzaj zsynchronizowanego „tańca” matki i noworodka. Chociaż noworodek porusza się w rytm głosu jego matki i w ten sposób może być przyjęty przez nią, to z drugiej strony ruchy noworodka mogą radować, zadowalać matkę i stymulować ją do pogłębienia swego uczucia (Sawulicka-Oleszczuk 1992, 281).

Bardzo istotne znaczenie w powstawaniu i wzmacnianiu przywiązania matki do niemowlęcia ma karmienie naturalne (Blaim 1986, 88; Neugebauer 1998, 203). Przystawianie dziecka do piersi stanowi sygnał wyzwalający u matki wro-

dzone schematy zachowań rodzicielskich, będących podstawowymi elementami miłości macierzyńskiej. Nadto karmienie piersią (Kościelska 1998, 93) zapewnia, oprócz zaspokojenia głodu niemowlęcia, częste, rytmicznie powtarzanie się cielesnego kontaktu dziecka z matką. Poza tym karmienie naturalne ma istotne znaczenie w rozwoju mechanizmów odpornościowych ustroju dziecka (Sawulicka-Oleszczuk 1992, 281).

Interakcję z matką noworodek rozpoczyna swoim wyglądem. Maleńkość noworodka i jego proporcje ciała z dużą głową, dużym czołem i dużymi oczami stwarzają wyjątkowy obraz wywierający duży wpływ na matkę. Także głos noworodka jest bardzo silnym bodźcem w oddziaływaniu na matkę, np. w okresie pierwszych minut po porodzie jego krzyk wywołuje u matki radość i chęć obserwacji. W późniejszym czasie krzyk noworodka jest zwykle interpretowany przez matkę jako sygnał głodu, złości, frustracji lub bólu. Przykładem reakcji matki na krzyk noworodka jest wystąpienie odruchu uwalniania mleka z piersi jeszcze przed przystawieniem noworodka do piersi. Noworodek ma także dodatkowe możliwości oddziaływania na matkę przez swoje ruchy, zdolność przytulania się i bezbronność. Ponadto sam fakt istnienia noworodka wzbudza emocje u matki (Sawulicka-Oleszczuk 1992, 281).

W publikacjach psychologicznych można jednak znaleźć także doniesienia na temat depresyjnych reakcji poporodowych matek. Co dziesiąta kobieta cierpi na taką depresję (co roku 750 tys. kobiet na całym świecie). Typowymi objawami tej depresji są:

- napady panicznego lęku,
- zaburzenia snu i apetytu,
- silne napięcia mięśniowe sięgające aż do usztywnienia pewnych części ciała,
- obronna postawa przed karmieniem piersią lub odczuwanie przy karmieniu wyłącznie uciążliwego obowiązku,
- odraza przed fizycznym kontaktem z dzieckiem,
- lęk przed własnym dzieckiem,
- poważne zaburzenia w poczuciu własnej wartości,
- niechęć do kontaktów seksualnych,
- ogólna niechęć do dziecka (Teusen 1995, 47).

Wskaźniki depresji poporodowej są wyższe u kobiet, którym w ich czynnościach brak poparcia i pomocy ze strony męża i innych członków rodziny, oraz u kobiet skarżących się, że interakcje z niemowlęciem są dla nich niezadowolające bądź wręcz awersyjne (Bielawska-Batorowicz 1987, 691). Sytuacja taka predysponuje szczególnie samotne matki do popadania w depresję poporodową. Kobiety takie potrzebują pomocy. Z jednej strony chodzi o możliwość zrzu-

cenia psychicznego balastu, natomiast z drugiej strony o wsparcie w opiece nad dzieckiem. Pierwszym środkiem zaradczym jest świadome wypracowanie sobie przez kobiety odrobiny czasu i przestrzeni dla siebie, by zaistniała możliwość pewnego zdystansowania się do stałej obecności dziecka. Następnym elementem jest potrzeba uporania się z przeżytym stresem okołoporodowym poprzez mówienie o swych doświadczeniach (Teusen 1995, 48). Należy więc podjąć działania zmierzające do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa oraz wzmocnienia u matki poczucia kompetencji do podjęcia samodzielnej opieki nad dzieckiem oraz zapewnienia rodzinie godziwego standardu życia. Pracownicy Domu powinni dążyć do wzbudzenia własnej aktywności kobiety, gdyż poród może stać się czynnikiem motywującym do przeorganizowania własnego życia i wyznaczenia mu nowych celów. Wysoce pomocne mogą być różnego typu kursy doształcające, które umożliwią będą znalezienie i podjęcie samodzielnej pracy zarobkowej. Podobny cel ma pomoc w poszukiwaniu mieszkania dla samotnych matek.

Czas okołoporodowy dla samotnych matek naznaczony jest różnymi trudnościami i warunkami, które mogą negatywnie zaburzyć rozwój postaw macierzyńskich wobec rodzącego się dziecka. Lecz może się także przyczynić do rozwoju osobowości danej kobiety i uruchomić proces jej wzrostu, a przez to prawidłowo rozwinąć więź między matką a dzieckiem. Szczególnie zależność ta uwidacznia się u samotnych kobiet bardzo młodych. Samodzielna decyzja o doprowadzeniu ciąży do naturalnego rozwiązania (wbrew naciskom rodziców i partnerów na jej przerwaniu) stała się zacznym szybkim wzrostu ich dojrzałości i odpowiedzialności. Choć początkowo negatywny stosunek do ciąży wyrażał się niekiedy w symptomach jej złej tolerancji somatycznej (wymioty, omdlenia, zawroty głowy), to jednak następował wzrost akceptacji ciąży w miarę jej trwania. Wzrost ten był związany z naturalnym rozwojem więzi, jaka następuje powyżej piątego miesiąca ciąży, kiedy to kobiety odczuwają ruchy płodu i przez to bardziej świadomie przeżywają swe macierzyństwo (Kościelska 1998, 152).

Szansę na wzrost dojrzałości osobowej w okresie okołoporodowym mają te samotne matki, które w bliskiej więzi z dzieckiem są w stanie dostrzec wartość rekompensującą im dotychczasowe deficyty bliskich kontaktów z innymi ludźmi, a także oceniają przyjęcie przez siebie roli matki jako szansę na podniesienie społecznego prestiżu. Wówczas ogromne znaczenie przypada prawidłowo kształtowanym postawom macierzyńskim, gdyż stają się sposobem rozwoju osobowości kobiety i jej dojrzałości. Zła prognoza istnieje natomiast wówczas, gdy samotne matki łączą z macierzyństwem ruinę swoich planów życiowych, obniżenie prestiżu społecznego i pogorszenie relacji z bliskimi. Dlatego ogromną rolę należy tu przypisać wparciu, jakiego w trudnych momentach udzielili kobiecie

samotnej pracownicy instytucji socjalnej, także takiego typu jak Domy Matki i Dziecka (Kościelska 1998, 160).

Zakończenie

Każdy z omówionych etapów, przez jaki przechodzi samotna matka u początków swego macierzyństwa, jest niezwykle ważny i doniosły z perspektywy przyszłych następstw rozwojowych matki i dziecka. Zawsze, choć to sytuacja kryzysowa, niesie w sobie potencjał sił ku pozytywnym rozstrzygnięciom życiowym i budowaniu dojrzałszej osobowości samotnej matki. Dobrze przeżyty czas początków macierzyństwa może i powinien stać się istotnym czynnikiem motywacyjnym, z którego warto czerpać siły do najlepszego wypełnienia roli macierzyńskiej wobec rodzącego się dziecka. Uwypuklono potrzebę takiego przepracowania sytuacji samotnego macierzyństwa, które pomimo wszystko potencjalnie może stać się kontekstem wzrastania w dojrzałości osobowej matki. Kontekst ten wydaje się także z niezwykłą ostrością uwypuklać wartość i znaczenie otoczenia towarzyszącemu matce na tym etapie jej życia. Można by rzec, że ma ona moc rozstrzygającą o decyzjach samotnej matki przyjęcia dziecka do swego życia, czy też uznania, że dziecku będzie lepiej w innej rodzinie. Wskazano wartość wsparcia płynącego z profesjonalnego przygotowania personelu położniczego i różnego typu placówek opiekuńczych, wyrażające się w świadomym dostrajaniu swej aktywności do potencjałów samotnej matki oraz takim typie wsparcia, które nie nosiłoby w sobie znamion ocenności, lecz akceptacji i rozumienia.

Bibliografia

- ADAMSKI F., *Współczesne zagrożenia rodziny*, „Ateneum Kapłańskie” 1995, 516, 217–226.
- ANDZELM T., *Rola położnej w zaspokajaniu potrzeb psychicznych kobiety rodzącej*, w: A. BIELA, C. WALESA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 267–271.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*, „Przełęcz Psychologiczny” 1987, 3, 679–695.
- BLAIM A., *Biomedyczne problemy rozwoju dziecka*, w: M. ZIEMSKA (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1986, 74–92.

- CEKIERA C., *W trosce o matkę i dziecko*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1985, 1, 98–103.
- DYCZEWSKI L., *Kobieta w rodzinie i w społeczeństwie*, „Ethos” 1995, 29, 89–108.
- DYCZEWSKI L., LACHOWSKA B., LACHOWSKI S., *Sytuacja kobiety w polskim społeczeństwie*, „Ateneum Kapłańskie” 1988, 474, 219–257.
- DYCZEWSKI L., *Rodzina polska w okresie transformacji systemowej i kierunki rozwoju polityki rodzinnej*, „Ateneum Kapłańskie” 1995, 516, 195–216.
- FIJAŁKOWSKI W., *Poród naturalny w ekologii rozrodu*, „Ginekologia Polska” 1984, 12, 925–930.
- FIJAŁKOWSKI W., *Rodzicielstwo zgodne z naturą*, Poznań 1999.
- FIJAŁKOWSKI W., *U progu rodzicielstwa*, Wrocław 1992.
- HANC K., *Rola położnej w kształtowaniu więzi matki z dzieckiem*, w: A. BIELA, C. WALESA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 273–277.
- KOHNSTAMM R., *Praktyczna psychologia dziecka*, Warszawa 1989.
- KOŃCZEWSKA Z., *Wpływ czynników egzogennych i endogennych na rozwój psychofizyczny dziecka w okresie prenatalnym*, w: A. BIELA, C. WALESA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 245–248.
- KOŃCZEWSKA-MURDZEK Z., *Kształtowanie postaw wobec dziecka w okresie prenatalnym*, w: K. POSPISZYL (red.), *Rodzina jako system interakcji*, Lublin 1988, 49–54.
- KORNAS-BIELA D., *Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju*, w: A. Biela, C. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 249–259.
- KORNAS-BIELA D., *Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących narodzenia dziecka*, w: E. BIELAWSKA-BATOROWICZ, D. KORNAS-BIELA (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Lublin 1992, 89–102.
- KORNAS-BIELA D., *Rozwój psychiczny dziecka przed narodzeniem w ujęciu psychologii fizjologicznej*, „Nowiny Psychologiczne” 1986, 8–9, 18–43.
- KORNAS-BIELA D., *Wokół początków życia ludzkiego*, Warszawa 1993.
- KORNAS-BIELA D., *Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży*, w: B. CHAZAN (red.), *Rodzina i prokreacja*, Warszawa 1994, 37–52.
- KOSIŃSKA-DEC K., *Ci, którzy zostają*, w: A. PODHORECKA (red.), *Rozwód? Czy się rozwodzić, jak się rozwodzić, co po rozwodzie*, Warszawa 1986, 62–89.
- KOŚCIELSKA M., *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1998.
- KRĘŻEL M., *Wybrane problemy opieki nad samotnymi matkami*, „Psychologia Opiekuńczo-Wychowawcza” 1987, 10, (308–313) – wykładka.
- LEWANDOWSKA E., *Stosunki z rodziną i najbliższym otoczeniem dziewcząt oczekujących dziecka w Domach dla Samotnych Matek*, w: K. POSPISZYL (red.), *Rodzina jako system interakcji*, Lublin 1988, 194–201.

- ŁEPECKA-KLUSEK C., TERESZKIEWICZ H., BOKINIEC M., *Obawy związane z ciążą i porodem*, „Problemy Rodziny” 1983, 3, 26–30.
- ŁUCZAK J., PISARSKI T., *Stan psychiczny kobiet w ciąży po dwóch i więcej niepowodzeniach położniczych*, „Ginekologia Polska” 1991, 2, 264–267.
- MARIANOWSKI L., PAWŁOWSKA A., *Próba oceny kontaktu matki z noworodkiem bezpośrednio po porodzie*, „Problemy Rodziny” 1985, 6, 8–12.
- MICHAŁKIEWICZ W., *Podręcznik położnictwa dla studentów*, Warszawa 1977.
- MOTYKA M., *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie*, w: I. HESZEN-NIEJODEK (red.), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, Warszawa 1990, 143–158.
- NEUGEBAUER M., *Karmienie piersią wyrazem kobiecości i miłości*, w: E. KOWALEWSKA (red.), *Międzynarodowy Kongres „Godność macierzyństwa” – Warszawa 6–7 czerwca 1998*, Warszawa 1998, 203–206.
- NITECKA E., *Dialog z dzieckiem w wewnątrzrodzinnym życiu*, w: A. BIELA, C. WALESKA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 261.
- PERTYŃSKI J., *Psychika ciężarnych*, „Pielęgniarka i Położna” 1978, 10, 10–31.
- PETRYŃSKI J., *Zagadnienia psychologicznego podejścia do ciężarnych i rodzących*, w: (BRAK REDAKTORA), *Referaty VIII Konferencji Naukowej Położników i Ginekologów Wojskowych*, Łódź 1976, 17–27.
- PSCHYREMBEL W., DUDENHAUSEN J.W., *Praktyczne położnictwo*, Warszawa 1990.
- ROSİK S., *Sytuacja rodziny w dzisiejszym świecie i jej podstawowe zadania*, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 1988, 3, 73–92.
- SAWULICKA-OLESZCZUK H., *Rozwój więzi emocjonalnej między matką i dzieckiem w okresie noworodkowym*, w: A. BIELA, C. WALESKA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 279–282.
- SENDECKA A., *Wpływ przygotowania w szkole rodzenia na karmienie naturalne*, w: A. BIELA, C. WALESKA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 305–309.
- SĘK H., *Psychologiczne problemy ginekologii i położnictwa*, w: M. JAROSZ (red.), *Psychologia lekarska*, Warszawa 1988, 409–421.
- STOKOWSKI F., WIECZOREK M., *Spójność społeczno-demograficzna uwarunkowania przebiegu ciąży według rezultatu ich zakończenia – różnicowanie międzygeneracyjne*, „Problemy Rodziny” 1983, 5, 3–17.
- TEUSEN G., *Pierwsze dziecko zmienia wszystko*, Warszawa 1995.
- TYSZKOWA M., *Badania psychologiczne wewnątrzrodzinnego socjalizacji. Implikacje praktyczne*, w: Z. TYSZKA (red.), *Badania nad rodziną a praktyka społeczna*, (Socjologia 18), Poznań 1991, 79–90.

- WACŁAW-RUDNICKA L., *Rola położnej w tworzeniu się więzi matki z dzieckiem niepełnosprawnym*, w: A. BIELA, C. WALESA (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin 1992, 283–291.
- WINNICOTT D.W., *Dziecko, jego rodzina i świat*, Warszawa 1993.
- WIŚNIEWSKA-ROSZKOWSKA K., *Ciąża radość czy nieszczęście?*, Marki 1997.
- ZAZZO R., *Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne*, Warszawa 1978.
- ZIELONKA U., SENDECKA A., *Ocena psychofizycznego przygotowania do porodu w badaniach porównawczych*, „Wiadomości Lekarskie” 1985, 8, 561–565.