



**ZNACZENIE EDUKACJI
PRZEDPORODOWEJ MEŹCZYZN
W ZAKRESIE WSPARCIA UDZIELANEGO
ŻONIE/PARTNERCE W OKRESIE
CIAŻY, PORODU I POŁOGU**

**dr n. o zdr. Magdalena Anna Kulmaczewska,
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak**

**ZNACZENIE EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ
MĘŻCZYZN W ZAKRESIE WSPARCIA
UDZIELANEGO ŻONIE/PARTNERCE
W OKRESIE CIĄŻY, PORODU I POŁOGU**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**ZNACZENIE EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ
MĘŻCZYZN W ZAKRESIE WSPARCIA
UDZIELANEGO ŻONIE/PARTNERCE W OKRESIE
CIAŻY, PORODU I POŁOGU**

**Dr n. o zdr. Magdalena Anna Kulmaczewska
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak**

Białystok 2023

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Zakład Podstaw Położnictwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Prof. dr hab. n. o zdr. Beata Karakiewicz

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

ISBN – 978-83-67454-54-4

Wydanie I
Białystok 2023

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z <https://pl.freepik.com/darmowe-wektory/>

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej
dr n. o zdr. Magdaleny Anny Kulmaczewskiej.

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

***Trzy cechy, które powinien posiadać ojciec:
dojrzałość,
jasny system wartości, który chce wpoić dziecku,
miłość dla swoich dzieci.
Adam Szostkiewicz***

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. o zdr. Magdalena Anna Kulmaczewska

Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	10
Rodzina i jej funkcje, ze szczególnym uwzględnieniem roli ojca	13
Definicje rodziny	13
Funkcje rodziny	14
Struktura i kategorie rodziny	16
Rola ojca w rodzinie	19
Ciąża, poród na przestrzeni wieków	25
Postrzeganie ciąży na przestrzeni wieków	25
Postrzeganie aktu porodu na przestrzeni wieków	28
Ciąża i poród w różnych religiach	29
Przeżycia emocjonalne mężczyzny w okresie ciąży	35
Okresy ciąży, a emocje mężczyzn	35
Syndrom <i>couvade</i>	36
Męska depresja poporodowa	42
Wybrane aspekty asysty przy porodzie, ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa obojga rodziców dziecka	44
Aspekty prawne asysty przy porodzie	44
Znaczenie porodu rodzinnego	46
Zasady budowy standardu	48
Wprowadzenie	48
Zasady konstrukcji standardu	48
Ocena poziomu wiedzy mężczyzn na temat ciąży i porodu – badania własne	51
Uzasadnienie celowości stworzenia standardu edukacji przedporodowej mężczyzn w zakresie wsparcia udzielanego żonie/partnerce w okresie ciąży, porodu i pólgu – podstawy teoretyczne	63
Wprowadzenie	63
Wyobrażenia o idealnej rodzinie, idealnych rodzicach	63
Postawy wobec nienarodzonego dziecka i jego życia w łonie matki	68
Postrzeganie ciąży	71
Przydatność szkoły rodzenia	73
Postrzeganie porodu rodzinnego	75
Ocena wiedzy i potrzeby edukacji	79

Podsumowanie	80
Standard edukacji przedporodowej mężczyzn w zakresie wsparcia udzielanego żonie/partnerce w okresie ciąży, porodu i po porodzie	84
Piśmiennictwo	121

WYKAZ SKRÓTÓW

BBC	<i>British Broadcasting Corporation</i> Brytyjska Korporacja Nadawcza
CISS	<i>Coping Inventory for Stress Situations</i> Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych
KRE	Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi wg Węglińskiego
WHO	<i>World Health Organization</i> Światowa Organizacja Zdrowia

RODZINA I JEJ FUNKCJE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ROLI OJCA

Najważniejsza rzecz w życiu to rodzina.

Najpierw ta, w której się urodziłeś,

później ta, którą sam stworzyłeś

Peter Sellers

Definicje rodziny

W literaturze fachowej [1-8] funkcjonuje dużo definicji określających pojęcie „rodzina”.

Przez Dyczewskiego [2] rodzina postrzegana jest jako „środowisko kształtowania tożsamości społeczno-kulturowej (...), twórca i przekaziciel kultury”, a Kamińskiego [4] - jako „podstawowa wspólnota życia, głównie emocjonalną, gdzie w czasie wszystkich lat życia następuje wzajemne wyrównanie poglądów i ocen, gdzie ludzie kontaktują się całą osobowością, a dom – to podpora emocjonalna, ostoja bezpieczeństwa psychicznego”.

W opinii Auleytnera [1] „rodzina jest pierwszą instytucją wychowawczą, w której przebiega proces socjalizacji dzieci, kształtowanie ich osobowości oraz przygotowanie do przyszłych ról społecznych. Rodzina gwarantuje prawidłowy rozwój biologiczny i psychiczno-społeczny dziecka. Rodzina oddziałuje na dziecko poprzez określony swoisty układ stosunków społecznych, na których podłożu dziecko przyswaja sobie określone wartości i wzory osobowe”.

Szczepański [6] z kolei określa ją jako grupę „złożoną z osób połączonych stosunkiem małżeńskim i rodzicielskim (...) żyjących zazwyczaj pod jednym dachem i tworzących jedno gospodarstwo domowe obejmujące dwa pokolenia (mała rodzina) lub trzy pokolenia (wielka rodzina)”, zaś Zaborowski [7], jako „grupę naturalną opartą na związkach krwi, małżeństwa lub adopcji”.

Szacka [8] uważa rodzinę za „instytucję kontrolującą proces reprodukcji osobników ludzkich”, na którą składa się zarówno „biologiczna reprodukcja przedstawicieli gatunku *Homo Sapiens*, jak i społeczno-kulturowa reprodukcja członków danej zbiorowości”.

Rodzina według Levi-Strauss [5] ma pewne niezmiennie właściwości (cechy dystynktywne), ponieważ „wywodzi się z małżeństwa, składa się z męża, żony, dzieci urodzonych z ich związku, tworząc jądro, wokół którego mogą się ewentualnie skupiać inni krewni oraz iż członkowie rodziny związani są wzajemnie: więzami prawnymi, prawami oraz

obowiązkami natury gospodarczej, religijnej i innej, ścisłą siecią praw i zakazów seksualnych oraz zmiennym i zróżnicowanym zespołem uczuć, takich jak miłość, przywiązanie, uznanie, obawa i tym podobne”.

Funkcje rodziny

Funkcje rodziny, za Tyszką [9,10] są ściśle powiązane z jej strukturą, a na co ma wpływ:

- to, czy jest to rodzina wielopokoleniowa, czy też nuklearna (mała, dwupokoleniowa, złożona z rodziców i ich biologicznych dzieci),
- podstawy regulujące życie rodziny,
- sposób dana rodzina się utrzymuje, bądź jest utrzymywana.

Szczepański [6] funkcjami rodziny określa te, które „sprawiają, że dzięki uczestnictwu w małej grupie społecznej jaką jest rodzina, człowiek ma możliwość nabywania kompetencji do życia w grupach społecznych o bardziej globalnym zasięgu”.

Ziemska [11] wymienia pięć podstawowych funkcji rodziny:

- prokreacyjną,
- zarobkową,
- usługowo - opiekuńczą,
- socjalizującą,
- psychohigieniczną.

Adamski [12] funkcje rodziny dzieli na instytucjonalne (dotyczące rodziny i małżeństwa jako instytucji społecznych) oraz osobowe, a ze względu na ich znaczenie, na pierwszorzędowe (istotne) i funkcje drugorzędowe (akcydentalne).

Tyszką [9,10] wyróżnia dziesięć funkcji rodziny:

emocjonalno-ekspresyjną - kontakty towarzyskie, wzrost rangi uczuć wyższych (miłość).

- klasową - przynależność do określonej struktury społecznej
- kulturalną - dziedzictwo kulturowe rodziny, społeczeństwa, narodu,
- legalizacyjno-kontrolną - dotyczącą systemu wartościowo-normatywnego legalizującego takie zachowania jak: współżycie seksualne, posiadanie dzieci, ograniczona nieformalna kontrola rodziny nad jej członkami
- materialno-ekonomiczną - zaspokojenie potrzeb materialnych rodziny, partykularyzacja dochodów członków rodziny

- opiekuńczo-zabezpieczającą - zabezpieczenie wszystkich członków potrzebujących pomocy, zapewnienie jej członkom codziennych usług (mieszkanie, wyżywienie, odzież) oraz opieki ludziom starszym lub chorym,
- prokreacyjną – zaspokojenie potrzeb rodzicielskich i emocjonalnych
- rekreacyjno-towarzyską
- seksualną
- socjalizacyjną – przekazującą dorobek kultury społeczeństwa, modele zachowań, system wartości, normy społeczne itp., oznacza stosunek rodziny do dzieci, które przez życie w niej, wrastają w społeczeństwo oraz dostosowywanie się małżonków do siebie.

Funkcja prokreacyjna, za Ziemską [11], „*dostarcza nowych członków nie tylko dla własnej grupy, lecz również i dla całego społeczeństwa*”, a za Tyszką [9,10] - zaspokaja także potrzeby emocjonalne partnerów i pozwala na wchodzenie w nowe role społeczne, takie jak ojcostwo, czy macierzyństwo. W związku z tym autorka, w przeciwieństwie do Ziemskiej, z funkcji prokreacyjnej wyodrębniła funkcję seksualną [9,10].

Funkcja ekonomiczna, w opinii Ziemskiej [11] „*ściśle się wiąże z funkcją zarobkową, która pozwala na zaspokojenie potrzeb ekonomicznych rodziny i indywidualnych potrzeb bytowych człowieka*”.

Tyszka [9,10] natomiast w zakresie funkcji zarobkowej wyodrębnia cztery podfunkcje, takie jak:

- gospodarcza - gromadzenie wszelkich dóbr niezbędnych do funkcjonowania rodziny np.: mieszkanie, samochód
- produkcyjna - produkcja takiego dobra, którego konsumpcja w okresie gospodarki naturalnej jest wyłącznym źródłem jej (rodziny) utrzymania
- usługowo-konsumpcyjna - wykonanie wszelkich prac najczęściej fizycznych do utrzymania rodziny.
- zarobkowa - możliwość zdobywania pieniędzy niezbędnych dla utrzymania rodziny

Ziemska zaś podfunkcję usługowo-konsumpcyjną z podziału Tyszki [9,10], traktuje jako samodzielne zadanie rodziny i nazywa ją „*funkcją usługowo-opiekuńczą*” [11].

Szacka [8] akcentuje rolę funkcji socjalizacyjnej w rodzinie i uważa że jest ona nauką „*elementarnych wzorów zachowań i podstawowych ról społecznych*”, a Tyszka [9,10] - iż powyższa funkcja powinna być działaniem zaplanowanym (wewnątrzrodzinnym) i podkreśla, że oprócz socjalizacji pierwotnej, jaką każdy członek rodziny przechodzi w jej

obrębie, jest jeszcze drugi etap socjalizacji - socjalizacja wtórna, odbywająca się już po za środowiskiem domowym. Przygotowuje ona człowieka do pełnienia nowych ról społecznych, takich jak kolega, uczeń, pracownik oraz daje do wyboru różne płaszczyzny funkcjonowania (aksjologiczne i materialne). Prawdłowo przeprowadzona socjalizacja pierwotna, uczy podstawowych wzorów zachowań dla danej kultury oraz powoduje iż wybory w trakcie socjalizacji wtórnej są zgodne z normami jakie przyjęło społeczeństwo w którym jednostka funkcjonuje [8,9,10].

Funkcja psychohigieniczna, zdaniem Ziemskiej [11], zwraca uwagę na fakt, iż do zadań rodziny należy wewnętrzny szacunek do siebie nawzajem oraz zaspokajanie potrzeb emocjonalnych oraz, że każdy jej członek musi w rodzinie znaleźć tyle oparcia, aby mógł sam w przyszłości samostanowić o sobie. Zdaniem Eriksona [13], zaniedbania emocjonalne ze strony rodziców, które były w dzieciństwie, bardzo często ujawniają się dopiero w wieku późniejszym. W związku z tym, w opinii Ziemskiej [11], funkcja zaspokajania potrzeb psychospołecznych we współczesnej rodzinie wysuwa się na pierwszy plan i w pierwszych latach zmierza do ukształtowania świata młodego człowieka w taki sposób, aby mógł bezpiecznie ukształtować swoją tożsamość.

Struktura i kategorie rodziny

W opinii de Barbaro [14] struktura rodziny to „*niewidzialna sieć wzajemnych oczekiwań, warunkująca sposób, w jaki członkowie rodziny wchodzą ze sobą w interakcje*”.

Adamski [12] uważa, że „*(...) struktura rodziny to stałe ramy, nie zawsze sformalizowane, wewnątrz których przebiega życie i zachowanie małżeńsko-rodzinne*”.

W każdym systemie rodzinnym, za Simon i Stierlin [15], wyróżnić można trwałe podsystemy, związane z podstawowymi funkcjami rodziny, w tym: małżeński, rodziców, dzieci oraz podsystemy chwilowe, zadaniowe - np. podsystem osób mających wspólne hobby, wśród których istnieją odrębne reguły interakcji, nie obowiązujące w całej rodzinie.

Inną opinie wyraża Bradshaw [16] stwierdzając, iż głównymi elementami w systemie rodzinnym są stosunek matki do samej siebie i do ojca oraz ojca do samego siebie i do matki.

Grudniewski [17] podkreśla, że na pełnienie funkcji przez rodzinę, w jednakowym stopniu wpływają - współzależność członków, ich wzajemne oddziaływanie na siebie oraz układ ról pełnionych w tej grupie społecznej.

Zdaniem Dyczewskiego [3] fakt, że rodzina składa się z kilku pokoleń, pozwala na łatwą transmisję danych związanych z kulturą i historią, głównie drogą przekazu ustnego i najczęściej w aspekcie faktów z życia rodziny, która jest umiejscowiona w danej czaso-

przestrzeni. W jego opinii „*gdyby nie opowieści dziadków i rodziców, niejedno dziecko nie wiedziało by, że w Wigilię Bożego Narodzenia wnoszono snop siana i stawiano go w roku izby, lub że siano kładziono pod stołem...*” [2].

Ziemska [11] podkreśla, że rodzina przechodzi pewne fazy związane z życiem jej członków powoduje, w których może być różny skład rodziny, uwarunkowany wiekiem, płcią, liczbą członków, różnym układem stosunków wynikających z ról i pozycji oraz charakterem wzajemnych kontaktów. W jej opinii strukturę rodziny określa [11]:

- liczba i rodzaj pokrewieństwa członków rodziny (liczba dzieci i innych krewnych),
- układ ich pozycji i ról społecznych oraz przestrzenne ich usytuowanie,
- siła więzi instytucjonalnych i psychicznych łączących poszczególnych członków rodziny, świadcząca o większej lub mniejszej spójności (kohezji) rodziny,
- podział czynności w rodzinie,
- struktura wewnątrzrodzinnej władzy i autorytetów, łącząca się dość ściśle z układem pozycji społecznych,
- wewnątrzrodzinny rozkład miłości i względów.

W literaturze przedmiotu [za 10] spotyka się różne układy typów rodzin ze względu na rozmaite zasady podziału, a ich kryteriami mogą być: pochodzenie małżonków, ich miejsce zamieszkania, hierarchia prestiżu i władzy w rodzinie oraz struktura rodziny. Kawula [18] wyróżnił np. pięć kategorii rodziny:

- wzorowa - tworzy maksymalne warunki wychowawcze i stale podnosi swój poziom wychowawczy
- normalna – zapewnia jednostce warunki wszechstronnego rozwoju
- wydolna wychowawczo – warunki wychowania i ich ogólne funkcjonowanie bywa zachwiane
- niewydolna wychowawczo - występują zaburzenia we współżyciu rodzinnym, najczęściej są to rodziny niekompletne
- patologiczna – członkami takiej rodziny są osoby pozostające w stałej kolizji z prawem i moralnością, stanowiące margines społeczny; z rodziny takiej wywodzi się największy odsetek dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie.

Wyróżnia się także następujące kryteria i typy rodzin [za 10]:

1. Kryterium liczby osób żyjących w małżeństwie:

- monogamiczna (1 mąż, 1 żona)
- poligamiczna: poligynia (małżeństwo jednego mężczyzny z wieloma kobietami)

lub poliandria (małżeństwo jednej kobiety z wieloma mężczyznami)

2. Kryterium doboru małżonków:

- małżeństwo endogamiczne (małżonkowie wywodzą się z tego samego środowiska)
- małżeństwo egzogamiczne (małżonkowie wywodzą się z różnych środowisk)

3. Kryterium miejsca zamieszkania małżonków:

- małżeństwo matrylokalne (małżonkowie zamieszkują w domu rodziców żony)
- małżeństwo patrylokalne (małżonkowie zamieszkują w domu rodziców męża)
- małżeństwo neolokalne (małżonkowie zamieszkują w miejscu zlokalizowanym poza domostwami ich rodziców)

4. Kryterium dziedziczenia pozycji społecznej, nazwiska, dóbr materialnych:

- matrylinearna (dziedziczy się dobra po linii żeńskiej)
- patrylinearna (dziedziczy się dobra po linii męskiej)

5. Kryterium źródła utrzymania:

- chłopska
- robotnicza
- inteligencka
- biznesmenów

6. Kryterium zamożności:

- bardzo zamożna
- zamożna
- niezamożna
- biedna
- uboga

7. Kryterium prestiżu i władzy:

- patriarchalna (dominującą pozycję posiada ojciec, cieszy się on najwyższym autorytetem, sprawuje władzę i kontrolę, kieruje całkowicie rodziną i reprezentuje ją na zewnątrz)
- matriarchalna (władzę sprawuje matka i posiada ona najwyższy autorytet)
- egalitarna (partnerska, demokratyczna; obowiązuje równość praw, decyzji oraz zakresów kompetencji męża i żony; rodziny te są charakterystyczne dla współczesnego społeczeństwa)
- pajdocentryczna („władzę” sprawuje dziecko)

8. Kryterium rodzaju pokrewieństwa członków wchodzących w skład grupy rodzinnej:

- rodzina mała (nuklearna, podstawowa; składa się ze współmałżonków i ich dzieci; jest to typ rodziny dwupokoleniowej o zredukowanej liczbie członków)
- rodzina duża (poszerzona, wielopokoleniowa; składa się z dwóch lub większej liczby rodzin nuklearnych, podporządkowanych organizacyjnie jednemu kierownictwu rodzinnemu; pod jednym dachem mieszka kilka pokoleń, uznających patriarchalną władzę ojca rodziny; niektórzy socjologowie utrzymują, że muszą być co najmniej trzy pokolenia i mogą w skład rodziny wchodzić krewni z linii bocznej, którzy również są połączeni wspólnotą majątkową)
- zredukowana rodzina duża (składa się najczęściej z męża, żony, ich dzieci i rodziców, czasem też rodzeństwo któregoś z małżonków; władza nie spoczywa w rękach najstarszego mężczyzny)
- rozproszona rodzina duża (kilka gospodarstw domowych, rodzin, mieszkających oddzielnie, ale tworzących spójny krąg rodzinny oparty na więzach pokrewieństwa i powinowactwa)

9. Kryterium liczby dzieci:

- małodzietna (1, 2 dzieci)
- wielodzietna (3 i więcej dzieci)

10. Kryterium liczby pokoleń:

- dwupokoleniowa (rodzina i ich dzieci)
- wielopokoleniowa

11. Kryterium struktury rodziny:

- pełna (ojciec i matka): pełna biologicznie, rekonstruowana (po rozwodzie, po śmierci jednego z małżonków), adopcyjno – przysposobiona (małżonkowie często nie mogą mieć dzieci), zastępcza (może być spokrewniona z dzieckiem lub obca - trwała, często rodzina, kontraktowa, czasowa opieka)
- niepełna: osierocona (z powodu śmierci jednego z rodziców), rozbita (z powodu rozwodu), czasowo niepełna (z powodu wyjazdu, pracy, choroby, pobytu w więzieniu jednego z rodziców), niepełna biologicznie (matka/ojciec samotnie wychowuje dziecko, rodzina samotnej matki/ojca).

Rola ojca w rodzinie

W opinii Machalicy [19], jedną z przemian współczesnej rodziny jest przejście od

modelu tradycyjnego (patriarchalnego), do modelu partnerskiego (demokratycznego). Dawniej ojcowie decydowali o zasadach panujących w rodzinie i podejmowali decyzje, ponosili odpowiedzialność za byt rodziny oraz wprowadzali dzieci w świat. Aktualnie, za Machalica [19] w większości rodzin pracuje także matka, często przejmując kierowanie rodziną, w konsekwencji czego współczesna rodzina bardziej opiera się na matce, niż na ojcu.

W opinii Machalicy [19], trudności w pełnieniu roli ojca mogą wynikać z braku przygotowania mężczyzn do roli ojca. Jeżeli ojcowie nie radzą sobie z własną rolą w rodzinie, to przyjmują różne postawy, takie jak [19]:

- ojciec nieobecny lub wycofany - nie zajmujący się rodziną, nie zainteresowany rozwojem rodziny, oddający wszelkie sprawy w ręce matki,
- ojciec rygorystyczny - perfekcjonista o nadmiernych wymaganiach w stosunku do dziecka, żony, kategoryczny, emocjonalnie zdystansowany lub groźny, wzbudzający lęk, stosujący agresję i przemoc,
- ojciec zmarginalizowany - niezdecydowany, nieokreślony, żyjący w cieniu żony, nie dostarczający bodźców wychowawczych, jakie powinien dawać mężczyzna (zdecydowanie, wyrazistość, konsekwencje w działaniu, wpływ na zdarzenia).

Zdaniem Dąbrowskiej [20] za odwieczne funkcje ojców w rodzinach, które uległy i wciąż ulegają znaczącym przemianom uważa się takie jak:

- prokreacyjna,
- ekonomiczna,
- ochronna,
- wychowawcza.

Powyższe związane jest z radykalnymi przemianami społeczno-ekonomicznymi i kulturowo-obyczajowymi, głównie w wyniku zawodowej pracy kobiet - żon i matek. W związku z tym, w opinii autorki [20] autorytet ojcowski i wymiar ojcostwa wydaje się obecnie być labilny i pozostaje w ścisłym związku z kryzysem męskości. Według Ziemskiej [11] od roli ojca oczekuje się:

- dzielności,
- siły,
- dojrzałości wyrażającej się w poleganiu na własnych siłach,
- gotowości podejmowania zadań,
- zaradności,
- odpowiedzialności za wykonanie swoich zadań,

- czuwania nad przestrzeganiem norm społecznych,
- służenia w charakterze oparcia oraz podtrzymania żony i całej grupy rodzinnej.

Winnicott [21] twierdzi, że ojciec może odgrywać ważną rolę w rozwoju dziecka w sytuacji braku fizycznej obecności matki, przejmując wtedy niektóre jej funkcje, stając się postacią podobną do matki:

- w I fazie rozwoju relacji niemowlęcia z rodzicami - tzw. fazie "holding", będącej istotnym momentem w rozwoju ego, które strukturalizuje się wtedy jako całość z pierwotnego stanu nieingerencji - w tym etapie rozwoju bardzo istotny jest związek z matką, która aktywnie odbiera potrzeby dziecka, dając mu swoją opiekę i bliskość.
- w II fazie rozwoju relacji niemowlęcia z rodzicami - w której matka i dziecko żyją wspólnie - istotna jest rola ojca, który dając matce oparcie (psychiczne i materialne) tworzy środowisko, gdzie ta bliska relacja dziecka i matki jest możliwa, niejako środowisko "holdingu" dla diady matka-dziecko, aby ochronić ją przed ewentualnymi destrukcyjnymi wpływami otoczenia.
- w III fazie rozwoju relacji niemowlęcia z rodzicami - czyli wspólnym życiu ojca, matki i dziecka - dziecko rozpoznaje w tej fazie ojca, jako osobę oddzielną od matki. Kształtuje się w niej tzw. "społeczne bezpieczeństwo" dziecka. *"Dziecko jest w istocie bardzo wrażliwe na stosunki między matką i ojcem i jeżeli wszystko układa się dobrze - za kulisami, ono pierwsze to doceni i zwykle dzięki temu łatwiej je zadowolić i łatwiej się nim opiekować."*
- w fazie rozwoju, kiedy dziecko wyraża własną agresywność, szczególnie wobec matki, ojciec chroni dziecko przed skutkami jego własnej agresywności. *"Co pewien czas dziecko będzie obdarzało kogoś uczuciem nienawiści i jeśli nie będzie przy nim ojca (...) to będzie nienawidziło swoją matkę, a przez to będzie się czuło zdezorientowane, bo tą samą matkę darzy przede wszystkim głęboką miłością."*

Walewska [22] podkreśla, że „we współczesnej analizie sporo miejsca poświęca się roli ojca w dzieciństwie dziecka. Ojciec nie tylko chroni, zabezpiecza i daje oparcie dziadzie matka - dziecko, ale też depsychotyzuje, rozszczepia tę symbiotyczną więź w triadzie. Przedtem istniało w analizie przekonanie, że dopiero okres edypalny wnosi tę wartość. Ojciec wprowadza realność świata w sferę silnej więzi emocjonalnej, jaką jest związek matki i dziecka”.

Blos [23] zwraca uwagę na rolę ojca w rozwoju dziecka od początku dzieciństwa i na to, jak ważną rolę odgrywa w powyższym stosunek matki do roli ojca. Sygnalizuje także, iż

zdarza się bowiem, że niektóre matki ingerują w związek dziecka z ojcem, jakby to zagrażało jej związkowi lub zwiększają więź między ojcem a dzieckiem, akceptując trójkąt - matka, ojciec, dziecko (trójkąt edypalny). Powyższe otwiera drogę do przyszłego przywiązania dziecka do ojca, a wczesne doświadczenie izopłciowe (kształt relacji syn-ojciec w niemowlęctwie), ma wpływ na tworzenie *self chłopca* i świata obiektów jego życia. Edypalny ojciec jest opisywany jako powstrzymujący i karzący, pod którego groźbami mały chłopiec porzuca swoje dążenia do konkurowania z nim [23].

Janukowicz [24] prowadziła badania empiryczne wśród ojców z różnych środowisk społecznych, o różnym poziomie wykształcenia oraz wśród ich dzieci w wieku szkolnym. Starła się określić współczesny model ojca, a zwłaszcza jego rolę jako wychowawcy rodzinnego. Ustaliła, że charakterystyczną, dominującą cechą współczesnego ojcostwa była permanentna nieobecność ojca w domu. Współczesny polski ojciec przejawiał przynajmniej cztery swoiste uzależnienia: od pracy, od samochodu, od telewizji i od nikotyny. Badani przez autorkę [24] pracujący zawodowo ojcowie byli pracobolikami (z upodobania i wyboru, bądź przymusu ekonomicznego), a ich liczba sięgnęła 80%. Uzależnionych od samochodu było 65%, a od telewizji - 48% (nieustannie manipulujący pilotami, oglądający krwawe pełne strzałów i agresji widowiska filmowe lub sportowe). Od nikotyny uzależnionych było 51% badanych ojców. Zdaniem autorki [24] współcześni ojcowie zupełnie zatracili tradycyjne postawy reprezentujące w rodzinach zarówno autorytet moralny, jak i kulturowy. Reprezentują w rodzinach wyłącznie siebie i zatracili w swoich postawach rodzicielskich dawny pewną stanowczość oraz tradycyjne atrybuty ojcostwa. W badaniu wykazano, że 90% ojców bardzo kochało swoje dzieci, ufało im i uważało, że wychowuje na porządnym i wartościowym ludzi. Pouczało je 64% badanych [24].

Pospiszyl [25,26] twierdzi, że instynkt ojcowski „rodzi się” znacznie później, niż instynkt macierzyński, a dziecko miłość ojca zdobywa podporządkowując się jego wymaganiom. *„Ojciec nie kocha dziecka tylko dlatego, że jest ono jego dzieckiem, ale raczej za to, że spełnia jego oczekiwania, że jest źródłem radości i dumy, więc aby zasłużyć na miłość ojca i ją utrzymać, dziecko musi postępować zgodnie z oczekiwaniami ojca”*. Autor [25,26] uważa, iż miłość ojcowska jest uzupełnieniem macierzyńskiej w zakresie stwarzania stymulatorów rozwoju społecznego. Ojciec, będąc pozbawiony tak silnego jak matka związku biologicznego z dzieckiem, nie posiada "danej z natury" umiejętności kochania dziecka tylko dlatego, że jest to jego dziecko. Miłość matki, za Pospiszyl [25,26] stanowi *„dla dziecka potrzebę równą tej, jaką jest potrzeba odpowiedniej gleby dla rośliny i podobnie jak bujność rośliny zależy od jakości gleby, tak rozwój uczuciowy dziecka uzależniony jest z jednej strony*

od tego, jak głęboki związek uczuciowy łączy je z matką, z drugiej zaś od bogactwa przeżyć i odczuć psychicznych cechujących matkę". Ojciec zaś porównywany bywa [25,26] do „słońca, które ogrzewając ziemię, czyni ją zdolną do wydania płodów. Same rośliny pobudza ono stale do rozwoju, właściwy zaś rozwój nagradza swymi życiodajnymi promieniami”.

Mierzwiński [27] zauważa, że „jeżeli dla większości małych dziewczynek ulubioną zabawę stanowi odgrywanie roli matki, to w drugiej grupie płci - wielu mężczyzn uświadamia sobie w pełni swoje ojcostwo dopiero wtedy, gdy po raz pierwszy biorą nowo narodzone dziecko na ręce”. Zdaniem autora [27] mężczyzna potrzebuje wspomagania i pokierowania w procesie rozwoju instynktu ojcowskiego, czyli wychowania do roli męża i ojca.

Kukołowicz [28] wyróżnia cztery etapy w dojrzewaniu do ojcostwa:

- od dzieciństwa do ślubu - etap podstaw bycia mężem i ojcem, wychowania chłopca do dojrzałej miłości ludzkiej,
- od ślubu do uświadomienia sobie poczęcia dziecka,
- okres ciąży i urodzenia dziecka,
- ojcostwo w ciągu całego życia mężczyzny: jest to bardzo szerokie, wieloaspektowe zagadnienie, toteż zostanie szczegółowo omówione w kolejnych podrozdziałach niniejszej pracy.

Spock [29] uważa, że aby ojciec miał dobry wpływ na dzieci, muszą one wiedzieć, że jest nimi rzeczywiście zainteresowany, że je kocha oraz aprobuje, niezależnie od tego, jak często musi korygować ich zachowanie. Powinien także spędzać dużo czasu z dziećmi, aby mogły zrozumieć jego charakter i odczuć jego stosunek do nich.

Rembowski [30] zwraca uwagę, że ojcowie często nie zdają sobie sprawy z tego, jak bardzo spostrzegawcze są ich dzieci, ile myśli i uczuć budzi w nich osoba ojca, jak myśli te i uczucia łączą się u nich z obrazem ojca. Z kolei Zaborowski [31] podkreśla, że rola ojca w rodzinie polega na wdrażaniu dzieci do przestrzegania norm społecznych, w związku z czym powinien on przejawiać konsekwencję, stanowczość, pewną surowość, musi być obecny w procesie wychowania.

Miłość ojcowska, podobnie jak miłość macierzyńska, posiada również pewne negatywne aspekty, którym w opinii Fromma [32] jest fakt, że „na miłość ojcowską trzeba zasłużyć, że można ją utracić, jeżeli nie spełni się oczekiwań. W naturze miłości ojcowskiej tkwi fakt, że posłuszeństwo staje się główną zaletą, a nieposłuszeństwo głównym grzechem, a karą jest odebranie ojcowskiej miłości.”

Hurlock [33] uważa, że ojciec kochający swoje dziecko powinien być wymagający,

sprawiedliwy, konsekwentny, a swoje postępowanie wychowawcze musi dostosowywać do wieku dziecka i sytuacji. Według Sieroty [34] miłość ojca staje się zachętą do dalszego rozwoju dziecka, odgrywa ważną rolę w tworzeniu własnego "ja", wpływa na samoocenę, na stosunek do autorytetów, warunkuje przystosowanie społeczne. Dziecko świadome miłości ojcowskiej ma duże poczucie własnej wartości i wiary we własne siły, co ułatwia mu funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Brak silnego wzorca męskich zachowań może być tragiczny w skutkach dla dzieci, i to zarówno dla dziewczynki (mogą ją czekać problemy w doborze odpowiedniego partnera życiowego), jak i chłopca (ojciec powinien być dla niego wzorem jego przyszłego życia małżeńskiego) [34].

Warto także przytoczyć opinię Spocka [29], który podkreśla, iż w niektórych sytuacjach trudnych kobiety wykazują większą odporność psychiczną i zrównoważenie emocjonalne niż mężczyźni. Innego zdania jest Jackowska [35] zdaniem której mężczyzna jest bardziej zrównoważony emocjonalnie niż kobieta. Autorka [35] sądzi, że *„w przeciwieństwie do matki - ojca nie cechuje cykliczna zmienność nastrojów, skłonność do irytacji, rozdrażnienia, jego życie uczuciowe jest bardziej ustabilizowane, a w związku z tym ma on większe predyspozycje do konsekwentnego stosowania oddziaływań wychowawczych, do sprawiedliwego stosowania kar i nagród, stanowczego egzekwowania zakazów i wymagań. Ojciec potrzebny jest zarówno chłopcu, jak i dziewczynie”*, a obserwacja zachowania się ojca jest dla dziecka podstawowym źródłem zdobywania wiadomości na temat wzoru osobowego mężczyzny.

CIAŻA, PORÓD NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Postrzeganie ciąży na przestrzeni wieków

*Narodziny to nie tylko przyjście na świat dziecka.
Narodziny to stworzenie mam: silnych, kompetentnych i zdolnych,
które ufają sobie i znają swoją wewnętrzną siłę*
Barbara Katz Rothman

Brzeziński [36] podkreśla, że narodziny dziecka od dawna były ważnym wydarzeniem w każdej kulturze, a świadczą o tym rysunki i malowidła skalne zachowane z czasów prehistorycznych.

Na przestrzeni wieków zmieniały się jednak zasady opieki nad kobietą w ciąży. Papirusy z V wieku przed Chrystusem, za Muszala [37] przekazują np. teorię medyczną, według której *„embryon ludzki jest formowany z nasienia męskiego w swoich częściach twardych, zaś od matki otrzymuje budulec do formowania części miękkich (także serca) i płynów ustrojowych”* *„Jeśli chodzi o jego ciało i skórę, to utworzyła je matka za pomocą swojego mleka, zaś co się tyczy jego kości, powstały z nasienia ojca”*.

Embriologia starożytnego Egiptu *„bazowała głównie na przekonaniach religijnych, wywodząc swoje teorie z mitologii. W tym okresie uważano, że nasienie męskie tworzy się w kościach (najbardziej „męskim” elemencie ludzkiego ciała), natomiast o tym, czy kobieta będzie matką, zadecydują bogowie. Wierzono także, iż krew menstruacyjna odgrywa ważną rolę w formowaniu zarodka ludzkiego i tworzy tkanki miękkie”* [cyt. za 37].

]Przypuszczano również, że do zapłodnienia prowadzi zmieszanie się męskiego nasienia z krwią menstruacyjną, która czeka na nie w ciele kobiety [38]. Macicę wyobrażano sobie zaś, jako *„łóże dla dziecka”* w jamie brzusznej kobiety, z którego potem dziecko jest wypierane przez *„wiatr”* [38].

Najbardziej popularny test ciążowy w starożytnym Egipcie, opisanym w egipskim papirusie z Kahun z XXIII wieku p.n.e., polegał na podlewaniu moczem kobiety ziaren pszenicy oraz jęczmienia zasianych w dwóch doniczkach i jeżeli nasiona wzeszły, kobieta była w ciąży [39].

Egipcjanie wierzyli również, że jeśli pierwszy wykiełkował jęczmień, dziecko będzie chłopcem, a jeśli pszenica - urodzi się dziewczynka [39].

W literaturze przedmiotu [40,41,42] podkreśla się, że do zmiany powyższych wyobrażeń przyczyniły się między innymi teksty Suśruty, wybitnego lekarza starożytnych Indii, poświęcone położnictwu i podające pierwszy dokładny opis kobiecej miednicy oraz opis rozwoju dziecka w łonie matki: „(...) w trzecim miesiącu ciąży rozpoczynało się różnicowanie się płodu na głowę i członki. W czwartym rozwijały się piersi, serce i brzuch. W szóstym wykształcały się włosy, paznokcie i kości, ścięgna i kanały (naczynia). Podaje się także [40,41,42], iż w razie śmierci matki, Suśruta opisywał zabieg, który później był znany, jako cięcie cesarskie oraz podawał zalecenia dietetyczne w okresie połogu, dotyczące karmienia piersią, a także mlekiem krowim i kozim.

Położnictwo w Grecji, za Brzezińskim [36], opierało się na wiadomościach z anatomii i fizjologii, propagowanych przez Arystotelesa oraz innych filozofów przyrody. Jajniki były nie znane, macicę uważano za dwurożną, a pochwę traktowano jako część macicy [cyt. za 36].

Herofilos, jako pierwszy wymienił w swych pismach jajniki, a Rufus z Efezu wyodrębnił pochwę i nazwał poszczególne części macicy [cyt. za 36]. Egipcjanie czas trwania ciąży określali na 271-294 dni [39].

Soranos z Efezu (największy akuszer starożytności), opisywał narząd rodny opierając się na anatomii zwierząt. Macicy nie uważał jednak za narząd dwurożny i przyrównywał ją do bańki [cyt. za 36]. Podkreślał także, iż miesiączka nie u wszystkich kobiet wypada w tym samym czasie, ale opisał także dietę i zachcianki w ciąży [cyt. za 36]. Przyczynę poronień upatrywał we „wstrząśnieniu” ciała kobiety oraz w chorobach matki i płodu. Wymieniał także osiem niewłaściwych położzeń dziecka, takich jak np.: położenie poprzeczne, pośladkowe, blokadę jednego lub obu ramion oraz powikłania w połogu, takie jak wypadanie macicy i schorzenia sutka [40,41,42]. Zwalczał zabobony, szukał sposobu ulżenia pacjentkom w bólu i propagował edukację położnych. Za najlepszy wiek do rodzenia dzieci uznał okres między 15. a 40. rokiem życia. Rozróżniał trzy fazy ciąży i opisał sposób postępowania podczas każdej z nich. Uważał, iż w pierwszym miesiącu kobieta powinna zaniechać gwałtownych ruchów i silnych emocji, a także podnoszenia ciężkich przedmiotów, przysiadów, siedzenia na twardych krzesłach i picia alkoholu. Od siódmego miesiąca ciąży zalecał ograniczenie ćwiczeń fizycznych, a aby ulżyć ciężarnej - obwiązywanie jej brzucha bandażami przewiązanymi wokół ramion. Usuwano je po ósmym miesiącu, by działanie grawitacji przyspieszyło poród (by zapobiec rozstępom, namaszczano ciało oliwą z oliwek) [39].

Erasistaros z Keos, starożytny lekarz grecki, miesiączkę umiejscawiał wyłącznie w czasie zmniejszania się księżyca [cyt. za 36].

Poglądy na proces zapłodnienia, chorób kobiecych i porodu, Hipokrates wyraził w dziełach: *„O chorobach kobiecych; „O nasieniu i naturze dziecka”*. Przedstawił w nich także budowę miednicy kostnej oraz pogląd, że kości miednicy rozchodzą się podczas porodu. *„...Nasienie, jak kobiety, tak i mężczyzny powstaje z całego ciała i ze słabych części - słabe, a z silnych – silne”*. (...) *„Nasienie (płód) otrzymuje wzrost z krwi matki, postępującej do macicy”*. (...) *„Ciało wzrasta od oddychania, dzieli się na członki. Rozdzielenie się części (tzn. członków, kończyn) następuje u dziewczynki w ciągu 42 dni, a u chłopca 30 dni, kiedy trwa najdłużej”* [cyt. za 36].

Według Hipokratesa, za Brzezińskim [cyt. za 36], miesiączka trwa trzy dni, a do zapłodnienia dochodzi najłatwiej w czasie jej trwania lub wkrótce po zakończeniu. Powyższy pogląd podzielali Hipokratycy, którzy, za Brzezińskim [cyt. za 36], twierdzili, iż *„do zapłodnienia dochodzi wtedy, gdy przez siedem dni nie wypływa nasienie zatrzymane siłą przyciągającą macicy. Jeżeli objawy ciąży są silniej zaznaczone po stronie prawej, zwiastują urodzenie chłopca. Jajo ludzkie połączone jest łożyskiem’*. Poronienie zaś następowało wtedy, gdy *„nasienie odchodziło po siedmiu dniach od zapłodnienia, a za przyczynę poronień powtarzających się uważano szybszy rozwój płodu niż macicy, lub też obfitsze miesiączkowanie i zły gatunek nasienia”* [cyt. za 36]. Za jedynie prawidłowe, uważali położenie główkowe, ale znali różne ułożenia miednicowe i wymieniali także łożysko przodujące. Odradzali także stosunki płciowe z ciężarnymi. Znali rozwój płodu w różnych okresach i opisywali, że płód *„ssie zrazy łożyska, z których pobiera powietrze”*. Znali wady rozwojowe płodów i byli przekonani, że 7. miesięczne płody są żywotniejsze od 8. miesięcznych. Poród uznawali, za działanie samego płodu, który nic ma już miejsca w macicy po spożyciu zapasów [cyt. za 36].

Galen, lekarz rzymski, stworzył podstawy fizjologii płodu, opisując obieg krwi u niego [cyt. za 36]. Oddzielił też skurcze macicy od działania tłoczni brzusznej. Znał rolę wód płodowych i uważał przedwczesne ich odejście za powikłanie [cyt. za 36].

Platon, filozof grecki, przekazał wiadomości o attyckiej sztuce położnych, a Arystoteles opisał odklejanie się łożyska [cyt. za 36].

Pitagoras, [cyt. za 43], był przekonany, iż *„istoty żywe rodzą się jedne z drugich, z nasienia. [...] Nasienie jest kroplą mózgu, która ma w sobie ciepłą parę. Ta para przeniesiona z mózgu do macicy tworzy limfę, płyn wilgotny, i krew, z których powstają: mięso, nerwy, kości, włosy i całe ciało; z pary zaś powstaje dusza i wrażliwość zmysłowa. Pierwsze*

uksztaltowanie następuje w ciągu dni czterdziestu, a wedle praw harmonii płód wychodzi na świat najczęściej w siódmym lub dziewiątym, a najpóźniej w dziesiątym miesiącu. Ma on już w sobie wszystkie prawa życia, których powiązanie odbywa się zgodnie z zasadami harmonii: wszystko dzieje się we właściwym czasie”.

Anaksagoras twierdził, iż „w nasieniu znajdują się już włosy, paznokcie, żyły, tętnice, nerwy i kości; są one niewidoczne ze względu na ich małość, lecz wzrastając, zaczynają się stopniowo odróżniać. Bo jakże mógłby powstać włos z tego, co nie jest włosiem, a ciało z tego, co nie jest ciałem?” [cyt. za 37].

Empedokles z Agrygentu uważał, iż „cały komponent nowego człowieka znajduje się w nasieniu męskim” („teoria pojedynczego nasienia”) lub też że „także kobieta wnosi swój materialny czynnik w akcie zapłodnienia” („teoria podwójnego nasienia”) [cyt. za 37]. Podał także opis pierwszych stadiów życia człowieka w łonie matki. Twierdził, że „najpierw tworzy się serce. Następnie mięśnie i krew zostają utworzone z czterech żywiołów w różnych proporcjach. Jeszcze później tworzą się kości, które zawierają dwie części ziemi, dwie części wody i cztery części ognia. Embrion zostaje uformowany pomiędzy 36. a 49. dniem. Płód żyje od pierwszej chwili, ale nie oddycha; wymiana pokarmów i powietrza zachodzi przez przewód pępowinowy, w którym zawarte są cztery naczynia krwionośne. Łączą one organizm matki z wątrobą embrionu, by karmić go substancjami krwistymi i pneumatycznymi”. Według niego embrion męski rozwijał się szybciej niż żeński [cyt. za 37].

Mojżesz [cyt. za 44] posiadał wiedzę o tym, kiedy kobieta mogła zająć w ciążę, a kiedy znajdowała się w okresie jałowości i zalecał swoim wyznawcom zbliżenia seksualne w małżeństwie tylko w celu zapłodnienia. „Niewiasta, która co miesiąc cierpi na upławy krwi przez 7 dni będzie odosobniona”.

Postrzeganie aktu porodu na przestrzeni wieków

*Podczas porodu,
jest moment kiedy do kobiet przychodzi pewnego rodzaju moc.*

*Nie proszą o to, ona po prostu je napada.
Kumuluje się jak chmura na horyzoncie
i przychodzi przynosząc ze sobą dziecko*

Sheryl Feldman

W starożytności znano już pozycje wertykalne i zalecano przyjmowanie ich podczas porodu. Powyższe potwierdzają płaskorzeźby pokrywające mury egipskich grobowców oraz pisma wielkich lekarzy starożytnej Grecji i Rzymu [45].

W starożytnym Egipcie rodzącej towarzyszyło kilka kobiet, które ją podtrzymywały i wspierały, a jedna z nich przyjmowała poród [45]. Często były to kapłanki bogini porodów „Tueris”. W opinii Baranowskiej [45], o tym, iż u Egipcjan poród dziecka z przodującą główką uważany był za normalny, informują współczesnych dwa hieroglify przedstawiające kobietę ciężarną i poród. Egipcjanki rodziły, stojąc, kucając, bądź siedząc na odpowiednio ustawionych ceglach lub kamieniach, co było prototypem krzesła porodowego [45].

W Grecji poród prawidłowo przebiegający prowadziły położne, a łożysko usuwano pociągając za pępowinę lub potrząsając rodzącą, a czasem zalecano jego wyparcie lub wydobywano je ręcznie [45].

Soranus, [cyt. za 45] grecki lekarz żyjący w II wieku, tak opisuje cechy kobiety odbierającej poród: *„Potrzebna jest znajomość pisania, rozum, dobra pamięć, pilność, uczciwość, w ogóle musi się ona odznaczać bystrymi zmysłami, być wolną od wszelkiego kalectwa i siłną”*. Niezbędne wyposażenie, które powinna przygotować i używać akuszerka w czasie porodu, składało się z: oliwy z oliwek, gorącej wody, maści rozgrzewających, miękkiej morskiej gąbki, kilku fragmentów wełnianej tkaniny, bandaży (do owinięcia noworodka), kadzideł (różne substancje zapachowe: kaszę jęczmienną, jabłka, cytryny, melony, ogórki), stołka lub krzesła porodowe, dwóch łoży (twarde, które było używane podczas przygotowania do właściwego porodu i miękkie - do odpoczynku po porodzie) i właściwego pomieszczenia (pokój powinien być średniej wielkości, a temperatura w nim umiarkowana) [45]. Rodząca była układana na boku, na twardym niskim łożu, z podpartymi biodrami, złączonymi razem stopami i rozdzielonymi udami. Obok rodzącej musiała leżeć tkanina nasączona gorącą oliwą, a po jej bokach wypełnione gorącą oliwą zwierzęce pęcherze. W momencie, gdy pojawiała się rozwarcie szyjki macicy, akuszerka poprzez delikatne pocieranie rozwierającej się szyjki posmarowanym oliwą wskazującym palcem lewej dłoni, przyspieszała poród. Jednym z najważniejszych obowiązków akuszerki było nauczanie rodzącej, w jakim tempie powinna oddychać oraz w jaki sposób powinna przeć. Asystowały jej trzy kobiety, które stały po bokach i za krzesłem porodowym. Ich zadaniem było uspokajanie rodzącej i delikatne naciskanie jej brzucha, aby przyspieszyć poród [45].

Czynnikiem decydującym o wystąpieniu porodu, według Hipokratesa i jego zwolenników, za Grabowiecka [46], było zmniejszenie dopływu pokarmu dla płodu:

„... Kiedy zaś tego wszystkiego staje się mu zbyt mało i dziecko stawczy się większym, pragnie więcej pokarmu niż jest obecnie, to ono zaczyna się wić i rozrywa powłoki”.

Kłapa [47] podaje, że w starożytnej kulturze Indii duże znaczenie miała wiara w działanie sił nadprzyrodzonych, a Hindusi w owym czasie znali lek na przyspieszenie porodu, potrafili wykonywać wewnętrzny obrót płodu oraz zabieg usunięcia martwego płodu.

Począwszy od średniowiecza do czasu powstania pierwszych szpitali porody odbywały się głównie w domach [36,48].

Rozwój szpitalnictwa, zapoczątkowany powstaniem w 1640 roku szpitala Hotel-Dieu, spowodował przeniesienie aktu porodowego z domowego zacisza do sali porodowej. W Polsce, aż do początku XX wieku, dziecko rodziło się zwykle w tym pokoju, w którym zostało poczęte. Porody domowe dominowały zwłaszcza na wsiach i małych miasteczkach, w których nie było szpitali [36,48].

Ciąża i poród w różnych religiach

*Nie musimy akceptować cudzych przekonań...
ale musimy akceptować prawo innych do ich posiadania.
Jodi Picoult, Jesień cudów*

W **kościele katolickim**, za Ogarek [49], preferowane jest stanowisko, iż „macierzyństwo jest misją szczególnej odpowiedzialności i służby życiu, a każda kobieta w stanie błogosławionym nie może być pozostawiona sama i powinna mieć zagwarantowaną wszechstronną pomoc, zarówno ze strony rodziny, jak i współwyznawców”.

Przygotowanie do rodzicielstwa powinno zaś uwzględniać miejscowe przyzwyczajenia i warunki oraz potrzeby rodzin [cyt. za 49].

W **religii prawosławnej**, za Bodys-Cupak i wsp. [cyt. za 50] przygotowania kobiety do porodu i opieki po porodzie, nie różnią się od kobiet innych wyznań. Kobieta rodzi dziecko w szpitalu, a jeśli z jakiś przyczyn poród odbywa się domu, rodzącej pomagają inne kobiety. Dziecko od urodzenia jest karmione piersią. Dawniej, 40. dni po urodzeniu dziecka oraz w czasie menstruacji kobiecie nie wolno było przystępować do komunii świętej, ale obecnie może bez przeszkód przystępować do komunii świętej w okresie ciąży i karmienia piersią [cyt. za 50].

W **wyznaniu grekokatolickim**, za Musiał [cyt. za 51], kobiety w ciąży, jeżeli ich stan zdrowia tego wymaga, uzyskują dispensę i nie muszą przestrzegać postów.

W judaizmie, za Zalewska-Puchała [cyt. za 52], tradycja nakazuje, aby kobieta w ciąży dbała o siebie ze szczególną troską, ze względu na zdrowie swoje i rozwijającego się w niej życia. W związku z tym, nie obowiązują jej rytualne posty (*Jom Kippur*, *Tisza be-Aw*). Kobieta w ciąży powinna poddawać się wszelkim badaniom, w tym prenatalnym oraz zabiegom mającym na celu ratowanie jej zdrowia, nawet za cenę życia jej przyszłego dziecka [cyt. za 52].

Preferowanym sposobem porodu jest poród naturalny, w tym także poród rodzinny. W przypadku wystąpienia powikłań, komplikacji podczas porodu wskazane jest rozwiązanie za pomocą cięcia cesarskiego. W judaizmie wierzy się, że po porodzie matka dziecka jest „nieczysta” rytualnie przez siedem dni po urodzeniu chłopca lub przez czternaście dni po urodzeniu dziewczynki, co oznacza zakaz dotykania mężczyzn, nawet młodocianych synów, z wyłączeniem noworodka. Kobietom w połogu zabrania się pościć w *Jom Kippur* i *Tisza be-Aw* (ponieważ mogłoby to narazić ich życie na niebezpieczeństwo), ale nie zwalnia się jej, o ile pozwala na to jej stan fizyczny, m.in. z zakazu mycia się, płukania ust, z obowiązku zapalenia świec w szabat [cyt. za 52].

W hinduizmie, za Kłapa [42], narodziny dziecka są bardzo ważne, a macierzyństwo jest jedną z najważniejszych wartości. W każdej rodzinie z wielkim szacunkiem i oddaniem oczekuje się przyjęcia na świat potomka, a Hindusi, bez względu na swój stan zdrowia i sytuację materialną, chcą być w ciąży. W okresie ciąży bardzo często zwalniane są z ciężkiej pracy domowej i ciężkiej pracy fizycznej. Muszą jednak np. unikać postów, wychudzenia ciała i podróży. Poród odbywa się zarówno drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie, a podczas porodu przy rodzącej mogą przebywać mężowie. Niemożność posiadania potomstwa, poronienie lub utrata dziecka bywają odbierane, jako kara dla kobiety i w związku z tym mogą prowadzić do gorszego jej traktowania przez krewnych. W związku z tym opieka nad kobietą ciężarną i położnicą powinna uwzględniać również psychiczne wsparcie w przypadku śmierci dziecka lub poronienia [42].

W buddyzmie, za Ogarek-Tęcza [53], przywiązuje się wielką wagę do posiadania potomstwa i uważa się, że dzieci mają ludzkie szlachetni. Posiadanie dziecka jest uważane za szczęście identyfikowane z możliwością opiekowania się nim oraz zapewnieniem ciągłości życia, zaś brak dzieci, odbierane jest jako wielkie zmartwienie. Kobieta ciężarna powinna dbać o sferę psychiczną, i fizyczną, myśleć pozytywne i uczestniczyć w praktykach religijnych (odmawianie specjalnych modlitw, które mają na celu ochronę dziecka i matki). Uważa się, iż w przypadku, kiedy w okresie ciąży kobieta jest narażona na liczne stresy, może to prowadzić do wystąpienia chorób u dziecka. Ciężarna powinna więc odpowiednio

długo spać, prawidłowo odżywiać się oraz dużo spacerować, a od siódmego tygodnia ciąży ograniczyć pracę [53].

Wielką wagę przykłada się do ostatnich dwóch tygodni ciąży, kiedy to szczególnie wskazany jest całkowity relaks, wyciszenie emocji i dobry sen. Wierzy się, iż stres w tym okresie może prowadzić do problemów z porodem, powikłań ginekologicznych lub konieczności wykonania cesarskiego cięcia, zaś zmniejszenie negatywnych emocji związanych z bólem, gwarantuje zachowanie spokoju przy położnicy oraz obecność przy niej prawych ludzi. W okresie narastania bólów porodowych i w godzinę po porodzie kobieta otrzymuje specjalną, bardzo pożywną zupę w celu uzupełnienia energii, a po porodzie - nalewkę alkoholową. Wykonuje się jej również masaż głowy i okolicy barków, chroniące organizm, a zwłaszcza narząd rodny i nerki, przed utratą ciepła. Kobieta przynajmniej przez rok karmi dziecko i w okresie połogu może uczestniczyć we wszystkich praktykach religijnych [53].

Świadkowie Jehowy, za Ziarko i wsp. [54] uważają, iż życie zaczyna się w chwili poczęcia. W ich przekonaniu, zagrożenie zdrowia matki, ujawnione wady genetyczne płodu, ani ciąża będąca skutkiem przestępstwa np. gwałtu lub kazirodztwa, nie stanowią uzasadnienia zabiegu aborcji. Małżonkowie mają prawo decydowania się na kontrolę urodzeń i wybór rodzaju środka antykoncepcyjnego, ale powinni wystrzegać się środków powodujących śmierć już rozwijającego się płodu. Nie dopuszczalne jest jednak wykorzystywanie w zapłodnieniu *in vitro* nasienia i komórki jajowej pochodzących od mężczyzny i kobiety, którzy nie są małżeństwem [54].

W kulturze **Romów**, za Baran-Osak [55] szczególnie oczekiwane są narodziny (*locija*) pierworodnego dziecka. Brak potomka jest traktowany, jako kara za popełnione grzechy lub naganne życie. W przypadku bezpłodności często dochodzi do tzw. wewnętrznej adopcji, polegającej na tym, iż wielodzietne małżeństwo oddaje swojego kolejnego noworodka bezdzietnej parze i ta od tej pory staje się jego nową rodziną [55].

Niedopuszczalne, wręcz przestępstwem, jest pozostawienie dziewczyny w ciąży. W celu ochrony ciężarnej stosuje się dwa rodzaje izolacji, terytorialną (zakaz przebywania w pomieszczeniu z osobami starszymi, mężczyznami i osobami spoza rodziny) oraz funkcjonalną (zakaz wykonywania niektórych czynności, które mogłyby wpłynąć niekorzystnie na ciążę lub poród albo w czasie wykonywania których kobieta mogłaby swoje właściwości kalające przenieść na jakiś przedmiot przez dotyk). W niektórych grupach Romów ciężarna nie może podawać do stołu, a zastępuje ją matka, siostra lub teściowa. Ciężarne nie mogą także wykonywać gwałtownych ruchów, przemęczać się i nosić ciężkich

rzeczy. Obecnie porody w większości odbywają się w szpitalu, ale wybierane są z reguły oddziały położnicze, stwarzające ciężarnej możliwość przebywania w osobnych pokojach. Preferowana jest także obsługa przez personel żeński. Przy porodzie nigdy nie ma ojca dziecka, ponieważ mógłby on ulec skalaniu przez samo przebywanie w miejscu, w którym są rodzące i położnice. Ojciec często więc oczekuje przed szpitalem na koniec porodu i pojawia się na oddziale tylko po to, aby zobaczyć swoje dziecko. Położnica, podczas porodu i po nim, uważana jest za największe źródło skalania dla osób i miejsc, w których przebywa oraz przedmiotów, których dotyka [55].

Po porodzie, miejscem izolacji położnicy jest mieszkanie. Takie odosobnienie ma charakter funkcjonalny i dotyczy wypełniania takich obowiązków domowych, jak pranie, sprzątanie i gotowanie, które przejmuje z reguły matka lub teściowa położnicy. Młoda matka nie może podawać do stołu, czy też używać tych samych rzeczy co inni członkowie rodziny: talerzy, kubków, sztućców, ścierek, ręczników itp. Kontaktuje się wtedy z kobietą, która jej pomaga. Po zakończeniu tego okresu izolacji wszystkie rzeczy używane przez kobietę zostają wyrzucone. Uważa się także, iż właściwości kalające ma również noworodek i w związku z tym, w początkowym okresie kontakt ojca z dzieckiem jest ograniczony, a dziadek często nie dotyka wnuka czy wnuczki nawet przez trzy miesiące od urodzenia. Inni mężczyźni należący do rodziny nie mają kontaktu z dzieckiem nawet przez sześć miesięcy [55].

Wyznawcy Islamu, za Jarząbek i wsp. [56] traktują kobiety islamskie, jako istoty świadome własnej przewagi nad mężczyznami, wynikającej z ich fizycznych atrybutów. Kobieta postrzegana jest jako potencjalna matka, a jej płodność ma kluczowe znaczenie dla jej osobistego szczęścia i zamążpójścia.

W religii tej, za Majda [57] wierzy się, iż kobieta po porodzie do końca połogu (ok. 40 dni od porodu) pozostaje nieczysta. W tym czasie nie pości, nie współżyje, nie odmawia modlitwy, ponieważ musi zregenerować swoje siły, przebywając w rodzinnym domu, w którym matka lub siostry zapewniają jej całodobową opiekę. Na zakończenie tego okresu przejść tzw. obrzęd oczyszczenia. Dziecko powinna karmić piersią przez dwa lata, a zamiar wcześniejszego jego odstawienie od piersi konsultować z [cyt. za 57].

W niektórych środowiskach muzułmańskich kobieta w okresie połogu nie dotyka i nie karmi dziecka, a zajmuje się nim mamka. Kobieta nie mogąca zajść w ciążę, która poroniła lub straciła dziecko po porodzie, często szuka pomocy Boga, udając się do miejsc cudownych słynących ze wspomagania płodności [cyt. za 57].

W kulturze islamu nie ma tradycji porodów rodzinnych, ale obecność mężczyzny przy porodzie jest dopuszczalna, chociaż nie jest obowiązkiem, ani czynem pochwalanym. Cesarskie cięcie jest dozwolone, pod warunkiem że nie zagraża dziecku i matce [cyt. za 57].

PRZEŻYCIA EMOCJONALNE MĘŻCZYZNY W OKRESIE CIĄŻY

*Urodzenie dziecka nie jest czymś, przez co cierpimy.
Jest czymś, w czym czynnie bierzemy udział i z czego się cieszymy*
Sheila Kitzinger

Okresy ciąży a emocje mężczyzn

Początki ciąży, za Komosa [58], to dla mężczyzny okres abstrakcyjny, ponieważ „jeszcze nie widać oznak ciąży, nie słyszać tętna płodu, a żona zmienia swoje zachowanie”.

Do niedawna jeszcze mężczyzna włączał się w wychowanie dziecka dopiero po urodzeniu, często nawet nie od pierwszych dni, jednakże głównie skupiał się na pełnieniu ról żywiciela, zarządcy, kontrolera, reproduktora, ale nie wychowawcy. W ostatnich latach w związku ze zmianami społecznymi ta rola uległa ewaluacji i często mężczyzna przyjmuje rolę kobiety.

Reakcja mężczyzny na poczęcie dziecka, za [59] zależy często, różnie w poszczególnych trymestrach ciąży, od identyfikacji w dzieciństwie i obecnie z własnym ojcem, od więzi z partnerką, gotowości na poczęcie dziecka.

Holditch-Davis i wsp. [60] objęli badaniem 36. par z historią niepłodności w wywiadzie, które zgłaszały objawy emocjonalne pozytywne i negatywne w czasie ciąży. Więcej objawów fizycznych zgłaszały kobiety, niż mężczyźni. Zarówno mężczyźni i kobiety więcej negatywnych objawów psychicznych zgłaszali w III trymestrze ciąży. U sześciu mężów widoczne były objawy *couvade* [60].

Masoni i wsp. [61] emocjonalne zaangażowanie związane z ciążą stwierdzili u 91,8% mężczyzn i wyrażało się ono jako: zmiany w zwyczajach seksualnych (87,7%), strach i niepokój (37%) oraz ciekawość (48%).

Pierwszy trymestr - faza wstępna

W opinii Komosa [58], okres ten wiąże się dla mężczyzny z szokiem, niedowierzaniem, że zostanie ojcem. Fakt poczęcia dziecka, w momencie kiedy kobieta już odczuwa dolegliwości fizyczne będące oznaką przystosowania do ciąży, nie ma jeszcze istotnego wpływu na życie mężczyzny. Powstała dysproporcja doznań może powodować poczucie osamotnienia i niezrozumienia u partnerów [58]. Ze względu na przeżywane emocje, za Komosa [58], mężczyzn można podzielić na grupy:

- I grupa - mający wątpliwości, czy dziecko jest jego, czujący się wykorzystywanymi,

zarzucający kobiecie interesowność, chęć związania go ze sobą, którym trudno przyjąć postawę trwania przy partnerce, reagujący paniką, odmową, dystansowaniem się, zwiększający aktywność poza domem,

- II grupa - wpadający w panikę, uciekający,
- III grupa - akceptujący ciążę właściwie, co objawia się konkretnymi czynnościami np.: wybieraniem lekarza, poradni, szkoły rodzenia.

Przykładem opisu powyższej sytuacji mogą relacje przeżyć Tomasza Kwaśniewskiego, dziennikarza, przyszłego ojca w „Dzienniku ciężarowca” [62]: *„Bo ja się właśnie martwię, że sobie nie poradzę. A przecież od dziecka nie ucieknę. Nie powiem, że go nie kocham, że sobie nie radzę, że ono musi sobie poradzić samo. Bo przecież sobie nie poradzi. Będzie malutkie i całkowicie ode mnie zależne. Boże jaka to straszna odpowiedzialność! Ale z drugiej strony, wielu ludzi jakoś sobie z tym radzi. I ja też sobie poradzę. Zrobię tak, jak będę potrafił najlepiej. I czasem pewnie mi nie wyjdzie, czasem będzie gorzej. Ale przecież nie jestem sam. Przecież jest Agnieszka. Czuję, jak strach ustępuje, jak rodzi się nadzieja. I świat rusza z miejsca”.*

Drugi trymestr - faza odczekania

W tym okresie, za Komosa [58], mężczyźni coraz bardziej doświadczają realności dziecka, skupiając się na czynnościach związanych z zabezpieczeniem powiększającej się rodziny. Powyższemu sprzyja np. powiększanie się brzucha żony, widoczny w badaniu USG obraz płodu oraz możliwość słyszenia bicia serca.

Trzeci trymestr - faza centralna

To okres, w opinii Komosa [58], kiedy mężczyzna coraz bardziej angażuje się w okres ciąży, w prace przygotowawcze w domu i do porodu. Więcej uwagi skupia na dziecku, próbuje szukać z nim kontaktu poprzez np. dotykanie brzucha, mówienie do niego

Syndrom *couvade*

W literaturze przedmiotu [63-74], przeżycia ojca w okresie prenatalnego rozwoju dziecka określa się syndromem *couvade* i pod pojęciem tym rozumie się różne zwyczajowo przyjęte zachowania w czasie ciąży, porodu partnerki i szacuje się, dotyczą około 11-36% partnerów.

Couvade, za Słownikiem Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych [75], to „prastary zwyczaj u wielu niecywilizowanych ludów, według którego mąż rodzącej kobiety kładzie się na posłanie, krzykami i ruchami naśladuje jej zachowanie się, a później poddaje się obowiązującym matkę postom, oczyszczeniom, tabu, przyjmuje życzenia, zachowuje

specjalną dietę, często nawet dłużej, niż matka itp.. Etymologicznie nazwa pochodzi od francuskiego słowa couver „wysiadywać, wylęgać”, z łacińskiego cubare [75].

Słowo *couvade* (kuwada) według jednych autorów [76] wywodzi się z języka francuskiego, od *couver* - „wysiadywać”, „wylęgać”, „siedzieć na jajach”, przenośnie „otoczyć kogoś troskliwością”, według innych [77] z łacińskiego od *cubare* – „leżeć, wypoczywać”, a według jeszcze innych z języka hiszpańskiego od *encovar* – „chronić, ukrywać się” lub *cunvera* – „jaskinia” [78]. W języku polskim pojęcie pojawia się m.in. w *Słowniku etnologicznym*, gdzie Szynkiewicz [80] definiuje je jako „zwyczaj symulowania przez mężczyznę bólów porodowych i położu równoległe z porodem i położem odbywanym przez jego żonę lub przestrzeganie przez niego pewnych zakazów przed porodem albo po porodzie”.

Romalis [cyt. za 79] określa to mianem męskiej „*sympmatologii ciąży*”, ciąży współczulnej lub syndromem wylęgania. Lekarze stosują ten termin do określenia psychosomatycznego stanu współodczuwania ciąży przez męża ciężarnej kobiety, kiedy to mężczyzna cierpi na objawy nie mające żadnej fizjologicznej podstawy.

Po raz pierwszy powyższy termin został użyty w 1865 roku, przez antropologa Tylora [cyt. za 79], który odniósł go do wszystkich zachowań związanych z porodem, a wymagających od ojców zaprzestania ich zwyczajnych, codziennych aktywności oraz podjęcia nowych zachowań, np. wstrzemięźliwości płciowej, unikania pracy fizycznej i określonych rodzajów jedzenia, podjęcia decyzji odnośnie wspólnego porodu, a nawet naśladowania odpowiednich zachowań podczas imitowanego porodu. Podczas rytuału kuwady mężczyzna był traktowany tak, jakby to on, a nie jego żona, miał urodzić dziecko [79].

W Papui i Nowej Gwinei, za Osipczuk [79], tak „*szybko jak odkryto ciążę (kobieta nie musiała się oczyszczać przez 3 miesiące, tzn. nie miesiączkowała) mężczyzna wycofywał się ze swojego plemienia. Szył własne ubranie na czas oczekiwania na dziecko, konstruował ozdoby z muszel (ponieważ jego kobieta ubierała muszle) i przybranie głowy z piór. Nie przechwalał się swoją sprawnością seksualną, mimo że często zwykł to czynić, ale nie chciał teraz sprowadzić na swoją rodzinę gniewu złych duchów. Rozmawiał z rodziną żony, a wystrzegał się swojej własnej, nawet swojej matki i unikał kontaktów z mężczyznami. Budował swoją chatkę niedaleko od chaty kobiety. Przez 5 miesięcy pracował ciężko polując i gromadząc pożywienie, potem zaprzestawał wychodzenia do lasu na polowania polegając na podarunkach od rodziców jego kobiety. Przygotowywał jedzenie dla siebie i dla niej. Nocą spali oddzielnie. Po zmroku ani nie pił, ani nie żuł betelu, ani nie jadł korzeni rytualnej somy.*

Kiedy zbliżał się poród on kładł się do łóżka i imitował ból rodzenia, modlił się i śpiewał monotonnie. Głośno krzyczał i lamentował, a po urodzeniu się dziecka, gdy tylko kobieta była w stanie chodzić, przynosiła mu do jego chatki noworodka. On przystawiał go do piersi naśladując karmienie dziecka”. Baskowie z Północnej Hiszpanii i Południowej Francji, za Osipiuk [79], na wieść o zbliżającym się porodzie także kładli się do łóżek i głośno narzekali na porodowe bóle i dokuczliwe skurcze, co zapewniało im takie samo zainteresowanie i pomoc ze strony akuszerki, jakie dostawały ich żony. Podobnie, jak opisuje Osipiuk [79], postępowali Indianie Mozatena z Północno-Zachodniej Boliwii. Gdy tylko dziecko się urodziło, matka przekazywała je mężczyźnie, aby się nim opiekował a sama wychodziła pracować, by zapewnić wieczorny posiłek [79]. W prymitywnych szczepach Ameryki Południowej kobiety, aby zademonstrować, że chodzi o czynność naturalną, rodzą w obecności bliższej i dalszej rodziny, nie wyłączając dzieci [79].

W literaturze przedmiotu [81] podaje się, że w kulturach silnie patriarchalnych (Chiny, Indie) istniało przekonanie, że to ojciec ma dominujący udział w poczęciu dziecka, ponieważ daje mu duszę. W związku z tym należy ono wyłącznie do niego i jego rodziny. Kiedy kobieta zaczynała rodzić musiała wycofać się w zaciszne miejsce i tam w samotności lub z pomocą akuszerki wydać dziecko na świat. W tym samym czasie jej mąż kładł się na posłaniu i w otoczeniu rodziny odgrywał akt porodu. Potem to właśnie jemu przynoszono noworodka i to on odbierał podarunki oraz wyrazy uznania z tytułu jego narodzin [81].

W Europie zwyczaj *couvade* panował na Korsyce, u Iberów i Basków przetrwał aż do średniowiecza, a w południowej Francji nawet do XVII wieku [81]. W niektórych rejonach dawnego Śląska istniał zwyczaj obecności męża przy porodzie, a zadaniem partnera była przede wszystkim pomoc rodzącej kobiecie. Miał on za zadanie nie tylko trzymać ją za rękę i ocierać pot z jej czoła, ale swoją obecnością udzielał jej przede wszystkim wsparcia psychicznego, deklarując zrozumienie dla jej cierpienia i współuczestnictwo w jej wysiłku [81].

W literaturze przedmiotu, za Osipczuk [79], podkreśla się, że powody rytuału *couvade* nadal są zagadką dla antropologów, a w wierzeniach i przekonaniach kulturowych różniących się między plemionami, najczęściej tłumaczy się je tym, iż rytualne działania mężczyzny:

- chronią matkę i dziecko przed złymi duchami, które głośniejszy krzyk mężczyzny przyciąga do siebie,
- służą umocnieniu więzi między ojcem a dzieckiem
- podkreślają fakt ojcostwa

- pozwalają ojcu na silniejszą nadprzyrodzoną więź z dzieckiem niż matka - rytuał ma pomóc ojcu "poprowadzić" dziecko na ten świat
- są formą radzenia sobie z lękiem przez mężczyznę
- służą podkreśleniu statusu ojca i zdobyciu szacunku, gdyż w widoczny sposób jego rola nie ogranicza się tylko do aktu zapłodnienia.

Zdaniem Suttie, za Osipiuk [79], dawniej obrzęd ten ukazywał zazdrość mężczyzn o zdolność kobiety do rodzenia dzieci oraz o więź jaka od momentu poczęcia powstaje między matką, a dzieckiem (zazdrość Zeusa). Nawiązuje to do mitologicznego Zeusa, który miał połknąć swoją ciężarną żonę, aby móc doświadczać tego co ona [cyt. za 79].

Kitzinger [cyt. za 76] *couvade* uznaje za wyraz nieświadomego pragnienia współuczestniczenia przez mężczyznę w dziele wydawania dziecka na świat. Z kolei Bettelheim [cyt. za 76] twierdzi, że służyła ona ostatecznemu potwierdzeniu faktu, że mężczyzna nie jest wyłączony z rodzicielstwa, miała zagwarantować, potwierdzić status rodzicielski ojca w możliwie najszerszy sposób oraz zapewnić, że mimo iż jego biologiczna rola w wydawaniu potomstwa na świat ogranicza się do zapłodnienia, to jednak nie jest on wykluczony ze społecznego aspektu rodzicielstwa. Richman [cyt. za 76] sugeruje, że mężczyźni, z powodu braku obrzędu *couvade* przeprowadzającego przez czas ciąży i porodu, rozwinęli zachowania nazywane czasem "karierą ciążową" - ponieważ przebieg ciąży żony ma dość spory wpływ na jakość życia męża, to borykają się oni ze specyficznymi zdrowotnymi i socjalnymi problemami.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 83] podkreśla się, iż w ciele mężczyzny, który ma zostać ojcem, zmienia się poziom hormonów - spada poziom testosteronu, a wzrasta – prolaktyny. Staje się on w efekcie spokojniejszy, bardziej opiekuńczy, a po narodzinach dziecka dużo chętniej się nim zajmuje i łatwiej znosi frustrację wywołaną jego płaczem [cyt. za 83]. Storey i wsp. [84] mierzyli stężenia hormonów i reakcji na bodźce niemowląt w ciąży. Zarówno mężczyźni i kobiety posiadali wyższe stężenie prolaktyny i kortyzolu w okresie tuż przed urodzeniem dziecka i niższe po urodzeniu. Podobne zmiany stwierdzono w stężeniach hormonów płciowych (testosteronu i estradiolu). Mężczyźni z objawami *couvade* mieli podwyższony poziom prolaktyny i większe zmniejszenie testosteronu, stężenia hormonów były skorelowane pomiędzy partnerami [84].

Khanobdee i wsp. [71] wykazali, iż podczas ciąży swojego partnerki 172. oczekujących ojców z Tajlandii również miało objawy somatyczne. Masoni [79] podaje, iż od 11 do 65% przyszłych ojców (szczególnie w przypadku oczekiwania na pierwsze dziecko) począwszy od drugiego lub trzeciego trymestru zaczyna współprzeżywać ciążę z partnerką.

Nie ma niestety jednolitego stanowiska co do liczby objawów wymaganych do zdiagnozowania *couvade*. Brennan w badaniach jakościowych z 2007 roku przyjął za konieczne rozpoznanie czterech objawów fizycznych bądź psychicznych [74], natomiast w badaniach ilościowych z 2010 roku wspomniał już konieczności obecności ośmiu takich objawów [85]. Objawy te podzielił na trzy grupy [74]:

- objawy związane z układem pokarmowym: nudności, zgaga, ból brzucha, wzdęcia, zmiany apetytu;
- objawy związane z zaburzeniami w obrębie górnych dróg oddechowych: objawy przeziębienia, trudności z oddychaniem, krwawienie z nosa, a także dolegliwości, jak: bóle zębów, skurcze nóg, bóle pleców, podrażnienia układu moczowo-płciowego;
- objawy psychiczne: zaburzenia snu, niepokój, objawy depresyjne, zmniejszenie libido i nerwowość.

W opinii wielu autorów [55,61,63,64,65,68,74,85], do syndromu *couvade* zalicza się wiele objawów psychopatologicznych i psychosomatycznych, najczęściej takich jak:

- bezsenność
- poranne nudności
- niestrawność
- omdlenia
- zmiany apetytu
- przybieranie na wadze
- biegunki lub zaparcia
- bóle głowy
- bóle zębów
- bóle krzyża
- swędzenie skóry
- zmiany nastroju
- „zachcianki” jedzeniowe.

Objawy pojawiają się z reguły w trzecim miesiącu ciąży, narastają w trzecim trymestrze i zwykle ustępują po porodzie [86].

Uważa się, że większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów dotyczy mężczyzn w wieku poniżej 30. lat [74].

Według BBC [87], przeciętny Brytyjczyk tyje podczas ciąży partnerki ok. 6,35 kg. Wśród badanych panów co piąty zjadał większe porcje niż zwykle, a 41% z nich częściej

raczyło się przekąskami. Najpopularniejszymi męskimi zachciankami były czekolada, pizza, chipsy i piwo [87]. Sánchez Rodríguez i wsp. [88] zbadali w okresie sześciu miesięcy, zmiany masy ciała mężczyzn w 8 grupach, w trzech kategoriach osób i w trzech różnych warunkach reprodukcyjnych: kontrola (bez ciąży i bez dzieci), ciąża (ciąża i bez dzieci) i noszenie (z młodymi). Okazało się, że w ciąży, wzrost wagi w ostatnim trymestrze ciąży był największy a najmniejszy w pierwszym trymestrze ciąży [88]. Firma marketingowa Onepoll [cyt. za 87], przepytła aż pięć tysięcy mężczyzn. Jedna czwarta (25%) stwierdziła, że objadanie się to ich metoda uspokajania przybierającej na wadze partnerki, w związku z czym 1/4 respondentów z konieczności udała się do sklepu po nowe ubrania. Niektórym (19%) w dostrzeżeniu wagowej metamorfozy pomogli znajomi i przyjaciele, którzy zaczęli sobie żartować z rosnącego brzucha przyszłego taty. Okazało się też, że 42% par spędzało więcej czasu w pubach i restauracjach. W zamyśle miał to być sposób na intensywne pobycie razem przed zbliżającymi się wielkimi krokami narodzinami dziecka. Niestety, do pociągowej diety kobiety dołączała się tylko 1/3 panów [cyt. za 87].

Tényi i wsp. [89] opisali dwa przypadki zespołu *couvada*, gdzie oprócz objawów somatycznych występowały także objawy depresji, drażliwości, nadmiernego napięcia emocjonalnego i hipochondrii.

Parke [cyt. za 79] donosi, że oprócz manifestowania własnej symptomatologii ciąży mężczyźni częściej i szybciej rozpoznawali ciążę u swoich partnerek. Zdaniem autora [cyt. za 79], takie przyjęcie objawów ciąży przez mężczyzn miałoby być zastępczą formą *couvade* stosowaną w celu publicznego uznania problemów ojców próbujących się odnaleźć w nowej roli oraz w celu potwierdzenia zmiany ich statusu.

Radhakrishnan [90] zwraca uwagę, aby przy rozpoznawaniu syndromu *couvade*, brać pod uwagę możliwość występowania ciąży urojonej. Za przykład podaje swojego chorego z rozpoznaniem schizofrenii, który miał objawy urojonej ciąży w trakcie, gdy jego żona była w ciąży [90].

W opinii niektórych autorów [cyt. za 79, cyt. za 83] za przykłady rytuałów *couvade*, choć w odmiennej formie, które są nadal praktykowane, można zaliczyć:

- wspólne z żoną wizyty u lekarza, rozmowy z położną,
- uczęszczanie na zajęcia kursu szkoły rodzenia,
- wspólne z żoną oglądanie nienarodzonego dziecka na monitorze rejestrującym badanie USG, co najmniej raz w ciągu okresu poprzedzającego poród,
- czytanie fachowej literatury i czasopism,

- zbieranie informacji od krewnych i znajomych, którzy przeżyli już poród rodzinny,
- często odseparowywanie się od kolegów, zwłaszcza tych bezdzietnych, a zbliżanie się do znajomych będących już rodzicami,
- przygotowywanie kącika dziecinnego w domu, często połączone z remontem mieszkania,
- czasem ustalanie wraz z żoną i przestrzeganie zdrowej diety,
- czasem rezygnacja z nałogów typu np.: nikotynizm,
- jeśli poród ma odbyć się w domu to często mąż przygotowuje pomieszczenia na ten użytek, dba o zaopatrzenie,
- szykowanie urlopu na czas wyznaczonego terminu porodu,
- odwiezienie żony do szpitala bądź zorganizowanie przybycia domowej położnej.

Męska depresja poporodowa

Skala depresji poporodowej u ojców w Polsce nie jest znana. Szacuje się za Gavin i wsp. [91], że około 10% ojców, w okresie od pierwszego trymestru ciąży partnerki do roku po urodzeniu dziecka, doświadcza objawów spełniających kryteria epizodów depresji o różnym nasileniu (vs 24% kobiet w tym okresie). W okresie tylko poporodowym, za Schumacher i wsp. [92] częstość występowania depresji poporodowej u ojców waha się od 1,2 do 25,5%. Paulson i wsp. [93] dokonali metaanalizy 43. badań z różnych krajów, w których udział wzięło 28 004 uczestników i stwierdzili, że na świecie problem ten dotyczy 10 – 20% mężczyzn.

Sundström Poromaa [94] zwracają uwagę także na odmienny moment ujawnienia się objawów depresji – u ojców jest to 3 - 6 miesiąc od porodu, u kobiet - pierwsze trzy miesiące życia dziecka.

W literaturze przedmiotu [91,95,96,97], mimo iż są tylko nieliczne doniesienia na powyższy temat, to podkreśla się w nich, że może ona wywołać i/lub nasilać problemy w relacjach partnerskich, zaburzać prawidłową więź oraz rozwój dziecka, a nawet wywoływać u niego zaburzenia behawioralne na wczesnym etapie życia [91,95,96,97].

Przyczyn rozwoju męskiej depresji poporodowej dopatrywać się można np. w obniżeniu poziomu testosteronu. Wykazano, że w trakcie zachowań reprodukcyjnych dochodzi do wzrostu poziomu testosteronu, a po narodzinach dziecka do jego spadku [94,98]. Badania w grupie par rodzicielskich pozwoliły na stwierdzenie, że stężenie oksytocyny nie różni się u matek i ojców, jednak najprawdopodobniej jego działanie jest

odmiennie w zależności od płci rodzica [99]. Wspomina się także o niedoborach prolaktyny lub kortyzolu w męskim organizmie. Wykazano także, że jeżeli na depresję poporodową cierpi mama dziecka, to znacząco (o 50%) zwiększa się także ryzyko wystąpienia podobnego problemu u jej partnera.

Narodziny potomka mogą wzbudzać w młodym tacie rozmaite emocje [cyt. za 101]. Z jednej strony może się on obawiać, że nie sprostą rodzicielstwu, które traktuje jako swoiste wyzwanie, z drugiej przyczyną mogą być również zmiany zachodzące w związku młodych rodziców. Kobieta po przyjściu dziecka na świat kobieta często poświęca mu większość swojej uwagi, a młody ojciec „schodzi” na drugi plan. Nie bez znaczenia jest także wpływ ciąży i urodzenia dziecka na stan psychiczny matki [cyt. za 101]. W patogenezie nie można także wykluczyć wpływu zdarzeń, które młody tata doświadczył sam we wczesnych latach swojego życia. Wykazano np. że zwiększone ryzyko wystąpienia tego rodzaju zaburzeń depresyjnych dotyczy mężczyzn doświadczających w dzieciństwie/młodości niedostatku uwagi ze strony swoich ojców [102]. Goyal i wsp. [103] są przekonani, że istotne znaczenie mogą mieć także wzorce społeczno-kulturowe. Wykazano bowiem, że np. w Indiach mężczyźni częściej cierpią na depresję w sytuacji narodzin dziewczynki [103].

Wśród możliwych objawów męskiej depresji poporodowej wymieniane są [92,104,105,106,107,108]:

- unikanie kontaktów z innymi ludźmi – wycofanie społeczne,
- wzrost drażliwości/impulsywności,
- spadek odporności na stres,
- anhedonia z poczuciem wyczerpania,
- zmieniony apetyt (wzrost lub spadek),
- problemy ze snem (bezsennność lub spanie zdecydowanie dłużej niż zwykle),
- zachowania ryzykowane, tendencja do nadużywania substancji (czasem jako autoterapia), uciekania w nałogi (zwiększenie ilości spożywanego alkoholu, powrót do nałogu, z którym kiedyś się już rozstał – np. do palenia papierosów),
- niesprecyzowane, nieuzasadnione odczuwanie lęku i zamartwianie się,
- niechęć do zajmowania się dzieckiem i podejmowanie różnych prób, aby tylko uniknąć opieki (np. poprzez dłuższe przebywanie w pracy),
- obniżona chęć podejmowania kontaktów seksualnych,
- smutek i przygnębienie.

WYBRANE ASPEKTY ASYSTY PRZY PORODZIE ZE SZCZEGÓŁNYM UWZGLĘDNIENIEM UCZESTNICTWA OBOJGA RODZICÓW DZIECKA

*Towarzystwo przy porodach jest jak hodowanie róż.
Ciesz się pięknem tych, które się otworzyły,
ale nie otwieraj na siłę tych, które jeszcze nie są gotowe*
Gloria Lemay

Aspekty prawne asysty przy porodzie

W Polsce pierwszy polski poród rodzinny miał miejsce w roku 1983, a dziesięć lat później przedstawiono stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące aktywnego udziału osoby bliskiej w porodzie na Międzynarodowym Kongresie pod hasłem „Jakość Narodzin – Jakość Życia” [cyt. za 109]. W Polsce istotną rolę w aspekcie sprawy obecności ojca dziecka przy porodzie odegrał Kongres pod hasłem „Jakość Narodzin – Jakość Życia”, jaki odbył się w 1993 roku. Po dwóch latach w większości polskich szpitali stworzono warunki do odbycia porodu rodzinnego - wprowadzono nowy styl opieki położniczej uwzględniający aspekt medyczny, społeczny i psychologiczny. Zgodnie z dokumentami WHO oraz zapisami w Karcie Praw Pacjenta i Standardami Opieki Okołoporodowej każdej kobiecie rodzącej, w akcie narodzin jej dziecka, przysługuje prawo do udziału bliskiej jej osoby [110-113].

Zdaniem Haberkó [114], od szeroko rozumianego środowiska położników oczekiwać należy nie tylko należytej staranności w wykonywaniu czynności medycznych, ale także delikatności i taktu w związku z wykonywanymi czynnościami. Nie można zapomnieć, iż odczucie wstydu bywa subiektywne. Jak słusznie zauważa autor [114] inaczej mogą reagować pacjentki szczególnie wrażliwe, czy rodzące po raz pierwszy, inaczej kobiety u których stwierdzono patologię ciąży, inaczej rodzące w obecności osoby bliskiej (mężczyzny), inaczej kobiety rodzące bez wsparcia, a jeszcze inaczej kobiety, dla których okazanie intymnych części ciała mężczyźnie (lekarzowi) niebędącemu mężem pacjentki stanowić może problem z powodów, np. religijnych.

Warto podkreślić, że nie istnieje jeden, konkretny akt prawny zawierający rzetelny zbiór wszystkich praw przysługujących kobiecie, szykującej się do porodu. Prawa rodzącej zawarte są m.in.

- w Konstytucji RP w art. 68 gwarantującej prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3. Tegoż artykułu podkreśla, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym
- w stanowisku Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 roku
- w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku
- w ustawie o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r.
- w standardach okołoporodowych, ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia, np. w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej
- w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Art. 21 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta gwarantuje, że kobiecie, zarówno w trakcie samego porodu, jak również w gabinecie lekarskim tuż po przyjęciu do szpitala, może towarzyszyć jedna osoba bliska. Lekarz może wyprosić taką osobę z sali, ale dopiero na wyraźną prośbę kobiety lub w sytuacji istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego albo względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Jeśli lekarz lub inny członek personelu medycznego nie zezwolią wewnętrzne regulacje szpitala – regulaminy itp. nie wyłączają prawa do obecności bliskiej osoby w sytuacjach okołoporodowych.

W trakcie porodu przysługuje kobiecie ogólne prawo do intymności, w związku z tym można wymagać, aby podczas porodu był obecny wyłącznie niezbędny personel medyczny. Takie prawo wynika zasadniczo z art. 22 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [115]. Wyjątkiem będzie sytuacja porodu w tzw. szpitalu klinicznym, który stanowi bazę naukowo-dydaktyczną dla przyszłych lekarzy. Wówczas art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie ma do nich zastosowania.

Kobieta rodząca może sama wybrać pozycję, w której chce rodzić - zarówno w I jak i w II fazie porodu wskazać pozycję, w której jest rodzącej najwygodniej.

Inne prawa przysługujące rodzącej to:

- Prawo do świadomego udziału w decyzjach dotyczących porodu – w szczególności podejmowanych przez personel działań medycznych i stosowanych metod leczenia,
- Prawo do wyboru osoby, które będzie sprawowała opiekę nad rodzącą - kobieta może je wybrać spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, uwzględniając zasady organizacyjne, obowiązujące w danej placówce i w jej regulaminie.

- Prawo do skorzystania z pomocy Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – powinien być do dyspozycji w każdym szpitalu.
- Prawo do opieki duszpasterskiej.
- W trudnych sytuacjach, np. urodzenia dziecka skrajnie małego lub z wadą wrodzoną, szpital musi zapewnić opiekę psychologa.

Mazurkiewicz i wsp. [116] podkreślają, że obecność podczas porodu osoby towarzyszącej to aktywne oraz świadome jej uczestnictwo w akcie narodzin, a nie tylko bierne przyglądanie się i w związku wymaga wcześniejszego merytorycznego przygotowania do tego.

Porody rodzinne

Porody rodzinne, za DeVries [117] wprowadzono do położnictwa, a nie tylko z powodu medycznych potrzeb i oczekiwań rodzącej kobiety, ale w odpowiedzi na nadmierną medykację porodu oraz w trosce o uwzględnienie potrzeb rodziny (psychicznych i społecznych).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), za Szczawińska [118] rozpowszechniła oraz uwzględniła prawo kobiet do wyboru odpowiedniej formy opieki okołoporodowej i zaleca wybór przez partnerów szpitala zapewniającego:

- poczucie bezpieczeństwa i intymności,
- obecność partnera w czasie porodu,
- możliwość poruszania się,
- wybór pozycji do urodzenia dziecka,
- kontakt z dzieckiem zaraz po porodzie,
- system *rooming-in*, czyli przebywanie razem z noworodkiem przez cały okres pobytu w szpitalu.

W literaturze przedmiotu [119,120,121] poród rodzinny pozwala najbliższym na aktywne uczestnictwo i wspieranie rodzącej, daje poczucie intymności, stwarza domową atmosferę, zapewnia rodzącej poczucie bliskości, zrozumienia i akceptacji oraz niweluje uczucie osamotnienia i lęku. Z kolei w opinii Lundgren i wsp. [122] wspólny poród zwiększa zaangażowanie w wychowanie i przywiązanie do dziecka

W badaniach Ulman-Włodarz i wsp. [123], którymi objęto 70. par odbywających poród rodzinny, wykazano iż główną przyczyną wyboru przez rodziców porodu rodzinnego była potrzeba wsparcia psychicznego i wspólnego przeżywania narodzin dziecka oraz że

poród rodzinny wpływa na kształtowanie się postaw macierzyńskich i ojcowskich oraz pogłębianie się więzi między partnerami.

Warto podkreślić w tym miejscu, że decyzja wyboru porodu rodzinnego powinna być wynikiem wspólnej przemyślanej przez małżonków decyzji [124,125,126].

Zimmermann-Tansella i wsp. [127] zaobserwowali wiele bezpośrednich korzyści porodów rodzinnych, m.in. rzadsze stosowanie środków farmakologicznych lub interwencji chirurgicznej. Sipiński i wsp. [128,129] wykazali, że w grupie porodów rodzinnych czasy trwania I oraz II okresu porodu były znamienne wydłużone w grupie kobiet rodzących w asyście męża. Kubicki i wsp. [130] analizując 1300 przypadków porodów rodzinnych stwierdzili także dwukrotnie mniejszą zabiegowość położniczą (5% vs. 10%) oraz dwukrotnie mniejszy odsetek cesarskich cięć (2,7% vs. 5,4%) w przypadku porodów rodzinnych, a w konsekwencji mniejszą średnią utratę krwi w trakcie całego porodu (250 ml vs. 300 ml). W badaniach Ulman-Włodarz i wsp. [123], którymi objęto dwie grupy badanych: I – wybierającej poród rodzinny (n = 520) i II – poród bez osoby towarzyszącej (n = 1480), wykazano, iż w grupie kobiet rodzących z osobą towarzyszącą siłami natury urodziło 85% ciężarnych i 75% w grupie II. W grupie porodów rodzinnych blisko dwukrotnie rzadziej konieczne było wykonywanie cięcia cesarskiego. Autorzy zaobserwowali wyższe odsetki cięć cesarskich. W grupie I ciążę rozwiązano w ten sposób u 14% pacjentek, w grupie II u 25%. W przypadku pierwiastek w trakcie porodu rodzinnego rzadziej zachodziła konieczność stosowania inwazyjnych procedur medycznych, przy nieco wydłużonych I i II okresach porodu, co nie wpływało jednak na pourodzeniowy stan noworodka. Także w grupie wieloródek w przypadku porodu rodzinnego obserwowano wydłużenie I i II okresów porodu w stosunku do pacjentek rodzących bez osoby towarzyszącej, przy braku wpływu typu porodu na odsetek procedur inwazyjnych oraz stan noworodka [123].

Marcinkowski i wsp. [131] przeanalizowali 240. porodów rodzinnych, a następnie porównali ich przebieg z grupą kontrolną, liczącą 3996 porodów bez osoby towarzyszącej. W przypadku porodów rodzinnych noworodki rodziły się w lepszym stanie, wszystkie uzyskały co najmniej 7. pkt w skali Apgar wobec 3,41% noworodków z ciężką bądź umiarkowaną depresją układu oddechowego w grupie kontrolnej [131].

ZASADY BUDOWY STANDARDU

Wprowadzenie

W opiece zdrowotnej prace związane z opracowywaniem i wdrażaniem standardów rozpoczęto dopiero w latach 50. tych w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie [cyt. za 132].

„Standardy stanowią niezbędny element zapewnienia jakości, pełnią rolę wzorca, do którego opieka powinna być porównywana” [cyt. za 132].

W Polsce, za Kazura i wsp. [132] prace nad standardami prowadzone są od roku 1980, ale większego tempa nabrały z chwilą utworzenia samorządu pielęgniarów i położnych, ponieważ zbiegły się z reformą systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z założeniami WHO zakładały m. in.

- aktywowanie społeczeństwa do działań na rzecz własnego zdrowia i najbliższych
- skupienie działań na profilaktyce i promocji zdrowia,
- wyzwalanie w pracownikach ochrony zdrowia większej odpowiedzialności za swoje działania [cyt. za 132].

„Standard”, to „pewien wzór i norma proponowanych odbiorcy usług”, to „przeciętny typowy model, norma, wzorzec, profesjonalny, uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy ludzi/pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądany. Jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywalna” [cyt. za 132].

Zasady konstrukcji Standardu

Standard edukacji opracowano zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości Opieki Pielęgniarskiej (*The European Quality Assurance Network*), wg teorii Donabediana [132-138] i oparty na założeniach „Koła Langa” [139].

Składa się on z oświadczenia standardowego, które przedstawia szerokie cele standardu. Oświadczenie standardowe to jasna i zwięzła definicja poziomu doskonałości, który ma być osiągnięty w procesie pielęgnowania pacjenta ze specyficznym problemem lub potrzebą, przez określonego członka wielodyscyplinarnego zespołu [132-138].

W Polsce do opracowywania standardu opieki wykorzystywana jest teoria Donabediana, według której jakość świadczonej opieki determinują trzy elementy (kryteria): struktura, proces i wynik [137,138,139].

Do struktury zalicza się [137,138,139]:

- dostawców opieki zdrowotnej (ich liczba, rozmieszczenie, kwalifikacje zawodowe)

- zasoby materialne (budynki, wyposażenie w sprzęt medyczny i pozamedyczny, środki finansowe)
- środowisko medyczne (położenie geograficzne, warunki socjodemograficzne, system organizacji i zarządzania ochroną zdrowia).

Proces - to czynności i relacje zachodzące wewnątrz grupy dostawców opieki, a także między nimi a pacjentami, którym świadczą usługi i należą tu działania o charakterze [137,138,139]:

- prewencyjnym,
- diagnostycznym,
- leczniczym,
- rehabilitacyjnym,
- pielęgnacyjnym.

Istotny wpływ na charakter tych działań wywierają także normy etyczne w interpersonalnych kontaktach między członkami zespołu świadczącego opiekę [137,138,139].

Trzeci element struktury to wynik, rozpatrywany jako uzyskiwany efekt zdrowotny [137,138,139]. Otrzymuje się go dokonując konkretnych i dokładnych pomiarów skuteczności świadczonej opieki medycznej np.: zmian zdrowotnych w stanie somatycznym, psychicznym pacjenta oraz funkcjonowaniu społecznym a także jego wiedzy i postawach łącznie z satysfakcją z otrzymywanej opieki medycznej [137,138,139].

Przy budowie standardu uwzględniono założenia określone przez Appelmana [cyt. za 140], tzw. cechy (RUMBA), którymi powinien charakteryzować się każdy standard:

- **Relevant** – trafny,
- **Understable** – zrozumiały,
- **Measurable** – mierzalny,
- **Behavioural** – odnoszący się do zachowań ludzi,
- **Achievable** – osiągalny.

Opracowany standard jest zatem [140, 141,142]:

- osiągalny,
- przestrzegany,
- pożądany,
- wymierny,
- dynamiczny,
- zrozumiały,

- precyzyjny,
- odpowiedzialny,
- sprawdzalny.

W opracowaniu standardu wzięto również pod uwagę [137,141,142]:

- uzyskane wyniki prowadzonych badań,
- uznane teorie pielęgnowania i przyjęte metody pracy położnych,
- respektowane i ogólnie przyjęte zasady postępowania położniczego w określonych stanach,
- przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
- ustalone kompetencje położnych i zakres ich odpowiedzialności.

OCENA POZIOMU WIEDZY MĘŻCZYŹN NA TEMAT CIĄŻY I PORODU – BADANIA WŁASNE

Cel pracy

- poznanie poziomu wiedzy mężczyzn na temat ciąży i porodu.

Pytanie badawcze

- W jaki sposób mężczyźni oceniają swoją wiedzę na temat ciąży oraz porodu i skąd najczęściej czerpią informacje na ten temat?

Hipoteza badawcza

- Mężczyźni w samoocenie są przekonani, że nie posiadają odpowiedniej wiedzy na temat ciąży oraz porodu i najczęściej w tej kwestii korzystają z informacji z Internetu.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody:

- R-I-002/310/2010 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, dyrekcji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku,
- Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB,
- Kierownictwa Szkoły Rodzenia działającej przy Samodzielnym Szpitalu Miejskim im. PCK w Białymstoku,
- Szkoły Rodzenia Dar z Poradnią laktacyjną i pogotowiem laktacyjnym Tymińskiej Małgorzaty w Białymstoku.

I etap badań

Badania zasadnicze poprzedzono w roku 2011 badaniami pilotażowymi w grupie po 50 mężczyzn w stanie wolnym, nie planujących w ciągu roku pełnić roli ojca, mężczyzn, którzy w ciągu roku będą ojcami i uczęszczali do szkoły rodzenia oraz mężczyzn, którzy w ciągu roku będą ojcami i nie uczęszczali do szkoły rodzenia.

Miało to na celu sprawdzenie jasności zawartych w kwestionariuszu ankietowym pytań.

II etap badań

Zasadnicze badania prowadzono w latach 2012-2019. Badaniem objęto trzy grupy:

- 1 grupa - 200 mężczyzn nie planujących w ciągu roku roli ojca

- 2 grupa - 200 mężczyzn, którzy w ciągu roku będą ojcami i nie uczęszczali do szkoły rodzenia
- 3 grupa - 200 mężczyzn, którzy w ciągu będą ojcami i uczęszczali do szkoły rodzenia

W każdej grupie rozdano po 250 ankiet, a do badań zasadniczych zakwalifikowani po 200 kompletnie wypełnionych ankiet.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego w wykorzystaniem w każdej grupie ankiety autorstwa własnego, zawierającej 18 pytań dotyczących:

- samooceny wiedzy na temat ciąży i porodu
- poziomu wiedzy mężczyzn o czasie trwania ciąży oraz ilości trymestrów z jakich się składa
- objawów w I trymestrze ciąży
- opinii na temat konieczności badań i opieki medycznej podczas ciąży
- opinii na temat tego, co powinno wzbudzić niepokój w czasie ciąży
- opinii na temat wykonywania pracy w czasie ciąży
- opinii o dziecie kobiety ciężarnej
- stosunku do palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez ciężarną
- opinii o celowości określania na początku ciąży u każdej pacjentki grupy krwi oraz czynnika rh
- preferowanych przez mężczyzn form przygotowania do porodu
- objawów rozpoczynającego się porodu
- wiedzy na temat czasu trwania porodu
- wiedzy na temat czasu odpępnienia noworodka
- wiedzy na temat czasu przystawiania noworodka do piersi.

Badani zostali poinformowani, że:

- ankieta ma charakter anonimowy,
- wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostaną uogólnione, wykorzystane w opracowaniu zbiorowym i nie będą w żadnej formie udostępniane osobom trzecim
- wypełnienie ankiety jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na wzięcie udziału w badaniu
- rezygnacja z uczestnictwa jest możliwa na każdym etapie.

Podczas analizy danych pochodzących z badań kwestionariuszowych, w celu opisu zgromadzonego materiału badawczego, jak i w celu określenia wiarygodności zależności

zaobserwowanych w próbie i możliwości ich uogólnienia na całą populację, zastosowano wybrane narzędzia statystyczne.

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics (v. 28).

Charakterystyka badanych grup

Mężczyźni nie planujący w ciągu roku zostać ojcem

W grupie mężczyzn nie planujących zostać jeszcze ojcem dominowały osoby do 30. roku życia (51,5%), z miast (65%), z wykształceniem wyższym (68%), pracujące umysłowo (38,5%), o średnim statusie rodzinnym (68,5%) i będący w wolnym związku (53%). Wyniki obrazuje tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy mężczyzn nie planujących zostać ojcem

Charakterystyka społeczno-demograficzna		N	%
Wiek	Do 30 lat	103	51,5
	Powyżej 30 lat	97	48,5
Miejsce zamieszkania	Miasto	130	65,0
	Wieś	70	35,0
Wykształcenie	Podstawowe/ zawodowe	13	6,5
	Średnie	51	25,5
	Wyższe	136	68,0
Wykonywana praca	Fizyczna	70	35,0
	Umysłowa	77	38,5
	Inne	53	26,5
Status rodziny	Niski	16	8,0
	Średni	137	68,5
	Wysoki	47	23,5
Stan cywilny	Żonaty	63	31,5
	W wolnym związku	106	53,0
	Zaręczony	2	1,0
	Kawaler	29	14,5

Mężczyźni nie uczęszczający do szkoły rodzenia

W grupie mężczyzn nie uczęszczających do szkoły rodzenia dominowały osoby powyżej 30. roku życia (55%), z miast (84%), z wykształceniem wyższym (53,5%), o średnim statusie rodzinnym (63,5%) i będący w wolnym związku (47,5%). Wyniki obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy mężczyzn nie uczęszczających do szkoły rodzenia

Charakterystyka społeczno-demograficzna		N	%
Wiek	Do 30 lat	90	45,0
	Powyżej 30 lat	110	55,0
Miejsce zamieszkania	Miasto	168	84,0
	Wieś	32	16,0
Wykształcenie	Podstawowe/ zawodowe	21	10,5
	Średnie	72	36,0
	Wyższe	107	53,5
Wykonywana praca	Fizyczna	27	13,5
	Umysłowa	74	37,0
	Inne	99	49,5
Status rodziny	Niski	27	13,5
	Średni	127	63,5
	Wysoki	46	23,0
Stan cywilny	Żonaty	89	44,5
	W wolnym związku	95	47,5
	Zaręczony	16	8,0
	Kawaler	0	0,0

Mężczyźni uczęszczający do szkoły rodzenia

W grupie mężczyzn uczęszczających do szkoły rodzenia dominowały osoby do 30. roku życia (52,5%), z miast (65%), z wykształceniem wyższym (71,5%), pracujących umysłowo (40%), o średnim statusie rodzinnym (61%) i będący w wolnym związku (50%). Wyniki obrazuje tabela 3.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy mężczyzn uczęszczających do szkoły rodzenia

Charakterystyka społeczno-demograficzna		N	%
Wiek	Do 30 lat	105	52,5
	Powyżej 30 lat	95	47,5
Miejsce zamieszkania	Miasto	130	65,0
	Wieś	70	35,0
Wykształcenie	Podstawowe/ zawodowe	18	9,0
	Średnie	39	19,5
	Wyższe	143	71,5
Wykonywana praca	Fizyczna	24	12,0
	Umysłowa	80	40,0
	Inne	96	48,0
Status rodziny	Niski	32	16,0
	Średni	122	61,0
	Wysoki	46	23,0
Stan cywilny	Żonaty	89	44,5
	W wolnym związku	100	50,0
	Zaręczony	8	4,0
	Kawaler	3	1,5

Wyniki

Mężczyźni uczestniczący w zajęciach szkoły rodzenia, w odniesieniu do mężczyzn, którzy w zajęciach szkoły rodzenia nie uczestniczyli oraz którzy w ciągu roku nie planują bycia ojcem, różnili się pod względem oceny swojej wiedzy na temat ciąży/porodu. Mężczyźni, którzy na razie nie planowali bycia ojcem oraz którzy nie uczestniczyli w zajęciach szkoły rodzenia najczęściej oceniali swoją wiedzę jako niską (odpowiednio 43% i 50,5%), natomiast uczestniczący w zajęciach szkoły rodzenia w podobnym odsetku jako niską (44%) lub wystarczającą (43,5%). Wyniki obrazuje tabela 4.

Tabela 4. Samoocena wiedzy na temat ciąży i porodu w grupach badanych mężczyzn

	Niska	Trudno powiedzieć	Wystarczająca	Ogółem
Mężczyźni, którzy na razie nie planują bycia ojcem	86 43,0%	70 35,0%	44 22,0%	200 100,0%
Mężczyźni, którzy nie uczestniczyli w zajęciach w szkole rodzenia	101 50,5%	72 36,0%	27 13,5%	200 100,0%
Mężczyźni, którzy uczestniczyli w zajęciach szkoły rodzenia	88 44,0%	25 12,5%	87 43,5%	200 100,0%
Ogółem	275 45,8%	167 27,8%	158 26,3%	600 100,0%
Chi-kwadrat=63,141; p<0,001				
Samoocena wiedzy ogółem				
wysoka	3		,5	
wystarczająca	155		25,8	
niska	275		45,8	
trudno powiedzieć	167		27,8	
Ogółem	600		100,0	

Według większości mężczyzn (74,5%) ciąża powinna zakończyć się w 40 tyg. ciąży i składa się 3 trymestrów (79,7%). Pozostałe wyniki obrazuje tabela 5.

Badani za najczęstsze objawy I trymestru ciąży uznali wymioty (97%) i nudności (84,5%) Wyniki obrazuje tabela 6.

Większość mężczyzn (61,5%) było przekonanych, że podczas ciąży należy przestrzegać terminów badań ustalonych przez lekarza nawet jak nic niepokojącego się nie dzieje. O tym, że w przypadku, gdy wszystko jest w porządku wizytę kontrolną należy wykonywać, co 1 miesiąc przekonanych było 19,3% badanych, a że w III trymestrze wizyty powinny odbywać się, co 2 tygodnie - 11%. Inne wskazania obrazuje tabela 7.

Tabela 5. Poziom wiedzy mężczyzn o czasie trwania ciąży oraz ilości trymestrów z jakich się składa

Odpowiedzi	N	%
Czas trwania ciąży		
36 tygodniu	2	,3
38 tygodniu	35	5,8
40 tygodniu	447	74,5
38 +/- 2 tygodniu	114	19,0
42 tygodniu	2	,3
Ogółem	600	100,0
Trymestry ciąży		
1 trymestru	3	,5
2 trymestrów	71	11,8
3 trymestrów	478	79,7
4 trymestrów	22	3,7
trudno powiedzieć	26	4,3
Ogółem	600	100,0

Tabela 6. Objawy w 1 trymestrze ciąży wskazane przez badanych mężczyzn

Odpowiedzi*	N	%
nudności	507	20,9%
wymioty	582	24,0%
brak miesiączki	393	16,2%
uczucie zmęczenia	202	8,3%
senność	301	12,4%
zawroty głowy	171	7,1%
wzmożony apetyt lub też jego brak	155	6,4%
niechęć do palenia u kobiet palących	60	2,5%
przebarwienia skórne	51	2,1%
Ogółem	2422	100,0%

*odpowiedzi nie sumują się, ponieważ była możliwość wielokrotności odpowiedzi

Tabela 7. Opinie badanych mężczyzn na temat konieczności badań i opieki medycznej podczas ciąży

Odpowiedzi	N	%
należy przestrzegać terminów badań ustalonych przez lekarza nawet jak nic niepokojącego się nie dzieje	369	61,5%
gdy wszystko jest w porządku wizytę kontrolną należy wykonywać, co 1 miesiąc	116	19,3%
wizyta powinna odbyć się natychmiast po stwierdzeniu ciąży	3	,5%
badania należy wykonywać, co 4 tygodnie	46	7,7%
w III trymestrze wizyty powinny odbywać się, co 2 tygodnie	66	11,0%
Ogółem	600	100%

Zdaniem większości badanych w czasie ciąży powinno wzbudzić niepokój pojawienie się skurczy macicy przed terminem porodu (26,2%) oraz odchodzące wody płodowe

(21,8%), brak lub znaczne zmniejszenie ruchów płodu (9,9%) i ból w dole brzucha (7,5%).
Inne wskazania obrazuje tabela 8.

Tabela 8. Opinie badanych mężczyzn na temat tego, co powinno wzbudzić niepokój w czasie ciąży

Odpowiedzi*	N	%
skurcze macicy pojawiające się przed terminem porodu	191	26,2%
odchodzące wody płodowe	159	21,8%
brak lub znaczne zmniejszenie ruchów płodu	72	9,9%
ból w dole brzucha	69	9,5%
krwawienie z dróg rodnych	55	7,5%
ogólne złe samopoczucie	3	0,4%
zły nastrój	55	7,5%
częste oddawanie moczu	50	6,9%
nadmierny apetyt	52	7,1%
trudno powiedzieć	23	3,2%
Ogółem	729	100,0%

*odpowiedzi nie sumują się, ponieważ była możliwość wielokrotności odpowiedzi

Większość mężczyzn (26,2%) było przekonanych, że kobieta powinna przerwać pracę przy pojawieniu się komplikacji. Spory odsetek (21,7%) był przekonany, że powinna przerwać pracę po 1 miesiącu ciąży, a 20,6% - że nie powinna pracować dłużej niż 8 godzin dziennie. Inne wskazania obrazuje tabela 9.

Tabela 9. Opinie mężczyzn na temat wykonywania pracy w czasie ciąży

Odpowiedzi	N	%
należy przerwać po 1 miesiącu	130	21,7%
przerwać pracę przy pojawieniu się komplikacji	157	26,2%
należy wykonywać więcej przerw niż zwykle podczas pracy	74	12,3%
nie dłużej niż 8 godzin dziennie	124	20,6%
gdy wszystko jest ok. można pracować do III trymestru	81	13,5%
w niektórych przypadkach mimo dobrego stanu zdrowia należy przerwać pracę	34	5,7%
Ogółem	600	100,0%

Zdaniem większości badanych mężczyzn dieta kobiety w ciąży powinna być bogata w witaminy i minerały (29,1%). Inne wypowiedzi zawiera tabela 10.

Zdaniem większości badanych mężczyzn kobieta w ciąży powinna bezwzględnie zaprzestać palenia tytoniu (74,3%) i spożywania alkoholu (91%). Inne wypowiedzi zawiera tabela 11.

Tabela 10. Opinie mężczyzn o diecie kobiety ciężarnej

Odpowiedzi *	N	%
bogata w witaminy i minerały	195	29,1%
powinna zawierać białko, tłuszcze i minerały	37	5,5%
nie powinna zawierać alkoholu	104	15,5%
powinna być wysokoenergetyczna	88	13,1%
powinna ograniczać ilość spożywanych słodczy	52	7,7%
zawierać dużo warzyw i owoców	117	17,4%
Powinna jeść na co ma ochotę	78	11,6%
Ogółem	671	100,0%

*odpowiedzi nie sumują się, ponieważ była możliwość wielokrotności odpowiedzi

Tabela 11. Stosunek mężczyzn do palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez ciężarną

Odpowiedzi	N	%
palenie tytoniu		
palenie jest dozwolone, ale tylko na świeżym powietrzu	2	,3
w I trymestrze ciąży palenie nie szkodzi	11	1,8
należy ograniczyć palenie	50	8,3
najbardziej niekorzystne palenie wywiera na płód w 3 trymestr	54	9,0
należy bezwzględnie go zaprzestać	446	74,3
trudno powiedzieć	37	6,2
Ogółem	600	100,0
spożywania alkoholu		
gdy ciąża przebiega prawidłowo można od czasu do czasu wypić drinka	2	,3
od zajścia w ciążę alkohol należy odstawić	546	91,0
można pić każdy alkohol, ale w niedużych ilościach	0	0,0
alkohol nie wywiera szkodliwego wpływu na płód, więc można go pić bez ograniczeń	0	0,0
trudno powiedzieć	52	8,4
Ogółem	600	100,0

Zdaniem większości mężczyzn na początku ciąży określana jest u każdej pacjentki grupa krwi i czynnik Rh, ponieważ matka jest ciekawa, jaką ma grupę krwi (24,7%) lub w celu sprawdzenia czy pod wpływem ciąży nie uległa ona zmianie (23,2%). Jednak 23,7% było przekonanych, że robi się to w celu sprawdzenia czy we krwi matki nie znajdują się antygeny mogące powodować konflikt serologiczny. Wyniki obrazuje tabela 12.

Najbardziej popularną formą przygotowania do porodu według badanych mężczyzn było zdobywanie wiedzy z Internetu (70,7%). Spory odsetek badanych preferował także wspólne uczestniczenie w szkole rodzenia (61,3%) oraz zdobywanie wiedzy od lekarza (58,7%). Wyniki obrazuje tabela 13.

Tabela 12. Opinie mężczyzn o celowości określania na początku ciąży u każdej pacjentki grupy krwi i czynnika Rh

Odpowiedzi	N	%
aby przewidzieć, jaka grupę krwi będzie miało dziecko	57	9,5
ponieważ matka jest ciekawa, jaką ma grupę krwi	148	24,7
w celu sprawdzenia czy we krwi matki nie znajdują się antygeny mogące powodować konflikt serologiczny	142	23,7
w celu sprawdzenia czy pod wpływem ciąży nie uległa ona zmianie	139	23,2
do ustalenia diety ciężarnej zgodnej z jej grupą krwi	34	5,7
trudno powiedzieć	77	13,2
Ogółem	600	100,0

Tabela 13. Preferowane przez mężczyzn formy przygotowania do porodu (Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100)

Preferowane formy przygotowania do porodu	N	% (odpowiedzi)	% (respondentów)
wspólne uczestniczenie w szkole rodzenia	368	15,3	61,3
zdobywanie wiedzy z fachowych podręczników	267	11,1	44,5
zdobywanie wiedzy z fachowej prasy	187	7,8	31,2
zdobywanie wiedzy z telewizji	201	8,3	33,5
zdobywanie wiedzy z Internetu	424	17,6	70,7
zdobywanie wiedzy z radia	98	4,1	16,3
zdobywanie wiedzy od członków rodziny	223	9,3	37,2
zdobywanie wiedzy od lekarza	352	14,6	58,7
zdobywanie wiedzy od położnej	168	7,0	28,0
wystarczy tyle ile wiem ze szkoły	116	4,8	19,3
trudno powiedzieć	1	0,0	0,2
inne	3	0,1	0,5
Ogółem	2408	100,0	401,3

Wykazano różnice w rozkładach odpowiedzi w poszczególnych grupach, jeżeli chodzi o formę przygotowania do porodu ($p < 0,05$). Mężczyźni, którzy na razie nie planowali bycia ojcem w większym stopniu niż pozostali, zwracali uwagę na poszukiwanie wiedzy u lekarza (65,5%) oraz od członków rodziny (42,5%). Ci, którzy nie uczestniczyli w szkole rodzenia, w większym stopniu niż pozostali badani zwracali uwagę na wiedzę pochodzącą z telewizji. Z kolei mężczyźni, którzy uczestniczyli w szkole w zajęciach szkoły, rodzenia w większym stopniu zwracali uwagę na zdobywanie wiedzy z fachowych podręczników (tabela 14).

Najwięcej mężczyzn za objawy rozpoczynającego się porodu uznało odpływające wody płodowe (35,2%) oraz odchodzący czop śluzowy (21,7%). Wyniki obrazuje tabela 15.

Tabela 14. Preferowane przez mężczyzn formy przygotowania do porodu w podziale na badane grupy

Preferowane formy przygotowania do porodu	Mężczyźni, którzy na razie nie planują bycia ojcem		Mężczyźni, którzy nie uczestniczyli w zajęciach szkoły rodzenia		Mężczyźni, którzy uczestniczyli w zajęciach szkoły rodzenia	
	N	%	N	%	N	%
wspólne uczestniczenie w szkole rodzenia	119	59,5%	124	62,0%	125	62,5%
zdobywanie wiedzy z fachowych podręczników	79	39,5%	89	44,5%	99	49,5%
zdobywanie wiedzy z fachowej prasy	65	32,5%	60	30,0%	62	31,0%
zdobywanie wiedzy z telewizji	57	28,5%	75	37,5%	69	34,5%
zdobywanie wiedzy z Internetu	144	72,0%	138	69,0%	142	71,0%
zdobywanie wiedzy z radia	19	9,5%	39	19,5%	40	20,0%
zdobywanie wiedzy od członków rodziny	85	42,5%	73	36,5%	65	32,5%
zdobywanie wiedzy od lekarza	131	65,5%	106	53,0%	115	57,5%
zdobywanie wiedzy od położnej	63	31,5%	55	27,5%	50	25,0%
wystarczy tyle ile wiem ze szkoły	-	-	-	-	33	16,5%
trudno powiedzieć	-	-	-	-	1	0,5%
inne	-	-	2	1,0%	1	0,5%
Ogółem	807	-	799	-	802	-
Chi-kwadrat=38,697; p=0,029						

Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100.

Tabela 15. Objawy rozpoczynającego się porodu w opinii mężczyzn

Odpowiedzi*	N	%	% respondentów
odchodzący czop śluzowy	130	20,5%	21,7%
7 skurczy w odstępie czasowym	69	10,9%	11,5%
odpływające wody płodowe	211	33,3%	35,2%
skurcze macicy co 3-10 minut trwające godzinę	99	15,6%	16,5%
„opuszczenie” brzucha	65	10,3%	10,8%
termin porodu	48	7,6%	8,0%
trudno powiedzieć	12	1,9%	2,0%
Ogółem	634	100,0%	-

*odpowiedzi nie sumują się, ponieważ była możliwość wielokrotności odpowiedzi

Zdaniem największej grupy mężczyzn (49%) poród składa się 4 okresów, urodzenie dziecka jest w 2. okresie (36,5%), a łożyska - po urodzeniu dziecka (65,7%) - tabela 16.

Tabela 16. Opinie mężczyzn na temat czasu trwania porodu

Odpowiedzi	N	%
Okresy trwania porodu		
1	1	,2
2	55	9,2
3	248	41,3
4	294	49,0
trudno powiedzieć	2	,3
Ogółem	600	100,0
Okres porodu w którym dochodzi do urodzenia dziecka		
1	2	,3
2	219	36,5
3	203	33,8
4	138	23,0
nie wiem	38	6,3
Ogółem	600	100,0
Okres porodu w którym dochodzi do urodzenia łożyska		
Przed urodzeniem dziecka	14	2,3
Do 3 dni po porodzie	1	,2
Po urodzeniu dziecka	394	65,7
W pierwszej dobie po porodzie	31	5,2
Trudno powiedzieć	160	26,7
Ogółem	600	100,0

W opinii największej grupy mężczyzn odpięcie noworodka powinno nastąpić od razu po urodzeniu dziecka (45,3%). Inne wskazania obrazuje tabela 17.

Tabela 17. Opinie mężczyzn na temat czasu odpięcia noworodka

Odpowiedzi	N	%
tuż po urodzeniu główki dziecka	5	,8
od razu po urodzeniu dziecka	272	45,3
gdy pępowina przestanie tętnić	190	31,7
po urodzeniu łożyska	78	13,0
trudno powiedzieć	55	9,2
Ogółem	600	100,0

Badani w największym odsetku byli przekonani, że przystawić noworodka do piersi powinno się:

- bezpośrednio po urodzeniu (230 osób -38,3%),
- do 2 godzin po urodzeniu (200 osób -33,3%),
- w pierwszej dobie po urodzeniu (148 osób - 24,7%),
- nie trzeba przystawiać dziecka (1 osoba - 0,2%)
- trudno powiedzieć (21 osób – 3,5%).

Weryfikacja hipotez

1. **Mężczyźni w samoocenie są przekonani, że nie posiadają odpowiedniej wiedzy na temat ciąży oraz porodu i najczęściej w tej kwestii korzystają z informacji z Internetu.**

Hipoteza częściowo potwierdzona

Mężczyźni uczestniczący w szkole rodzenia, w odniesieniu do mężczyzn, którzy w szkole rodzenia nie uczestniczyli oraz którzy w ciągu najbliższego roku nie planują bycia ojcem różnili się pod względem samooceny swojej wiedzy na temat ciąży. Wśród badanych, którzy uczestniczyli w szkole rodzenia odnotowano najwyższy odsetek osób, które deklarowały, że ich wiedza jest wystarczająca.

Wykazano różnice w rozkładach odpowiedzi w poszczególnych grupach, jeżeli chodzi o formę przygotowania do porodu ($p < 0,05$). Mężczyźni, którzy na razie nie planowali bycia ojcem w większym stopniu niż pozostali, zwracali uwagę na poszukiwanie wiedzy u lekarza oraz od członków rodziny. Mężczyźni, którzy nie uczestniczyli w szkole rodzenia, w większym stopniu niż pozostali badani zwracali uwagę na wiedzę pochodzącą z telewizji. Z kolei mężczyźni, którzy uczestniczyli w szkole zajęciach szkoły, rodzenia w większym stopniu zwracali uwagę na zdobywanie wiedzy z fachowych podręczników.

UZASADNIENIE CELOWOŚCI STWORZENIA STANDARDU EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ MĘŻCZYZN W ZAKRESIE WSPARCIA UDZIELANEGO ŻONIE/PARTNERCE W OKRESIE CIĄŻY, PORODU I POŁOGU – PODSTAWY TEORETYCZNE

Wprowadzenie

*Złota rada dla wszystkich zapracowanych ojców cierpiących na brak czasu:
jeśli masz dwie sekundy w ciągu dnia dla dziecka, chłopca poczochojaj po włosach,
a dziewczynkę przytul - tak zbudujesz więź*
Jacek Pulikowski

Obecność ojca przy porodzie oraz zjawisko couvade występowało już od dawna w różnych kulturach, jednakże podejście naukowe do postaw oraz roli ojców w czasie ciąży i aktu narodzin, zauważone zostało jako problemem dopiero w ostatnich dziesięcioleciach [143].

W wielu publikacjach dotyczących postaw i roli ojca w czasie trwania porodu zwraca się uwagę na rolę jego aktywnej postawy oraz na kontakt psychiczny i emocjonalny z żoną/partnerką [125,126, 144-160]. Ma to o tyle znaczenie, że w rozwoju dzieci ważna jest nie tylko rola matki, ale także ojca i to już od najwcześniejszego prenatalnego okresu rozwoju [161].

Jacek Dukaj [162] w swojej książce „Lód”, napisał o tym „Doświadczenie ojcostwa - że mężczyzna staje się ojcem - nie można porównać do doświadczenia macierzyństwa. Matką staje się stopniowo, w wielomiesięcznym procesie, kobieta dorasta do tej myśli i roli w miarę jak dziecko w niej rośnie. Ojciec zaś staje się ojcem nagle, z dnia na dzień, z godziny na godzinę, w jednej chwili spada to na niego jak ostrze gilotyny oddzielające czas nieojcostwa od czasu ojcostwa. Gdy po raz pierwszy weźmie dziecko na ręce, wtedy uwierzy w jego realność (...)”.

Wyobrażenia o idealnej rodzinie, idealnych rodzicach

*Wielu ludzi zdaje się zapominać o prawdziwym znaczeniu rodziny.
Koncentrują się na karierze, zdobywaniu bogactwa i sławy
– bliskich pozostawiając samym sobie.*

*Miłość ograniczają do kilku słów
skreślonych pośpiesznie na urodzinowej karcie z życzeniami.
A przecież żaden sukces nie ma znaczenia, jeśli nie można go dzielić z kochającymi ludźmi.
Żaden medal, dyplom czy premia świąteczna, nie ogrzeją serca w chłodną, zimową noc.*

Dalajlama

Janukowicz [24] uważa, że współcześni ojcowie zatracili tradycyjne postawy, które dawniej w rodzinach obrazowały autorytet moralny oraz kulturowy i obecnie skupiają się wyłącznie na sobie. Zdaniem autorki [24] są coraz bardziej zapracowani i rzadziej obecni w domu, a to powoduje, że w ich postawach można dostrzec coraz mniej tzw. tradycyjnych atrybutów ojcostwa (rygoryzm, stanowczość, surowość),

Fijałkowski [125,126, 144-145] zauważa, że współczesny świat spowodował, iż kobiecie trudniej jest odnaleźć się w roli matki, ponieważ obecnie często, podobnie jak mężczyzna, musi ona utrzymywać rodzinę, prowadzić aktywne życie zawodowe, jednocześnie uczestnicząc w życiu społecznym. Kobieta pełniąca rolę matki może przeżywać niejednokrotnie konflikt swoich ról. Z jednej strony musi pogodzić obowiązki, które pełni wobec dzieci, męża, rodziny i pracodawcy, a z drugiej zmagać się z nowymi emocjami i uczuciami, często ambiwalentnymi zwłaszcza na samym początku. Warto jednak pamiętać, że negatywne stany emocjonalne są rzadsze u kobiet o dojrzałej osobowości, adekwatnej samoocenie oraz zadowolonych z relacji małżeńskich [125,126, 144-145].

Kroelinger i Oths [163] wykazali, że budowaniu wzajemnej akceptacji męża i żony do siebie oraz do mającego narodzić się dziecka, a co ma szczególne znaczenie w przypadku ciąży nieplanowanej, sprzyja pozytywna reakcja współmałżonka na wiadomość o poczęciu dziecka.

Stokowski, za Dąbrowską [164], dokonał na początku lat 90. analizy zróżnicowania regionalnego zawierania i trwałości małżeństw oraz występowania rozwodów w Polsce. Okazało się, że na terenach wiejskich wschodniej i południowej części Polski trwałość związków małżeńskich wielokrotnie przewyższała powyższe na obszarach Polski zachodniej i północnej. Wysoki poziom rozwodów był odnotowywany głównie w wielkich miastach. Dąbrowska [164] zauważa, że „codzienna rzeczywistość większości polskich małżeństw zazwyczaj odległa jest od wzorcowego modelu współżycia w stosunkach wzajemnego partnerstwa, równości i pełnej wzajemnej ufności.

W opinii Neugebauera [165] *"istotą partnerstwa w małżeństwie jest zasada równości kobiety i mężczyzny, opierająca się na trwałej więzi między nimi, na miłości rozumianej też*

jako wzajemny szacunek, na odpowiedzialności za siebie i współpartnera oraz na wierności".

W literaturze przedmiotu [12, 164-168] za najważniejsze elementy małżeńskiego związku partnerskiego uważa się:

- silną więź emocjonalną (indywidualne przejawianie miłości, opiekuńczości, oddania, czułości, empatii, podobieństwa, komplementarność i symetryczność wzajemnych uczuć),
- silną więź intelektualną umacniającą przyjaźń i podtrzymującą wzajemną atrakcyjność partnerów,
- właściwą komunikację i dbałość o wzajemne zaspokajanie swoich potrzeb,
- właściwą więź seksualną ściśle połączoną z więzią emocjonalną (kobieta równoprawny partner w związku),
- właściwy system sprawowania władzy domowej,
- równowagę ekonomiczną w materialnej sferze życia.

Gulczyńska i Jankowiak [169] zwracają uwagę, że wyróżnia się wiele definicji i terminów określających jakość relacji partnerskich i jej różne aspekty. Do najczęściej wyróżnianych należą [cyt. za 169]:

- powodzenie małżeństwa,
- dojrzałość do małżeństwa,
- sukces małżeński,
- integracja małżeńska,
- szczęście małżeńskie,
- dobór małżeński,
- satysfakcja małżeńska,
- jakość małżeństwa,
- trwałość małżeństwa.

Badani przez Doniec [170] jako elementy niezbędne do osiągnięcia sukcesu w małżeństwie zaliczyli:

- wzajemne zrozumienie (46,8%),
- tolerancję (35,5%),
- miłość (33,7%),
- wierność, uczciwość (24%),
- partnerstwo (11,3%),
- zamożność (6,8%),

- posiadanie dzieci (6,5%),
- wspólne cele i wartości (5,3%),
- zgodność charakteru (4,5%),
- odpowiedzialność (2,3%),
- udane pożycie seksualne (2%),
- wzajemną atrakcyjność (1,7%),
- wspólne zainteresowania (po 1,7%).

Badanie CBOS z 2006 roku [171] wykazało, że 41% badanych Polaków za najlepszy dla rodziny uznał partnerski model małżeństwa (oboje małżonkowie pracują zawodowo i w równym stopniu dzielą się obowiązkami związanymi z prowadzeniem domu i wychowywaniem dzieci). Model tradycyjny rodziny (tylko mężczyzna pracuje zawodowo) preferowało 32% badanych, a mniej (24%) aprobowало model mieszany (kobieta oprócz pracy zawodowej zajmuje się domem i dziećmi, przy małym zaangażowaniu mężczyzny w sprawy domowe). W rzeczywistości jednak najczęściej był realizowany model mieszany (26%) vs model tradycyjny (23%) lub partnerski (19%) [171].

Podobne badanie CBOS z roku 2020 [172] także potwierdziło, że Polscy najbardziej cenią model partnerski (58%). Kolejna grupa preferowała model mieszany (20%), a następne model tradycyjny (14%) [172]. W porównaniu z badaniem z roku 2013 roku, wzrosło poparcie dla modelu partnerskiego, który utrzymywał się na zbliżonym poziomie (od 41 do 48% w latach 2004–2013), a obecnie wzrósł o 12 punktów procentowych. Zmalało natomiast wybieranie modelu tradycyjnego - z 23% do 14% w ciągu ostatnich siedmiu lat, a odsetek osób uważających preferujących model nieproporcjonalny żeński spadł z 22% do 20%. Większa zmiana odnośnie tego modelu dotyczyła lat 2012-2013 – spadek o 5 punktów procentowych. W roku 2013 pojawiła się także opcja, w której oboje partnerzy pracują, a mąż dodatkowo zajmuje się prowadzeniem domu. Wybrało ją wówczas 6% badanych, a w roku 2002 poparcie dla tego rozwiązania wynosiło natomiast 5%. Odsetek wskazań na tzw. model odwrócony utrzymał się na poziomie 1% [172].

Z kolei badanie CBOS z 2019 roku pozwoliło na stwierdzenie, że 84% badanych chciałoby, aby ich rodzina była podobna do tej, w której się wychowali, a 14% wolałoby uniknąć powielania wzorców wyniesionych z domu [172].

Rodzina to swoista wspólnota, w której człowiek przychodzi na świat, gdzie dorasta i rozwija się, kształtuje własną osobowość i formułuje swój system wartości oraz gdzie przystosowuje się do życia w społeczeństwie. Szymanik-Kostrzewska [173,174] przytacza

badania dotyczące matek małych dzieci umożliwiające stworzenie charakterystyki Matki-Polki. Najczęściej przypisywane jej cechy pozwoliły na stworzenie komponentu poznawczego stereotypu Matki-Polki i dotyczyły jej [174]:

- cech, takich jak np.: opiekuńcza, pracowita, pełna ciepła, troskliwa, wytrwała, zaradna, zorganizowana;
- zachowań i wyznawanych wartości, takich jak: bardzo dbająca o swoje dzieci, stawiająca dzieci zawsze na pierwszym miejscu, kosztem siebie samej, przedkładająca dobro rodziny ponad swoje, wierna mężowi, podejmująca się wielu zadań naraz, rozsądnie planująca domowy budżet, spełniająca się w roli matki, pomagająca innym w potrzebie.

Wyniki badań Szymanik-Kostrzewskiej i wsp. [174] wykazały stosunkowo wysoki stopień identyfikacji badanych matek ze wzorem funkcjonowania Matki-Polki.

Tubisz [175] zwraca uwagę na rolę ojca w rodzinie i podkreśla, że jego zadaniem, w tradycyjnym ujęciu elementarnym, było zapewnienie bytu materialnego całej rodzinie, a na matce spoczywał obowiązek wychowania potomstwa. Ojciec pragnący godnie i właściwie spełniać swoją funkcję powinien koniecznie budować i chronić swój autorytet. Bez jego uznania nie będzie bowiem mógł realnie wpłynąć na moralne wychowanie swojego dziecka. Aby dziecko było pewne siebie i znało swoją wartość, ojciec musi spędzać z nim jak najwięcej czasu, uczestniczyć aktywnie w jego codziennych czynnościach i zajęciach oraz chwalić osiągnięte wyniki i sukcesy. Dziecko musi czuć, że jest doceniane przez ojca i że jest on z niego dumny. Stwierdzono, że synowie w dorosłym życiu przejmują wiele cech osobowości swoich ojców, a córki wybierają partnerów o podobnych cechach jak ich ojcowie [175].

Każdy ojciec musi zapewnić dziecku poczucia bezpieczeństwa. Powinien być także kimś więcej niż wyłącznie rodzicem i wychowawcą, musi być przyjacielem dziecka. Tubisz [175] zwraca uwagę, że jeżeli ojciec pragnie nietuzinkowo pełnić ojcowską funkcję, powinien nauczyć swoje dziecko, jak radzić sobie ze zranieniami oraz niedostatkami niesionymi przez życie. Wykazano bowiem [25,26,175], że problem przestępczości dotyczy bardzo często nieletnich dzieci, które czuły się odrzucone przez ojca, że problemy z nauką i przemocą rówieśniczą nastolatków stwierdza się częściej w rodzinach, gdzie w dzieciństwie brakowało bliskości lub akceptacji ojca. Korzystanie z narkotyków przez nastolatków jest powiązane z brakiem miłości i odrzuceniem przez ojca w dzieciństwie oraz że depresja i lęk wśród nastolatków dotyka częściej u osób mających konfliktową relację z ojcem i nie odczuwających wsparcia od niego. Stwierdzono także, że nastolatki, jeśli mają bliską relację

z ojcem, częściej przejmują postawy rodziców wobec męskości, kobiecości, małżeństwa, rozvodu i seksualności. Okazało się także, że z wyższą samooceną nastoletnich dziewcząt koreluje przytulanie przez ojca i zdrowy kontakt fizyczny z ojcem, a brak bliskiej relacji z ojcem może być główną przyczyną dezorientacji seksualnej chłopców. Relacje z ojcem w dzieciństwie i okresie dojrzewania mają także wpływ na dorosłe życie dziecka. Mężczyźni mający w dzieciństwie dobrą relację z ojcem radzą sobie lepiej z sytuacjami problemowymi oraz stresem w dorosłości. Z kolei zaburzenia osobowości i zaburzenia jedzenia częściej dotyczą kobiet czujących odrzucenie przez ojców. Wykazano także, że z silną więzią z ojcem ściśle łączy się poczucie szczęścia, satysfakcji życiowej oraz niski poziom lęku i depresji u młodych dorosłych [25,26,175].

Postawy wobec nienarodzonego dziecka i jego życia w łonie matki

*Za każdym razem gdy na świat przychodzi dziecko,
świat jest tworzony od nowa
Jostein Gaarder*

Okres ciąży i oczekiwania narodzin dziecka, niezależnie od tego czy przysparza radości czy lęku, stresu, jest niezmiernie ważnym czasem dla kobiety i mężczyzny [144,145,146,176]. W całym tym czasie towarzyszą mamie i tacie różne emocje - radość i lęk, obawy/niepewność i nadzieja.

Uważa się, że Łukasik [177], że w rozwoju psychicznym i fizycznym jeszcze nienarodzonego dziecka, bardzo ważną rolę odgrywa przygotowanie psychologiczne przyszłych rodziców oraz ich relacje z mającym się narodzić dzieckiem. Potwierdzają to badania Kornas-Bieli [178], które wykazały, że kobiety w okresie ciąży cechują się wzmożoną aktywnością psychiczną, refleksyjnością, nastawieniem introspekcyjnym.

Ciekawe wyniki uzyskali Łukasik i wsp. [177] w grupie 20. kobiet i 20. mężczyzn uczestników zajęć w szkole rodzenia. U wszystkich kobiet zostało wykonano badanie USG. Okazało się, że aż 60% kobiet i mężczyzn nie było zainteresowanych powtórzeniem badania USG. Przyczyną powyższego były przede wszystkim obawy zagrożenia dla zdrowia dziecka i informacja o jego płci, tej ostatniej nie preferowało 50% kobiet i 80% mężczyzn [177]. Warto podkreślić, że wspólny udział rodziców np. w badaniu USG jest bardzo ważny, ponieważ podczas niego mogą oni obserwować jak się rozwija i rośnie, a jednocześnie wzmacnia to ich wzajemne relacje.

Dziecko, za Kalita [179], rozwijając się w łonie matki, odczuwa silną więź z rodzicami i światem zewnętrznym. Trzeba pamiętać, że przyszli rodzice mogą mieć różne wyobrażenia na temat swojego nienarodzonego dziecka. Zawsze jednak wpływają one istotnie na kształtowanie się biologicznego, socjologicznego, psychologicznego zdrowia dziecka [179]. W wyobraźni rodziców z badania Łukasik i wsp. [177] dziecko w łonie matki wygląda jak noworodek (60% kobiet i 65% mężczyzn), jest podobne do mamy i taty (35% kobiet i 30% mężczyzn) oraz jest wesołe (15% kobiet i 5% mężczyzn), sprawne, ruchliwe, rozróżnia smaki, czyli generalnie jest w pełni doskonałe [177]. Bidzan i Redzimska [180] wykazały, że obraz dziecka zbliżony do ideału tworzą ciężarne kobiety mające wysokie zaufanie do swoich kompetencji rodzicielskich oraz przekonanie o możliwości stworzenia optymalnych warunków rozwoju dziecka. Najczęściej mamy określały swoje dziecko jako „atrakcyjne”, „robiące interesujące rzeczy”, „skłonne do zabawy”, „śliczne” [180]. Klitzing i wsp. [181] w badaniach dotyczących roli ojca we wczesnych interakcjach rodzinnych wykazali, że im ojciec posiada bogatsze i bardziej elastyczne wyobrażenia o dziecku przed jego narodzeniem, tym bardziej czteromiesięczne dziecko aktywniej nawiązuje kontakt z rodzicami. Łukasik i wsp. [177] podkreślają, że badane przez nich kobiety posiadały większą łatwość projekcji swoich wyobrażeń o dziecku, wykazywały więcej fantazji i uczucia. Z kolei mężczyźni ściślej trzymali się w wyobrazeniach realiów dotyczących rozwoju dziecka w łonie matki, ale także posiadali większą trudność w ich projekcji. W obecnym badaniu połowa respondentów uważała, że nie ma dla nich znaczenia wygląd zewnętrzny ich dziecka, ale niewiele mniejszy odsetek (46,3%) miało problem deklaracją w tej kwestii.

W opinii Klitzing i wsp. [181] to, jakim się będzie/jest rodzicem na poziomie „wyobrażeniowym”, ewidentnie wpływa na relacje z realnym dzieckiem po jego narodzeniu. Każdy z rodziców zawsze ma jednak nadzieję, że w przyszłości ich dziecko będzie człowiekiem wartościowym.

Kornas-Bieli [182] uważa, że matka powinna pozwolić ojcu na kontakt jeszcze z nierodzoną dzieckiem, poprzez np. posłuchanie uderzeń jego serca, przemawianie do niego itp.. W literaturze przedmiotu [179,183,184] podkreśla się bowiem, że pod koniec trzeciego miesiąca życia dziecko w łonie matki ma już ukształtowane struny głosowe i jest zdolne do reakcji płaczu. W piątym miesiącu życia wewnątrzłonowego zasłania sobie uszy reaguje na głośne dźwięki, a w ósmym i dziewiątym miesiącu rozpoznaje znajome głosy (przede wszystkim matki i ojca). W dwunastym tygodniu dziecko może reagować na dotyk, obracać stopę, kopać nogą, poruszać paluszkami rąk i nóg, połykać, zamykać i otwierać oczy

zezować, reagować na dotyk [179,183,184]. Formański [183] uważa, że w systemie biologicznym noworodków daje się zaobserwować wiele cech z okresu życia matki z okresu ciąży, a co przypisywane jest zdolnościom uczenia się w okresie płodowym. Generalnie uważa się, że doświadczenia z okresu prenatalnego decydują o osobowości i uzdolnieniach dziecka. W badaniu Łukasik [177] respondenci twierdzili, że w sytuacjach pozytywnie i negatywnie odbieranych przez matkę dziecko reagowało spokojem (70% kobiet i 45% mężczyzn), delikatnym poruszaniem się (50% kobiet i 20% mężczyzn), zaś w sytuacjach niesprzyjających matce - gwałtownie się poruszało, kopało aż do bólu, kuliło się. Wskazywali także preferowane formy nawiązywania w czasie ciąży kontaktu z dzieckiem przez matkę i ojca. Okazało się, że były one podobne. Dominowała rozmowa z nienarodzonym dzieckiem (85% kobiet i 70% mężczyzn) oraz głaskanie i przytulanie brzucha (80% kobiet i 40% mężczyzn). Wszystkie kobiety wskazały myślenie o dziecku, a 10% mężczyzn śpiewanie dziecku [177].

Nie można zapominać, jak bardzo ważna jest sfera emocjonalna związana z przeżywaniem ciąży. W badaniu Łukasik [177] u kobiet z powodu ciąży towarzyszyły obawy, stany obniżonego nastroju, niecierpliwienie, nerwowość, ale także poczucie szczęścia i spełnienia. Mężczyźni czuli się bardziej odpowiedzialni, dojrzałi, odczuwali niepokój i troskę o żonę i dziecko, odczuwali euforię i spotęgowała się ich miłość do żony [177].

Wyszyńska [161] podaje, że jednym z pierwszych odczuć w okresie stawania się ojcem jest uczucie wyłączenia i poczucie, że zainteresowanie wszystkich koncentruje się na ciężarnej kobiecie oraz przyszłym dziecku, a nikt nie zajmuje się nim. Może się on także obwiniać za złe samopoczucie żony, myśleć że jest np. sprawcą nudności, czy jej znużenia. Może dystansować się od ciąży i uciekać w pozamażeńskie przygody, alkoholizm. Może nawet rozwinąć się u niego seksualna impotencja i może odbierać narodziny dziecka jako przyjście rywala, „zabierającego” [161]. W drugim trymestrze ciąży żony/partnerki przyszli ojcowie mogą zwiększać zainteresowanie swoim własnym ciałem i identyfikację z ciężarną, wyrażoną imitacją symptomów porodu lub w postaci różnych dolegliwości. W ostatniej fazie ciąży ojcowie często zwiększają kontakt z własnymi ojcami i częściej niepokoją się o zdrowie przyszłego dziecka [161]. Herzog, za Wyszyńską [161] podzielił przyszłych ojców na dwie grupy:

- opiekujących się własnymi żonami — świadomych swoich uczuć do przyszłego dziecka, odczuwających *„obowiązek karmienia (w fantazji) matki i płodu; uprawianie miłości było wyobrażone jako forma karmienia”*

- mających małą świadomość swoich odczuć, skarżących się, że ich potrzeby seksualne nie były w pełni zaspokajane, „w rywalizacji z płodem ujawniali swoje własne potrzeby bycia karmionym”.

Z kolei Winnicott [185] wyróżnił trzy warianty ojca:

- odgrywający ważną rolę w rozwoju dziecka w sytuacji braku fizycznej obecności matki, przejmujący niektóre jej funkcje i stający się postacią podobną do matki
- pełniący ważną rolę w trzech fazach rozwoju relacji niemowlęcia z rodzicami:
- fazie tzw. "holdingu" – w okresie kiedy bardzo istotny jest moment w rozwoju „ego”, a w którym bardzo istotny jest związek z matką aktywnie odbierającą potrzeby dziecka, dającą mu opiekę i bliskość
- fazie, w której matka z dzieckiem żyją wspólnie, a rola ojca polega na dawaniu matce oparcia (psychicznego i materialnego) i stworzeniu środowiska, w którym jest możliwa taka bliska relacja dziecka i matki oraz ochrona przed ewentualnymi destrukcyjnymi wpływami otoczenia.
- fazie wspólnego życia ojca, matki i dziecka, kiedy dziecko rozpoznaje ojca jako osobę inną niż matka. Kształtuje się tu tzw. "społeczne bezpieczeństwo" dziecka.
- ojciec chroniący dziecko przed skutkami jego własnej agresywności w okresie rozwoju, kiedy dziecko wyraża własną agresywność, zwłaszcza wobec matki.

Za przykład wykorzystywany do opisu i pomiaru ojcowskiego zaangażowania może posłużyć koncepcja Michaela Lamba i wskazane przez niego wymiary (*fathers's involvement*) [186, 187] :

- zaangażowanie w interakcje (*engagement*),
- dostępność (*accessibility*),
- odpowiedzialność (*responsibility*),
- przywiązanie (*prenatal attachment*).

Postrzeganie ciąży

*Rodzi nie tylko matka dziecko,
lecz także dziecko matkę.
Gertrud von le Fort*

Mężczyzna, będąc mężem/partnerem kobiety w ciąży oraz obserwując jej reakcje i przeżycia, zawsze uczestniczy w jej doświadczeniach. W literaturze przedmiotu [188, 189,

190] wyróżnia się trzy fazy zaangażowania ojca w proces prenatalnego rozwoju dziecka:

- ogłoszenia (*announcement*) - obejmującą kilka tygodni od chwili pierwszych przypuszczeń, że doszło do poczęcia, aż do potwierdzenia ciąży. W tej fazie stan niepewności może wyzwolić huśtawkę emocjonalną. Część ojców angażuje w tym okresie sporo energii uczuciowej w rozwiewaniu obaw im towarzyszących, dlatego ich reakcje mogą mieć bardzo zróżnicowany charakter – od zaskoczenia i braku akceptacji ciąży do radości i satysfakcji z jej powodu. Inni mężczyźni mogą przeżywać chwilową niechęć oraz lęk przed zmianami wynikającymi z faktu ciąży i to niezależnie od tego czy dziecko było planowane, czy nie. Uważa się, że powyższe wynika z konieczności przystosowywania się do nowej roli.
- spokoju (*moratorium*) - trwającą zwykle od 12 do 25 tygodnia ciąży, kiedy ojciec wykazuje małe zainteresowanie dzieckiem, a co często wynika z braku przekonania, nieświadomość, iż może i powinien brać czynny udział w rozwoju dziecka od momentu poczęcia
- zogniskowania (*focusing*) - kiedy rodzice z większą uwagą skupiają się na dziecku, a dziecko w wyobrażeniach mężczyzny nabiera bardziej konkretnych wymiarów. Mężczyzna zaczyna częściej myśleć o sobie jako przyszłym ojcu, wzmacniać u swojej żony orientację pozytywną, akcentując piękno rodzicielstwa. Zaczyna przygotowania do porodu i spotkania z dzieckiem. Razem z żoną/partnerką planują wspólną przyszłość

Bielawska-Batorowicz [189,190] warunkuje poziom zaangażowania i zainteresowania ojca sprawami narodzin dziecka: jakością relacji małżeńskiej, stabilnością relacji z żoną, stosunkiem do posiadania dzieci, preferowaną liczbą potomstwa oraz sytuacją finansową.

Zdaniem Dąbrowskiej-Wnuk i Soroki [187] współcześni ojcowie poszukują nowych możliwości, które pozwolą im zaangażować się w rozwój dziecka już na etapie oczekiwania jego narodzin oraz jednocześnie ugruntować ich społeczny status. „*Kształtujący się wizerunek ojca, wpisujący się w nowy model rodziny, pozwala tym samym spostrzegać mężczyznę nie tylko przez pryzmat sprawowanej przez niego funkcji ekonomicznej, ale coraz częściej emocjonalnej i opiekuńczo-wychowawczej*” [cyt. za 187].

W literaturze przedmiotu [66,86,187,191,192] podkreśla się, że konsekwencją zaangażowania ojców w budowanie naturalnej więzi z dzieckiem, już na etapie jego prenatalnego rozwoju, jest zainteresowanie problematyką ciąży/porodu, czynne włączanie się w proces oczekiwania narodzin, przygotowanie się do przeżycia wspólnego porodu,

zaangażowanie emocjonalne w relacje z dzieckiem po jego narodzeniu oraz podejmowanie funkcji pielęgnacyjnych.

W badaniu Syty i wsp. [193] większość (70%) kobiet na wiadomość o poczęciu zareagowało uczuciem radości. Lęk związany z tym faktem odczuwało 20,8% badanych, obojętność – 11,5%, a niechęć – 3,1%. Respondentki stwierdziły, że większość ich mężów/partnerów (78,1%) na wiadomość o ciąży zareagowało radością, lękiem - 15,5% a niechęcią i obojętnością po 3,1% [193].

Dąbrowska-Wnuk i Soroka [187] badaniem objęły 100. mężczyzn będących w związku małżeńskim i oczekujących na narodziny dziecka. Autorki wykazały, że im wyższy poziom stylu bezpiecznego przywiązania prezentowali ojcowie, w tym większym stopniu angażowali się w proces oczekiwania narodzin swojego dziecka (w wymiarze ogólnym) oraz emocjonalnym (dotyczącym siły i jakości uczuć jakie wzbudza w ojcach nienarodzone dziecko) i behawioralnym (odnoszącym się do podejmowanych czynności i działań mających na celu zoptymalizowanie rozwoju dziecka). Im był wyższy poziom stylu przywiązania lękowo-ambiwalentnego, tym większy był stopień ich zaangażowania w aspekcie poznawczym (odnoszącym się do procesów umysłowych istotnych z punktu widzenia optymalizacji rozwoju dziecka), a im wyższy poziom przywiązania unikowego - tym mniejszy stopień ich zaangażowania w aspekcie behawioralnym [187].

Bielawska-Batorowicz [188,189] zwraca uwagę, że doświadczenia zebrane w czasie ciąży i porodu stanowią źródło bogatych przeżyć psychicznych i są ważnymi elementami w tworzeniu obrazu własnej osoby, wyznaczaniu celów i wartości życiowych oraz kształtowaniu poczucia tożsamości płciowej. Z kolei w literaturze przedmiotu [178,188,189] podkreśla się, że mężczyźni, którzy byli aktywnie zaangażowani w przebieg ciąży, po narodzinach dziecka wykazują wyższy poziom zaangażowania oraz łatwość w tworzeniu relacji z dzieckiem.

Przydatność szkoły rodzenia

*Za każdym razem gdy na świat przychodzi dziecko,
świat jest tworzony od nowa
Jostein Gaarder*

Jak już wcześniej wspomniano, pojawienie się dziecka w rodzinie wiąże się z ogromnymi przemianami jej sytuacji życiowej. W przygotowaniu się do tej nowej sytuacji

są bardzo pomocne dla młodych rodziców szkoły rodzenia, czyli miejsca, gdzie przygotowuje się przyszłych rodziców do porodu i zrozumienia przebiegu narodzin dziecka. Jest to także okazja do spotkania się z innymi ojcami przeżywającymi te same stany emocjonalne związane z porodem. Mężczyźni przychodząc do szkoły rodzenia mogą skonfrontować się z własnymi emocjami, ukształtować prawidłowo nową rolę „rodzica”, zdobyć wiedzę na temat ciąży i porodu, karmienia i pielęgnowania noworodka, dowiedzieć się na co mogą liczyć na oddziałach położniczych i na salach porodowych [194]. W trakcie zajęć zostaje przedstawiony model rodziny, którego fundament stanowi wspólna odpowiedzialność i wzajemne uzupełnianie się partnerów w sprawowaniu ról opiekuńczo-pielęgnacyjnych i wychowawczych [195]. Taki stan Kryszk i wsp. [196] określają „komplementarnym współ-rodzicielstwem”.

Zainteresowanie par małżeńskich uczęszczaniem do szkoły rodzenia różni się w zależności od terenu i od okresu. W latach 1989-1993, w Klinice Perinatologii w Łodzi, odsetek uczęszczających par do szkoły rodzenia w grupie porodów rodzinnych wynosił 65,9%, a w latach 1999-2003 uległ obniżeniu do 42% [149]. Jeszcze niższy odsetek (15,5%) par uczęszczających do szkoły rodzenia w latach 1999-2003, w grupie porodów rodzinnych, podaje Olejek i wsp. [197]. Inni autorzy odsetek ten klasyfikują na 25,3% - Guzikowski i wsp. [198], 25% - Rybakowski i wsp. [199], 20% - Pietrasik i wsp. [157], a nawet tylko na 6% - Łepecka-Klusek i Karauda [154]. Potwierdzają powyższe badania Siomy-Markowskiej i Poręby [143], w których na zajęcia w szkole wspólnie z mężem/partnerem uczęszczało 23,6% kobiet, a 7,2% matek samodzielnie. Aż 69,2% matek i 76,4% ojców nie uczestniczyło w edukacji przedporodowej prowadzonej przez szkoły rodzenia [143]. Na zajęcia w szkole rodzenia uczestniczyło wraz z partnerem 35% badanych przez Ulman-Włodarz i wsp. [123], a samotnie uczestniczyło 5% kobiet.

Kielbratowska i Zwierzyńska [194] objęły badaniem 92. mężczyzn, którzy odpowiedzieli na pytania w ankiecie w czasie przygotowywania się do porodu i w ciągu trzech miesięcy po porodzie rodzinnym w szpitalach Gdańskich. Chęć przygotowania się z żoną do porodu w szkole rodzenia zadeklarowało 29,3% ankietowanych. Jedynie chęć zdobycia wiedzy na tematy związane z ciążą i porodem zgłosiło 20,7% badanych, wiedzy na temat opieki nad dzieckiem - 10,9%, a chęć zobaczenia dziecka zaraz po porodzie podało 10,9% ojców [194].

W badaniu Gębicz i wsp. [195] w grupie 200 osób uczestników szkoły rodzenia, wiek wahał się od 28 do 38 lat, w tym 76% badanych stanowiły kobiety, a 24% mężczyźni. Większość ankietowanych mieszkało w mieście (94%) i miało wykształcenie wyższe (82%).

Motywy uczestnictwa przez mężczyzn w zajęciach edukacyjnych Szkoły Rodzenia były przede wszystkim chęć przygotowania się do udziału w porodzie rodzinnym (33%) – tym przygotowaniem do aktywnego porodu zarówno w płaszczyźnie fizycznej, jak i psychicznej – 36%. W dalszej kolejności zdobycie wiedzy na temat opieki nad dzieckiem (28%). W grupie wiekowej 23-27 lat najczęstszą motywacją było zdobycie wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem (69,6%) oraz przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich (25%) [195]. W grupie wiekowej 28-32 lata – przygotowanie psychicznie i fizycznie do aktywnego porodu (34,7%) oraz udział w porodzie rodzinnym (28,2%). W opinii badanych w grupach wiekowych 23-27 lat oraz 33-38 lat zajęcia prowadzone w szkole rodzenia zmniejszyły obawy związane z przebiegiem ciąży, porodu i połogu (100%), a w grupie wiekowej 28-32 – pomogły w podjęciu decyzji o porodzie rodzinnym (39,5%). W zależności od miejsca zamieszkania, w przypadku 45,5% osób mieszkających na wsi vs 26,5% mieszkających w mieście, najczęstszą motywacją badanych osób było psychiczne oraz fizyczne przygotowanie do aktywnego porodu. W dalszej kolejności chęć udziału w porodzie rodzinnym (u 27,3% osób mieszkających na wsi vs 19,1% mieszkających w mieście), a także zdobywanie wiedzy o sprawowaniu opieki nad dzieckiem (u 21,7% osób mieszkających w mieście vs 18,2% mieszkających na wsi) [195]. Zajęcia zmniejszały u badanych osób obawy związane z przebiegiem ciąży, porodu i połogu (u 63,6% osób mieszkających na wsi oraz 57,1% mieszkających w mieście), oraz pomagały w podjęciu decyzji o uczestniczeniu w porodzie rodzinnym (u 36,4% osób mieszkających na wsi vs 23,8% mieszkających w mieście). Z kolei główną motywacją do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Szkołę Rodzenia wśród wieloródek było głównie przygotowanie fizyczne i psychiczne do aktywnego porodu (75%) oraz przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich (25%), a u kobiet oczekujących na pierwsze dziecko było przygotowanie do aktywnego porodu (32,9%), zdobycie wiedzy o sprawowaniu opieki nad dzieckiem (21,4%) i na temat ciąży (19,3%) oraz udział w porodzie rodzinnym (16,4%) [195]. W badaniu wykazano, że 61,4% pierwsiaków w porównaniu do 41,7% wieloródek stwierdziło, że zajęcia zmniejszyły ich obawy związane z przebiegiem ciąży, porodu i połogu. Jedynie 24,3% pierwsiaków vs 58,3% wieloródek uważało, iż zajęcia w szkole rodzenia pomogły w podjęciu decyzji o uczestnictwie w porodzie rodzinnym [195].

Postrzeganie porodu rodzinnego

*Jest jedna miłość, która nie liczy na wzajemność,
nie szczędzi ofiar, płacze a przebacza, odepchnięta wraca*

– *to miłość macierzyńska.*

Józef Ignacy Kraszewski

W literaturze przedmiotu [158] podkreśla się, że obecność ojca dziecka lub innej bliskiej osoby w czasie porodu „nadaje narodzinom nowy wymiar – wymiar rodzinny – największego i najpiękniejszego wydarzenia w rodzinie. Ojciec staje się podmiotem biorącym aktywny udział w akcie narodzin. W dialogu między małżonkami pojawiają się nowe pojęcia i nowe określenia wyrażające radość rodzicielstwa, pojmowanego wspólnie, z właściwym odczuciem i zaangażowaniem”.

Z badań Kaźmierczak i wsp. [200] wynika, że w latach 2001–2003 nastąpił stopniowy wzrost odsetka porodów rodzinnych – z 14% w roku 2001 do 36% w roku 2003. O wyborze porodu rodzinnego decydowały takie czynniki, jak: wiek rodzącej, stopień wykształcenia, rodność oraz status zawodowy. Znamienne częściej na poród rodzinny decydowały się pacjentki młodsze, pierwiastki i kobiety z wykształceniem średnim pracujące zawodowo [200].

Udział ojca w porodzie może przejawiać się w różnorodny sposób, zależny od prezentowanej postawy wobec niego. W literaturze przedmiotu za Sioma-Markowska i Poręba [143] wyróżnia się dwie postawy ojców w czasie porodu:

- bierną (obserwator, świadek, towarzysz),
- aktywną (trener, instruktor).

Zwraca się także uwagę, że decyzja wyboru porodu rodzinnego powinna być wynikać ze wspólnych przemyślanych przez małżonków decyzji [143].

Wyniki z badania Karaudy i wsp. [201] wskazują, że na udział męża w porodzie istotnie częściej decydowały się kobiety pracujące zawodowo, niż bezrobotne i planujące ciążę.

Sioma-Markowska i Poręba [143] badaniem objęła 250 kobiet rodzących oraz 250 mężów-ojców, którzy odbyli poród rodzinny drogami natury w Katedrze i Oddziale Klinicznym Położnictwa i Ginekologii w Tychach. W przypadku 76,8% par był to pierwszy poród rodzinny, a dla 23,2% już drugi. Decyzję o wyborze porodu rodzinnego 86,8% par podjęło wspólnie i był to naturalny, świadomy wybór wynikający z wspólnych potrzeb. Najczęściej (36,8% par) decyzja została podjęta w pierwszych tygodniach ciąży, u 32,4% jeszcze przed ciążą, u 19,6% - pod koniec ciąży, u 11,2% dopiero w szpitalu [143]. Z kolei 101 ojców badanych przez Berkau i wsp. [202] w większości (54%) twierdziło, że swoją decyzję o obecności partnera przy porodzie podjęli razem żoną/partnerką przed ciążą.

Pozostali uczynili to w trakcie trwania ciąży (42%), a zaledwie 4% – w szpitalu na oddziale Porodowym. Była to najczęściej wspólna decyzja (93%), a 98% żon/partnerek uważało taką obecność partnera za pożądaną [202]. Głównymi motywami do wspólnego przeżywania porodu kobiet z badania Krajczego [203] były: obawa przed nim, brak pewności siebie, poczucie zagrożenia oraz chęć bycia razem w tak ważnej chwili. Ojcowie z kolei pragnęli uczestniczyć w akcie narodzin, aby żona nie czuła się osamotniona w sali porodowej, by ułatwić jej przebycie trudów porodu (95%), aby zobaczyć narodziny potomka i zaspokoić ciekawość (45%) [203]. W badaniu Ulman-Włodarz i wsp. [123] decyzja o wspólnym porodzie była także najczęściej podejmowana przez oboje partnerów, głównie z potrzeby udzielenia wsparcia psychicznego.

Zdaniem większości (75%) badanych przez Kielbratowską i Zwierzyńską [194] mężczyźni uczestnictwo partnera w czasie porodu jest korzystne dla rodzącej. Powyższe motywowali większym poczuciem bezpieczeństwa partnerki oraz pogłębieniem więzi z partnerką. Grupa 29,3% ojców stwierdziło, że był to najszczęśliwszy dzień w ich życiu, a 20,7% przyznało się do łez szczęścia podczas porodu dziecka. Duży odsetek mężczyzn (46,7%) ankietowanych odczuwało bezsilność wobec cierpienia partnerki [194]. Także ojcowie z badania Krajczego [203] uważali wspólnie przeżyty moment narodzin jako coś wspaniałego (75%) oraz jako uwiecznienie ogromnego wysiłku i rodzinnego szczęścia (57%). Podobnie mężczyźni z badania Ulman-Włodarz i wsp. [123] swoje odczucia i wrażenia z przebiegu porodu w 80% badanych za niezapomniane przeżycie, 60% - za nowe doświadczenie, 35% - wyzwolenie większego szacunku i poważania dla kobiet. Większość badanych podjęłoby decyzję o udziale przy porodzie w przypadku kolejnej ciąży (95%) oraz stwierdziło że doświadczenie to pogłębiło relacje między partnerskie i umocniło wzajemną więź (90%) [123].

Postawę aktywną w czasie porodu wykazywało 85,6% ojców z badania Siomy-Markowskiej i Poręby [143], a bierną - 14,4% z nich. Aktywność ojców w poszczególnych okresach porodu rodzinnego była zróżnicowana, ale generalnie wyrażała się pełnieniem zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych i kontrolno-instrumentalnych oraz udzielaniem wsparcia psychicznego. W I okresie porodu ojcowie w 96% skupiali się na udzielaniu wsparcia psychicznego rodzącej, a w 76,8% na wypełnianiu czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W tym zakresie 76,8% ojców podawało żonie/partnerce napoje. Udzielało pomocy w przyjmowaniu dogodnej pozycji porodowej - 56,8% mężczyzn, masowało okolice krzyżowo-lędźwiową - 46,4%, przypominało o relaksie - 42,4%, kierowało/kontrolowało sposób oddychania - 41,6% lub pomagało w immersji wodnej - 18,4%. Ojcowie uczestniczyli także

w czynnościach kontrolno-instrumentalnych takich jak: osłuchiwanie czynności serca dziecka detektorem (22,4%), ocena częstości skurczów porodowych (36%). W II okresie porodu udzielali wsparcia emocjonalnego (92%), dokonywali przecięcia pępowiny (84%), udzielali pomocy przy parciu (65,6%) i w przyjmowaniu przez rodzącą dogodnej pozycji porodowej (59,2%), kierowali/kontrolowali sposób oddychania (41,6%), przypominali o relaksie (23,2%), masowali okolicę krzyżowo-lędźwiową (16,8%), osłuchiwali czynność serca dziecka detektorem (12,8%) i pomagali w immersji wodnej (10%). W III okresie porodu i okresie poporodowym większość ojców (92,8%) wspierało psychicznie żonę przebywając z nią i dzieckiem przez cały okres poporodowy, uczestniczyło w pomiarach i badaniu dziecka (84,8%), trzymało dziecko w ramionach (39,2%), a w przystawieniu dziecka do karmienia piersią pomagało 27,6% ojców [143]. Autorki [143] nie wykazały istotnej statystycznie różnicy pomiędzy aktywną/bierną postawą ojców podczas porodu a wiekiem, jednakże najwyższy był w tej grupie odsetek powyżej 30. r.ż. (92,3%). Stwierdzono natomiast wyższą istotnie aktywność mężczyzn z wykształceniem wyższym (90,7%), ze stażem małżeńskim do 5 lat i powyżej 5 lat (86,5%) oraz z przygotowaniem do porodu przez szkołę rodzenia (100% ojców) [143]. Mężczyźni z badania Berkau i wsp. [202] w czasie porodu czuli się towarzyszem rodzącej (54%) lub obserwatorem (23%), a tylko niewielu mężczyzn twierdziło, że pełnili rolę instruktora (10%) i trenera (8%). Ich obecność przy porodzie w 95% przypadków zmniejszyła u rodzącej poczucie osamotnienia, stresu i strachu. Badani podawali także żonie/partnerce napoje (94%), wspierali psychicznie (89%), trzymali ją za rękę (82%), dodawali otuchy swoją obecnością (89%), pomagali w przyjęciu dogodnej pozycji (61%), kontrolowali sposób oddychania (60%), nieustannie mówili do rodzącej (55%), masowali okolicę krzyżowo-lędźwiową (28%), ale także w 6% - rozśmieszali, pilnowali aby kobieta miała zamknięte oczy, odtwarzali jej muzykę oraz kontrolowali przebiegu porodu. Pępowinę przecinało 81% badanych [202]. Z kolei w badaniach Kiełbratowskiej i Zwierzyńskiej [194] generalnie chcieli się czuć potrzebni swojej partnerce i pomagać jej w czasie porodu, w tym chęć wsparcia psychicznego zadeklarowało 53,3% badanych, podawanie napojów - 22,8%, pomoc w oddychaniu - 19,6% osób, a trzymanie za rękę - 30,4% badanych [194].

Berkau i wsp. [202] poprosili respondentów o określenie (w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczał lęk łagodny, a 10 – lęk ogromny), poziomu swojego lęku przed porodem. Okazało się, iż 33,7% z nich zadeklarowało brak odczuwania silnego lęku, a jedynie porodu ogromnie obawiało się 3% mężczyzn. Większość (90%) respondentów nie czuła się słabo podczas akcji porodowej, ale 10% w lekkim stopniu odczuwało pewien dyskomfort i stwierdziło, że nie są przyzwyczajeni do takich widoków. Mężczyźni podczas pierwszego kontaktu z dzieckiem

odczuwali przede wszystkim radość i wzruszenie, a następnie dumę i troskę. Sporo, bo aż 49% ankietowanych czuło się bezradnymi z powodu niemocy zmniejszenia bólu ukochanej osoby [202]. Z kolei mężczyźni z badania Kiełbratowskiej i Zwierzyńskiej [194] w 39,1% przyznali, że odczuwali strach przed mającymi nastąpić wydarzeniami, 25% obawiało się bezsilności wobec cierpienia żony a 13% - sytuacji stresowej na sali porodowej.

Ocena wiedzy i potrzeby edukacji

*Wszystko, czego się dotąd nauczyłeś, ztraci sens,
jeśli nie potrafisz znaleźć zastosowania dla tej wiedzy*

Paulo Coelho

W położnictwie bardzo ważne znaczenie odgrywa edukacja zdrowotna stanowiąca ważny element sprawowania opieki nad kobietą i jej rodziną w każdym okresie jej życia. Poprzez edukację przygotowuje się kobietę/jej rodzinę do rodzicielstwa, urodzenia dziecka włącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Kobiety z badania Karaudy i wsp. [201] przygotowując się do porodu najczęściej czytało literaturę popularnonaukową, a następnie korzystało z rad rodziny i znajomych, wzorowało się na własnych doświadczeniach jako matki, słuchało porad pracowników służby zdrowia (dwukrotnie częściej lekarza niż położnej), a pojedyncze osoby uczęszczały z mężem w tym celu na zajęcia szkoły rodzenia. W badaniu Siomy-Markowskiej i Poręby [143] zarówno matki (35,6%), jak i ojcowie (24%) przygotowujący się do porodu rodzinnego najczęściej samodzielnie zdobywali potrzebną wiedzę z książek, czasopism popularnonaukowych oraz Internetu. Potwierdziły to także badania Ziółkowskiej i wsp. [204], gdzie najczęstszą formą przygotowania do porodu rodzinnego przyszłych matek i ojców było samodzielne zdobywanie wiedzy, a dopiero w drugiej kolejności udział w szkole rodzenia. Także korelują z powyższymi wyniki z badań Guzikowskiego i wsp. [198], który stwierdzili, że dla 41,8% par małżeńskich samodzielne zdobywanie wiedzy było najpopularniejszą metodą przygotowania się do porodu bez względu na formę odbytego porodu, wiek, stopień wykształcenia i miejsce zamieszkania. Także prawie połowa mężczyzn z badania Berkau i wsp. [202], z grupy ze stażem związku powyżej 5 lat, nie przygotowywała się w jakiś specjalny sposób do porodu uważając, że będzie wiedziała instynktownie co robić. Z kolei mężczyźni z grupy poniżej 5 lat trwania związku, w większym stopniu uczęszczali do szkoły rodzenia i/lub przygotowywali się do porodu w inny sposób [202]. W badaniu Ulman-Włodarz i wsp. [123] głównym źródłem informacji o porodach rodzinnych

była prasa (60%), a pozostałymi – informacje pozyskiwane w szpitalu, od osób prywatnych i szkoły rodzenia. Wcześniej przygotowywało się do porodu 90% ankietowanych, głównie samodzielnie zdobywając wiedzę z książek, prasy, telewizji i zajęcia w szkole rodzenia [123].

W literaturze przedmiotu [116,205-211] podkreśla się, należy dążyć do wypracowania jak najbardziej aktywnej i świadomej postawy ojców w całym okresie okołoporodowym. Namawiać do uczestnictwa w zajęciach Szkoły Rodzenia, ponieważ jak wykazują badania uczęszczający tam rodzice przyjmują prozdrowotne zachowanie, korzystnie wpływające na przebieg ciąży, porodu i położu Ćwiek [207], mają wytworzone poczucie bezpieczeństwa, wsparcia i zasadność bycia razem z osobą towarzyszącą podczas porodu [116], a to przekłada się na wzmocnienie więzi rodzicielskich [208].

W badaniu Gębicz i wsp. [195] najczęstszym źródłem wiedzy o szkole rodzenia wśród badanych osób względem miejsca zamieszkania były: osoby znajome (46% osoby mieszkające w mieście vs 45,5% osoby ze wsi), lekarz (27,3% osoby mieszkające na wsi vs 24,9% z miasta), czasopisma (18,2% osoby mieszkające we wsi vs 5,3% osoby z miasta) oraz Internet (10,1% osoby mieszkające w mieście vs 9,1% osoby ze wsi). W grupie osób w wieku 3-27 lat głównym źródłem informacji był lekarz (48,2%) oraz Internet (35,7%). U osób w wieku 28- 32 lat – osoby znajome (71%) oraz położna (21%), a w wieku 33-38 lat - lekarz (95%). Ten ostatni był także edukatorem w opinii 25% pierworódek oraz wieloródek. Pierworódki, jako źródło wiedzy preferowały także Internet (10,7%) i położną (14,3%), a wieloródki czasopisma (8,3%) [195].

Olejniczak i wsp. [201] oraz Wolbiś i wsp. [211] podkreślają, że rola partnera w edukacji to ogromne wsparcie dla rodzącej. Potwierdza to także badanie obecne, ponieważ aż 61,3% mężczyzn preferowało jako formę przygotowania do porodu wspólne uczestniczenie w szkole rodzenia, a o szkole dowiedziało się od żony/partnerki.

Podsumowanie

Jeden ojciec znaczy więcej niż stu nauczycieli

George Herbert

Należy zachęcać mężczyzn, aby poszerzali swoją wiedzę o przebiegu ciąży, porodzie, zasadach wspierania żony/partnerki i opiece nad dzieckiem.

Nie można w tej kwestii radzenia sobie ze stresem u mężczyzn. Stres męża/partnera może bowiem udzielić się kobiecie, wprowadzając dodatkowy niepokój na sali porodowej.

Poza tym trzeba brać pod uwagę, że mężczyzna który bierze udział w akcji porodowej, może doznać traumy i depresji. W obecnym badaniu mężczyźni prezentowali styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań, zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji trudnych, jednak o przeciętnym nasileniu. Mimo to jest to korzystne, ponieważ taki styl zakłada bezpośrednią konfrontację ze stresorem i traktowanie stresu jako zadania do wykonania – trzeba wymyśleć plan działania, podjąć środki zaradcze, stawić czoła trudnej sytuacji, która najczęściej jest pokonywana z sukcesem. Jest to najlepszy sposób reagowania na stres, chociaż trudny do zrealizowania. W związku z tym należy podejmować zadania, które sprzyjałyby rozwijaniu konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Kolejnym elementem jest empatia, która z psychologicznego punktu widzenia jest umiejętnością współodczuwania i identyfikowania stanów psychicznych innych, świadcząc o dojrzałości emocjonalnej i umożliwiając wczucie się w sytuację drugiego człowieka. Bez odpowiednio rozwiniętej empatii nikt nie będzie mógł stworzyć udanego związku, relacji przyjacielskiej, nie będzie potrafił wybaczyć drugiej osobie, ani się nią zaopiekować. O tym jak ważna jest empatia u męża/partnera świadczą wyniki obecnego badania. Okazało się bowiem, że zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem w większym stopniu stosowali mężczyźni z wysokim stopniem empatii. W grupie mężczyzn, którzy prezentowali niskie poziomy empatii, nikt nie uczestniczył w zajęciach szkoły rodzenia. Z kolei w grupie mężczyzn o wysokim poziomie empatii prawie wszyscy uczęszczali do szkoły rodzenia i w najwyższym odsetku chcieli uczestniczyć w porodzie swojej żony lub partnerki.

Nadal trzeba także propagować ideę szkół rodzenia, jako rzetelną formę w przygotowaniu do aktywnego udziału w porodzie. Jak pokazały wyniki pracy tylko znikomy odsetek mężczyzn uczestniczył w zajęciach szkoły rodzenia przed obecnymi badaniami. Jednakże respondenci biorący udział w zajęciach szkoły rodzenia mieli dokładnie sprecyzowane ku temu cele i oczekiwania względem wiedzy jaka tam chcieli zdobyć. Większość z nich poleciłaby innym ojcom udział w szkole rodzenia.

Istnieje również potrzeba rozwijania innych form przedporodowej edukacji ojców oraz jej kontynuowanie w sali porodowej.

Warto także edukować ojców w zakresie wyboru placówki do porodu. WHO, za Ulman-Włodarz [123] zaleca wybór przez młodych rodziców szpitala, który zapewni:

- poczucie bezpieczeństwa i intymności;
- możliwość poruszania się lub wyboru dogodnej pozycji dla siebie w trakcie porodu;
- obecność partnera w czasie porodu;

- wybór pozycji do urodzenia dziecka;
- kontakt z dzieckiem zaraz po porodzie
- system *rooming-in* (przebywanie razem z noworodkiem przez cały okres pobytu w szpitalu).

Świadome wsparcie kobiety podczas ciąży, porodu i porodu wymaga od partnera świadomych zachowań. Mąż/partner to bowiem niezastąpiony łącznik pomiędzy kobietą rodzącą, a personelem medycznym

Pojawienie się dziecka oznacza głęboką przemianę sytuacji życiowej rodziny, gotowość partnerów, lub jej brak, do zaangażowania się w jego opiekę.

Przebieg ciąży i pozytywne nastawienie rodziców do nienarodzonego dziecka ma istotny wpływ na jego rozwój fizyczny i psychiczny w okresie życia wewnątrzmacicznego. Natomiast zapoznanie się z publikacjami, oglądanie filmów o życiu dziecka w łonie matki, wspólne uczestnictwo w badaniach USG, wpływają na wcześniejsze poznanie dziecka oraz kształtują wyobrażenia o nim. Nawiązywanie kontaktu z nienarodzonym dzieckiem przez oboje rodziców wpływa stymulująco na jego rozwój, rozwija pozytywne uczucia oraz myślenie o dziecku u rodziców, a matka i ojciec odbierają swoje nienarodzone jeszcze dziecko, jako pełnoprawnego członka rodziny, o którego już od momentu poczęcia trzeba się troszczyć. Zarówno matka, jak i ojciec pragną kontaktu ze swoim dzieckiem, ponieważ każde z nich chce zaznaczyć swoją rolę w jego życiu. Pragnienia rodziców skupiają się wokół myśli, żeby ich dziecko było zdrowe oraz szczęśliwe i w związku z tym idealizują go w swoich wyobrażeniach. Ponieważ role matki i ojca są w pewnym sensie odmienne, dlatego także występują różnice w przeżywaniu ciąży i w wyobrażeniach o niej.

Postawy mężczyzn w czasie ciąży, aktu porodowego i opieki nad noworodkiem nie są do końca zbadane, pomimo iż obecność ojca przy porodzie i zjawisko *couvade* towarzyszyło rodzącym od dawna, w różnych kulturach i z różną intensywnością. Poprzez ten obrzęd społeczeństwo prymitywnych ludów ustalało ojcom bardzo ważną rolę do spełnienia w czasie ciąży i porodu.

W ostatnich kilkunastu latach dokonał się znaczący postęp medycyny perinatalnej i pojawiła się współczesna koncepcja aktywnej postawy ojca w porodzie rodzinnym, wynikająca z gromadzenia doświadczeń z przebytych porodów rodzinnych oraz relacji i opinii uzyskiwanych w toku badań nad porodem z udziałem ojca.

Wydaje się, iż towarzyszenie partnerce w ciąży, uczestnictwo w porodzie i opiece nad noworodkiem, może przejawiać się w różny sposób, zależny od prezentowanej przez mężczyznę postawy wobec świata, zdolności empatii, więzi jak łączy go z partnerką.

Prezentowane postawy są z reguły ściśle związane z przekonaniami człowieka i stanowią zasadnicze wyznaczniki działania. Różnorodne zachowanie się osób w takich samych sytuacjach wynika między innymi z indywidualnych różnic w zakresie postaw, które kształtują się i utrwalają wraz z nabywaniem wiedzy i doświadczenia pod wpływem oddziaływania wychowawczego i innych wpływów środowiska. Prowadzone dotychczas badania retrospektywne i prospektywne nad zagadnieniem postawy i roli ojca w porodzie oceniają niejednorodnie ten problem. Autorzy wyróżniają dwie krańcowo odmienne postawy ojców w czasie porodu: bierną (obserwatora, świadka, towarzysza) i aktywną (trenera, instruktora).

W literaturze przedmiotu znajduje się niewiele prac poświęconych postawom współczesnych ojców uczestniczących w porodzie, jak również oceny wpływu wybranych zmiennych: wieku, wykształcenia, czasu trwania małżeństwa, relacji małżeńskich, zdolności empatii oraz formy przygotowania do porodu na prezentowaną postawę w czasie porodu.

Wielu przyszłych ojców odczuwa w kontakcie z ciężarną żoną/partnerką strach i niepewność, a co z reguły wynika z ich niewiedzy. Obecne badania własne wykazały, że wśród badanych mężczyzn we wszystkich grupach dominowało w samoocenie poczucie niskiego poziomu wiedzy na temat ciąży i porodu, jednak ci którzy uczestniczyli w szkole rodzenia w najwyższym odsetku deklarowali, że ich wiedza jest wystarczająca.

W związku z powyższym opracowano, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości Opieki Pielęgniarskiej (*The European Quality Assurance Network*), standard edukacji mężczyzn w zakresie wsparcia udzielanego żonie/partnerce w okresie ciąży, porodu i po porodzie.

STANDARD EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ MĘŻCZYŹN W ZAKRESIE WSPARCIA UDZIELANEGO ŻONIE/PARTNERCE W OKRESIE CIĄŻY, PORODU I PO PORODZIE

Wstęp

*Radości życia rodzinnego są najpiękniejsze na świecie,
a radość, jakiej rodzice doświadczają na widok swych dzieci, jest najświętsza*
Johann Heinrich Pestalozzi

Pojawienie się dziecka w rodzinie oznacza głęboką przemianę jej sytuacji życiowej oraz gotowość partnerów, lub jej brak, do zaangażowania się w jego opiekę.

Na przestrzeni lat rola ojca uległa znaczącej zmianie. W chwili obecnej wiele kobiet nie wyobraża sobie np., aby na sali porodowej nie było obok nich ich męża/partnera. Ich obecność w czasie porodu sprzyja bowiem ukojeniu bólu, stwarza poczucie bezpieczeństwa, dodaje kobietom sił w krytycznym momencie, łagodzi ich lęk i stres oraz sprzyja cementowaniu związku.

Warto także podkreślić, że obecność męża/partnera na sali porodowej pozwala mu na uzmysłowienie z jakim wysiłkiem oraz poświęceniem związany jest poród, a co może przełożyć się na jego postawę opiekuńczą wobec kobiety i dziecka.

Niestety wielu przyszłych ojców odczuwa w kontakcie z ciężarną żoną/partnerką strach i niepewność, z reguły wynikają z ich niewiedzy o ciąży, porodzie, połogu i wychowaniu dziecka.

W ostatnich dekadach zaszły duże zmiany w funkcjonowaniu mężczyzn, w tym jego aktywność w akcie porodu, w roli ojca, a w konsekwencji rola położnej w udzieleniu mu wsparcia i rady. Brak jest jednak opracowanych standardów edukacyjnych dla mężczyzn przygotowujących ich do wsparcia żony/partnerki w okresie ciąży, porodu i połogu oraz do roli ojca.

Oświadczenie standardowe

Mężczyźni, jako potencjalni ojcowie, będą posiadali wiedzę i umiejętności w zakresie wsparcia udzielanego żonie/partnerce w okresie ciąży, porodu i po porodzie.

Adresat

Mężczyźni mający lub planujący posiadanie dzieci.

Kryteria struktury

1. Położna ma obowiązek prowadzenia działań edukacyjnych męża/partnera kobiety w ciąży dotyczących udzielanego zonie/partnerce wsparcia w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
2. Położna powinna posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie działań edukacyjnych oraz komunikowania się mężem/partnerem kobiety w ciąży.
3. Położna wchodzi w skład interdyscyplinarnego zespołu, który współpracuje ze sobą w zakresie form oraz metod edukacji męża/partnera kobiety w ciąży dotyczących udzielanego jej wsparcia w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
4. Praca położnej jest dokumentowana, a dokumentacja dostępna jest wszystkim członkom zespołu terapeutycznego.
5. Położna prowadzi karty edukacyjne (załącznik 1).
6. Położna ma możliwość gruntownego i systematycznego pogłębiania wiedzy i umiejętności zawodowych poprzez samokształcenie, udział w szkoleniach i konferencjach.
7. Środowisko pracy położnej zapewnia właściwe warunki lokalowe do prowadzenia indywidualnej i grupowej edukacji.
8. Środowisko pracy położnej wyposażone jest w materiały pomocnicze niezbędne do prowadzenia edukacji zdrowotnej:
 - komputer, laptop
 - rzutnik multimedialny
 - odbiornik TV
 - konspekty tematów
 - tablice, plansze
 - poradniki, broszury
 - filmy
 - itp.

Kryteria procesu

1. Położna jest przygotowana do objęcia męża/partnera kobiety w ciąży kompleksową opieką uwzględniającą wszystkie aspekty zdrowia biologicznego, psychicznego, społecznego.

2. Położna zbiera dane na temat stanu biologicznego, psychicznego i społecznego męża/partnera kobiety w ciąży, wykorzystując różne źródła i techniki (wywiad, rozmowa, pomiar, obserwacja), które systematycznie gromadzi, zapisuje, aktualizuje, wykorzystując w tym celu arkusz do zbierania danych.
3. Położna formułuje diagnozę pielęgnarską zgodną z aktualnym stanem wiedzy męża/partnera kobiety w ciąży.
4. Położna planuje realizację zaplanowanych działań edukacyjnych i określa osoby bezpośrednio odpowiedzialne za ich wykonanie.
5. Położna konsultuje program edukacyjny z innymi położnymi (np. położnymi środowiskowymi), lekarzem i psychologiem/psychiatrą.
6. Położna wspólnie z osobami odpowiedzialnymi realizuje program edukacji, ocenia go i prowadzi stosowną dokumentację.
7. Uzyskane dane o zasobach wiedzy w zakresie wsparcia udzielanego kobiecie w okresie ciąży, porodu i po porodzie są wykorzystywane do określania priorytetowych problemów edukacyjnych w kontekście zarządzania własnym zdrowiem, z zachowaną płynnością dostępu informacji dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego.
8. Położna przekazuje mężowi/partnerowi kobiety w ciąży wiedzę z zakresu przebiegu ciąży, porodu i położu oraz uświadamia mu, że oboje z żoną/partnerką ponoszą równą odpowiedzialność za dziecko.
9. Położna wyjaśnia mężowi/partnerowi kobiety w ciąży na czym polegają badania prenatalne oraz kiedy i gdzie można je wykonywać.
10. Położna obserwuje męża/partnera kobiety w ciąży w kierunku postępów w zakresie nabywania wiedzy i umiejętności wsparcia udzielanego kobiecie w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
11. Położna kształtuje u męża/partnera kobiety w ciąży umiejętności wsparcia udzielanego kobiecie w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
12. Położna informuje mężczyznę, że on tak samo jak kobieta ciężarna, może w trakcie ciąży odczuwać liczne dolegliwościami – tzw. syndrom *cauvade* (np. pojawienie się ciążowych zachcianek, bezsenność, bóle krzyża, poranne nudności, niestrawność, omdlenia, zmiany apetytu, przybieranie na wadze, biegunki lub zaparcia, bóle głowy, bóle zębów, bóle krzyża, swędzenie skóry, zmiany nastroju).
13. Położna uwrażliwia męża/partnera by zachęcał żonę do przestrzegania zaleceń lekarza i do higienicznego trybu życia, w tym podkreślał wagę np. ich wspólnych spacerów,

- chwil relaksu, słuchania spokojnej muzyki.
14. Położna zaleca mężowi/partnerowi zerwanie z nałogiem palenia lub unikanie palenia w mieszkaniu oraz w obecności żony/partnerki.
 15. Położna sugeruje mężowi/partnerowi, aby ograniczył swoje wyjazdy służbowe i dłuższe nieobecności w domu.
 16. Położna uczula męża/partnera, aby głaszcząc delikatnie mamę po brzuchu rozmawiał ze swym dzieckiem, śpiewał mu lub opowiadał bajki, bowiem jeśli mama lub tata nuci dziecku regularnie w czasie ciąży wybraną kołysankę, to po przyjściu na świat gdy ją usłyszy uspokaja się i łatwiej zasypia.
 17. Położna, w okresie ciąży powinna wytłumaczyć mężczyźnie, że
 - dobrze by było, aby towarzyszył żonie/partnerce w okresie ciąży podczas wszystkich kontrolnych badań, a przede wszystkim przy pierwszym odsłuchu tętna dziecka, czy badaniu USG
 - powinni z żoną uczestniczyć w zajęciach w szkole rodzenia, dzięki czemu zdobędzie wiedzę, która może być pomocna, by udzielić kobiecie wsparcia na sali porodowej
 - powinni wspólnie z żoną podejmować decyzje o ewentualnych testach prenatalnych
 - na kilka tygodni przed porodem powinien pomóc żonie/partnerce w:
 - przygotowaniu listy rzeczy niezbędnych do porodu – należy sprawdzić na stronie internetowej szpitala, czy nie ma zamieszczonej listy rzeczy, które należy ze sobą zabrać do porodu
 - spakowaniu torby szpitalnej - należy w niej umieścić potrzebne do porodu wszystkie ważne dokumenty oraz rzeczy niezbędne dla mamy i dla noworodka, a także pamiętać, gdzie torba się znajduje i nie zapomnieć zabrać jej i w chwili wyjścia z domu do szpitala
 - ustaleniu planu trasy jak najlepszego dojazdu do szpitala
 - zaopatrzeniu baku samochodu w ilość benzyny potrzebną na dojazd do szpitala
 - przygotowaniu wody i jedzenia – ponieważ poród trwa wiele godzin, a ponieważ w wielu miejscach nie pozwala się jeść kobietom podczas porodu, to dobrze jest mieć zapas wody
 - przygotowaniu telefonu, aparatu itp. – aby móc po porodzie podzielić się radością z bliskimi.
 18. Położna wyjaśnia mężowi/partnerowi co to jest konflikt serologiczny.
 19. Położna informuje męża/partnera o możliwości bankowania krwi pępowinowej,

wyjaśnia czym są komórki macierzyste i jak przebiega proces ich pobierania oraz bankowania

20. Położna powinna wyedukować mężczyznę, że w czasie porodu:

- musi starać się zachować spokój, nie okazywać swojego zdenerwowania, niepokoju, lęku oraz być wyczulonym na potrzeby i prośby żony/partnerki
- być wyrozumiałym i pytać żonę/partnerkę, czego potrzebuje, pamiętając, że mogą one różnie reagować na ból
- nie powinien narzucać się z pomocą, wchodzić w kompetencje lekarzy oraz podważać ich decyzji
- pamiętać o tym, że w czasie porodu rodząca może sprawiać wrażenie nieobecnej lub obojętnej na otoczenie, ale mimo to czuje jego obecność i potrzebuje bliskości
- powinien przekazywać kobiecie słowa otuchy (np. że wszystko jest w porządku, że jest dzielna, że świetnie jej "idzie", że ją kocha), które dadzą jej poczucie bezpieczeństwa oraz siłę
- musi oszczędzać siły i robić krótkie przerwy na posiłek/odpoczynek, ponieważ poród często trwa kilkanaście godzin
- powinien uszanować prośbę rodzącej jeśli prosi aby opuścił salę
- nie musi przebywać przez cały czas na sali porodowej i lepiej, aby w sytuacji silnych emocji, zmęczenia, wyszedł na zewnątrz i ochłoniął

21. Położna edukuje męża/partnera kobiety w ciąży na co ma zwracać uwagę przy wyborze placówki do porodu.

22. Położna tłumaczy mężowi/partnerowi kobiety, na czym może polegać jego rola podczas porodu, np. w zakresie:

- towarzyszenia rodzącej podczas całego porodu
- dania poczucia żonie/partnerce, że w przypadku ewentualnych problemów będzie on interweniował i nie pozwoli, by jej oraz dziecku stała się jakakolwiek krzywda
- uświadamiania jak ważne są np. czułe, miłe słowa, otarcie czoła, podanie wody, chwycenie za rękę, masowanie okolicy krzyżowej podczas skurczu, w przetrwaniu nawet najtrudniejszych chwil na sali porodowej
- podtrzymywania kobiety w takich pozycjach, jakie rodząca uzna za wygodne
- podawania wody do picia
- sprawdzania na aparacie KTG wykresu tętna dziecka i informowania położnej

lub lekarza o każdym odchyleniu od normy

- uzmysłowienia, że mężczyzna może też brać aktywny udział w porodzie – np. w mierzeniu czasu pomiędzy poszczególnymi skurczami, w dostosowaniu oddechu do rytmu skurczów, w wykonywaniu masażu łagodzącego ból, w uspokajaniu, w proszeniu o pomoc w imieniu żony/partnerki, w przecięciu pępowiny (w niektórych szpitalach)
- asystowania przy podstawowych czynnościach sprawiających po porodzie trudności
- pocieszania w chwilach zwątpienia
- dzielenia się radością z narodzin dziecka
- w przypadku cięcia cesarskiego – w zastąpieniu mamy w obowiązkach związanych z kangurowaniem i zapewnieniu dziecku niezbędnego kontaktu skóra do skóry

23. Położna powinna wytłumaczyć mężowi/partnerowi żony/partnerki po porodzie, że młoda mama przeżywa potężne emocje (pod wpływem wybuchu hormonów) i trzeba jej okazać wiele wyrozumiałości.

24. Położna przekazuje mężowi/partnerowi, aby po porodzie:

- w miarę możliwości uczestniczył w ważeniu, mierzeniu, badaniu oraz ubieraniu dziecka
- ile nie ma przeszkód powinien nie bać się i brać dziecko na ręce
- załatwił niezbędne formalności, wypełnił niezbędne dokumenty (zarejestrowanie narodzin dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, złożenie wniosku mamy o urlop macierzyński i urlop rodzicielski, zgłoszenie dziecka do ZUS, przedstawienie pracodawcy wniosku o urlop macierzyński)
- dostarczył żonie i dziecku rzeczy potrzebne na wyjście ze szpitala

25. Położna udziela mężowi/partnerowi kobiety po porodzie, aby przed wypisem do domu:

- upewnił się, że żona/partnerka i dziecko mają potrzebne ubrania do wyjścia
- pamiętał o odpowiednio zamocowanym foteliku dla dziecka w samochodzie
- dopilnował i schował w bezpiecznym miejscu dokumenty otrzymane przy wypisie ze szpitala (akt urodzenia dziecka, książeczkę zdrowia dziecka, zaświadczenie dla pracodawców o porodzie)

26. Położna udziela mężowi/partnerowi kobiety po porodzie wskazówek, aby wspierał

żonę/partnerkę po powrocie do domu poprzez:

- wzięcie urlopu
- jak najszybsze włączenie się w opiekę nad maleństwem – np. noszenie dziecka na rękach, kąpanie, przewijanie, usypianie, co pozwoli mu na nawiązanie z nim emocjonalnej więzi, a mamie umożliwi krótki odpoczynek i regenerację sił
- sprawdzenie, czy młoda mama czuje się gotowa na odwiedziny rodziny i przyjaciół
- zastąpienie żony/partnerki zmęczonej po porodzie w obowiązkach domowych – np. w zaopiekowaniu się starszymi dziećmi (o ile para już ma dzieci), w posprzątaniu domu, umyciu naczyń, robieniu zakupów, zaopiekować się nowonarodzonym dzieckiem (spacer, przewijanie, kąpanie)

27. Położna powinna przekazać mężczyźnie, aby wspierał kobietę w laktacji - dowiedział się gdzie, jeśli zajdzie potrzeba jest możliwość skorzystania z pomocy i można znaleźć doradcę laktacyjnego.
28. Położna powinna przekazać mężczyźnie, że jeżeli poczuje się zmęczony, powinien wyjść z domu, spotkać się z kolegami, itp. ale przy tym nie zapomnieć o zapewnieniu pomocy/opieki żonie/partnerce.
29. Położna powinna uczulić mężczyznę, aby bacznie obserwował swoją żonę/partnerkę w aspekcie możliwości wystąpienia depresji poporodowej.
30. Położna powinna przekazać mężczyźnie, że po narodzinach maluszka u niego także istnieje ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.
31. Położna informuje męża/partnera, że nie ma powodu, aby w czasie ciąży rezygnowali z wyjścia do kina, teatru, do znajomych, ale musi pamiętać, że w tej kwestii decydujący głos ma kobieta i zależy od jej samopoczucia oraz że należy wyeliminować długie imprezy, ponieważ sen i odpoczynek są bardzo ważne dla prawidłowego przebiegu ciąży.
32. Położna powinna przekazać mężowi/partnerowi, że jeżeli ciąża przebiega prawidłowo, nie ma powodu unikania zbliżeń seksualnych, ale ponieważ niektóre ciężarne mają zmniejszoną chęć współżycia seksualnego, mężczyzna powinien to uszanować.
33. Położna powinna przekazać mężowi/partnerowi, że stosunki seksualne są niewskazane w przypadkach: krwawienia w ciąży, zagrażającego porodu przedwczesnego, łożyska przodującego, odpływania płynu owodniowego oraz niepowodzeń

- położniczych w przeszłości.
34. Położna gromadzi informacje o postawie męża/partnera kobiety w zakresie wsparcia udzielanego kobiecie w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
 35. Położna udziela wsparcia informacyjnego i emocjonalnego mężowi/partnerowi kobiety oraz go do wspierania jej w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
 36. Położna w przypadku wypisu kobiety po porodzie ze szpitala pozostaje w kontakcie z położnymi środowiskowymi i przekazuje im dane/uwagi o deficytach wiedzy jej męża/partnera w zakresie wsparcia udzielanego kobiecie po porodzie.
 37. Położna kształtuje u męża/partnera kobiety postawę odpowiedzialności za zdrowie i jakość życia kobiety w okresie ciąży, porodu i po porodzie
 38. Położna przeprowadza ocenę bieżącą (po każdym zadaniu z karty edukacyjnej) oraz końcową (po zakończeniu wszystkich zadań) podejmowanych działań edukacyjnych.
 39. Położna ewaluuje stopień osiągnięcia zakładanych celów edukacji.
 40. Położna mobilizuje męża/partnera kobiety do pogłębiania wiedzy o możliwych sposobach wsparcia jego żony/partnerki w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
 41. Położna dokumentuje proces edukacji. w opracowanym formularzu służącym do ewaluacji podjętych działań.

Kryteria wyniku

1. Opracowano główne wytyczne do przygotowania indywidualnego programu edukacyjnego (załącznik 1)
2. Opracowano przykładowy program indywidualnej edukacji męża/partnera żony/partnerki w ciąży w zakresie wsparcia udzielanego jej w okresie ciąży, porodu i po porodzie, a który jest akceptowany przez niego (karta edukacyjna- zał.2)
3. W wyniku podjętych działań edukacyjnych mąż/partner żony/partnerki w ciąży będzie posiadał wiedzę, umiejętności oraz motywację niezbędne do jej wsparcia w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
4. Mąż/partner żony/partnerki w ciąży został zapoznany i przygotowany do jej wspierania oraz udzielania pomocy w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
5. W wyniku podjętych działań edukacyjnych mąż/partner żony/partnerki w ciąży będzie wykazywał postawę:
 - odpowiedzialności za zdrowie żony/partnerki w okresie ciąży, porodu i po porodzie
 - odpowiedzialności za zdrowie nowonarodzonego dziecka

- zdolności współpracy z zespołem terapeutycznym
 - zrozumienia i cierpliwości w procesie samoopieki/samopielęgnacji żony/partnerki w okresie ciąży, porodu i po porodzie oraz nowonarodzonego dziecka
6. Mąż/partner będzie wiedział jak przebiega ciąża, jakie zmiany zachodzą w organizmie kobiety i posiada umiejętność wspieranie jej w okresie ciąży, porodu i po porodzie.
 7. Mąż/partner będzie wiedział na czym polegają badania prenatalne oraz kiedy i gdzie można je wykonywać.
 8. Mężczyzna będzie znał rolę szkół rodzenia i ich zadania oraz miejsca gdzie się one znajdują.
 9. Przyszły tata będzie wiedział na co zwracać uwagę przy wyborze placówki do porodu.
 10. Mąż/partner będzie posiadał wiedzę na temat objawów zbliżającego się porodu, jego przebiegu i możliwości wsparcia w tym czasie swojej żony/partnerki.
 11. Mężczyzna będzie wiedział, że bez przeszkód może kangurować dziecko zaraz po porodzie.
 12. Mąż/partner kobiety w ciąży będzie miał świadomość, że może dotyczyć go syndrom *couvade*, i poczynawszy od drugiego lub trzeciego trymestru zacząć współprzeżywać ciążę z partnerką (problem dotyka 11- 65% przyszłych ojców).
 13. Mężczyzna będzie wiedział na czym polega jest konflikt serologiczny.
 14. Mąż/partner kobiety w ciąży będzie wiedział czym są komórki macierzyste oraz jak przebiega proces ich pobierania oraz bankowania.
 15. Mąż/partner kobiety w ciąży będzie wspierał kobietę w laktacji, wiedział gdzie, jeśli zajdzie potrzeba jest możliwość skorzystania z pomocy i będzie potrafił znaleźć doradcę laktacyjnego.
 16. Mąż/partner będzie miał świadomość, że problem depresji poporodowej w naszym kręgu kulturowym dotyka 10-20% kobiet w połogu.
 17. Mężczyzna będzie znał przyczyny, przebieg i skutki depresji poporodowej i będzie przygotowany do aktywnego wspierania swojej partnerki w przypadku, gdy ona jej doświadczy.
 18. Mąż/partner będzie posiadał wiedzę na temat tego, jak wspierać żonę w okresie połogu i że w tym wyjątkowym czasie musi wziąć na siebie rolę opiekuna, aby zapewnić żonie i dziecku spokój oraz potrzebną ciszę

Po zakończeniu procesu edukacji położna przekazuje mężowi/partnerowi kobiety w ciąży spis materiałów edukacyjnych do samokształcenia:

- Załącznik 3 - zalecane do samoedukacji pozycje książkowe
- Załącznik 4 - zalecane do samoedukacji pozycje do pobrania online
- Załącznik 5 - przydatne strony online
- Załącznik 6 – materiały filmowe

ZAŁĄCZNIK 1.

Ogólne wytyczne do indywidualnego opracowania programu edukacyjnego

- Edukacja przedporodowa mężczyzn powinna być bezpłatna i ogólnie dostępna.
- Tematyka spotkań edukacyjnych powinna uwzględniać rolę mężczyzny w okresie ciąży i podczas porodu, możliwości wsparcia żony/partnerki w ciąży, w okresie porodu i połogu, sposoby budowania więzi prenatalnej z dzieckiem, zmian roli mężczyzny po porodzie i doświadczeń w związku ze staniem się ojcem.
- Edukacja przedporodowa powinna
 - dostarczać w sposób jasny i rzetelny treści opartych o wyniki aktualnych badań (np. medycznych, psychologicznych)
 - uzmysłwić mężczyznom kluczowych kwestii wspierających partnerstwo w rodzinie
 - dostarczać mężczyźniom wiedzy o doświadczeniach ich żony/partnerki w okresie ciąży, porodu i połogu (zarówno na poziomie fizjologicznym jak i emocjonalnym) oraz ich ewaluacji i jak mogą mężczyźni udzielić im wsparcia w tym czasie
 - promować budowanie więzi z dzieckiem już od okresu prenatalnego
 - pozwolić mężczyznom wzmocnić ich kompetencje w zakresie rozumienia oraz interpretowania dziecięcej komunikacji (np. płacz, gesty, mimika).
 - uzmysłwić mężczyznom wagę zespołowego działania podczas akcji porodowej
 - przygotowywać mężczyzn do podjęcia konkretnych działań w czasie ciąży, porodu i połogu poprzez stworzenie możliwości praktycznego przećwiczenia konkretnych czynności i nabycie w nich sprawności
 - stwarzać mężczyznom przestrzeń do przemyśleń i przedyskutowania tego co chcieliby wdrożyć we własnym ojcostwie, a czego woleliby unikać
 - poinformować o obowiązujących prawach związanych z opieką okołoporodową i samym porodem
 - pouczyć mężczyzn o przysługującym mężczyznom uprawnieniom związanym z opieką nad partnerką po porodzie i opieką nad dzieckiem (urlop tacierzyński, dzielenie urlopu rodzicielskiego)
 - zwrócić uwagę na fakt możliwości wystąpienia zespołu couvade i depresji poporodowej u mężczyzn

- wskazać potencjalne sposoby radzenia sobie ze stresem, szukania dróg wsparcia społecznego (rodzina, przyjaciele, grupy wsparcia), organizacji czasu dla siebie,
- uzmysłwić, że w przypadku trudności emocjonalnych trzeba skorzystać z konsultacji psychologicznej, psychoterapii i/lub pomocy psychiatrycznej

Opracowano na podstawie

- Chin R., Hall P., Daiches A. (2011). Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 2011, 29(1), 4-18.
- Fletcher R., Silberberg S., Galloway D. (2004). New fathers' postbirth views of antenatal classes: satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *The Journal of perinatal education*, 2004, 13(3), 18-26.
- May C., Fletcher R. Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 2013, 29(5), 474-478.
- <https://fatheringdaily.com/2021/02/03/rekomendacje-dot-edukacji-przedporodowej-dla-mezczyzn/> (data pobrania – 2.06.2023)

ZAŁĄCZNIK 2.

KARTA EDUKACJI MĘŻA/PARTNERA KOBIETY W CIĄŻY, W OKRESIE PORODU I PO PORODZIE

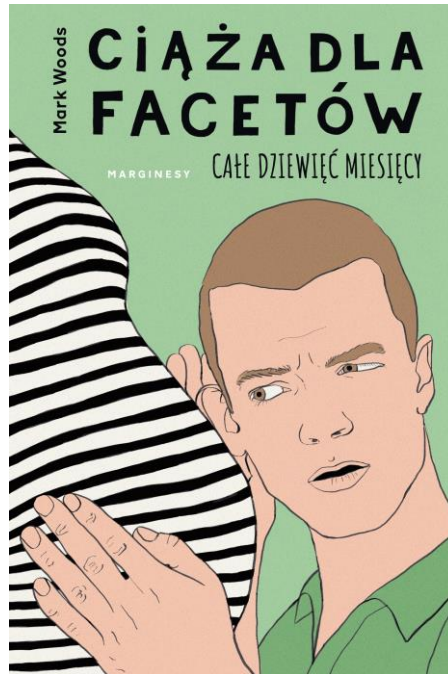
Zakres wiadomości i umiejętności – przykładowe zadania edukacyjne	Forma, metoda pracy	Osoba prowadząca edukację: lekarz położnik położna psycholog psychiatra	Data	Zdobyty zakres wiedzy			Uwagi
				Bardzo dobry	dobry	dostateczny	
Przebieg ciąży – fizjologiczne zmiany w okresie ciąży, okresy/etapy ciąży, rozwój płodu	dyskusja, pogadanka, objaśnienie, metoda przypadku, metoda sytuacyjna, pokaz, instruktaż, film						
Dbanie o higienę w ciąży							
Znaczenie optymalnego żywienia w okresie ciąży na rozwój płodu oraz samopoczucia ciężarnej							
Znaczenie ćwiczeń oddechowych, relaksacyjnych i innych przygotowujących do porodu							
Zasady zrozumienia ciała i psychiki kobiety w ciąży							
Zasady zmniejszenia odczuwanego lęku przed porodem							
Zespół couvade – epidemiologia, patogeneza, objawy, przyczyny, leczenie							
Badania prenatalne – na czym polegają, kiedy i gdzie je wykonywać							
Szkoła rodzenia - cele, metody pracy							
Zasady przygotowanie się do szpitala przed porodem							
Zasady wyboru placówki do porodu							
Fazy zaangażowania ojca w proces prenatalnego rozwoju dziecka							
Objawy porodu – zwiastuny porodu, kolejne fazy, zasady postępowania po upływie terminu porodu							

Zasady właściwego zachowania się podczas porodu							
Przebieg porodu fizjologicznego i powikłanego							
Wskazania do cięcia cesarskiego i przebieg zabiegu							
Zasady porodu z osobą towarzyszącą							
Metody łagodzenia bólu porodowego (korzyści i ryzyko)							
Zasady dbania o higienę po porodzie							
Korzyści kangurowania							
Zasady właściwego karmienia piersią							
Zasady opiekowania się dzieckiem w pierwszych dniach i miesiącach po porodzie							
Prewencja zaburzeń psychicznych w ciąży i w poroku							
Depresja poporodowa kobiet - epidemiologia, patogeneza, objawy, przyczyny, leczenie							
Depresja poporodowa mężczyzn epidemiologia, patogeneza, objawy, przyczyny, leczenie							
Bankowanie krwi pępowinowej							
Konflikt serologiczny – celowość określania na początku ciąży u każdej pacjentki grupy krwi i czynnika Rh							
Formalności związane z narodzeniem dziecka - zarejestrowanie narodzin dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, złożenie wniosku mamy o urlop macierzyński i urlop rodzicielski, zgłoszenie dziecka do ZUS, przedstawienie pracodawcy wniosku o urlop macierzyński							

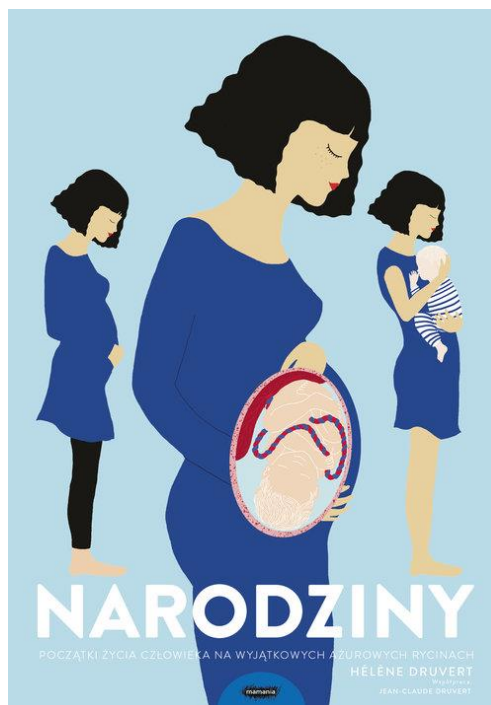
ZAŁĄCZNIK 3.

ZALECANE DO SAMOEDUKACJI POZYCJE KSIĄŻKOWE:

- **Mark Woods: Ciąża dla facetów. Całe dziewięć miesięcy, Wyd. Marginesy, 2021**



- **Helene Druvert: Narodziny. Początki życia człowieka na wyjątkowych ażurowych rycinach, Wyd. Mamania, 2019**



- **Uzzi Reiss, Yfat M. Reiss: Jak opiekować się kobietą w ciąży. Poradnik dla przyszłych ojców, Wyd. Bellona, 2006**



- **Stefan Maiwald: Jestem tatą! , Wyd. media rodzina, 2017**



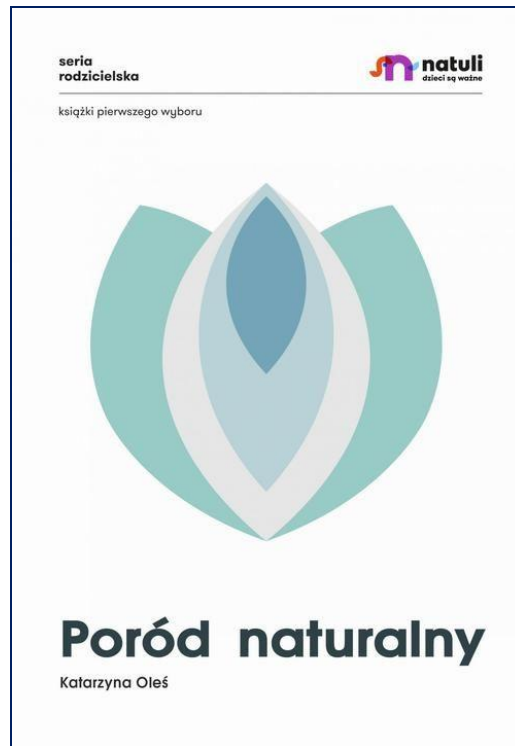
- **Stephen Giles: Już prawie jestem tatą, Wyd. Adam, 2007**



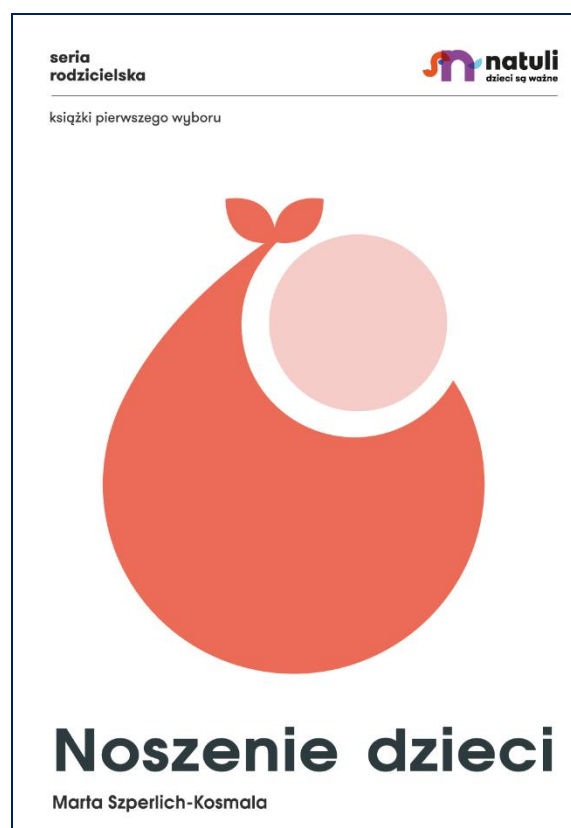
- **Glade Curtis, Schuler Judit: Ciąża Poradnik dla przyszłych ojców, Wyd. Amber, 1994**



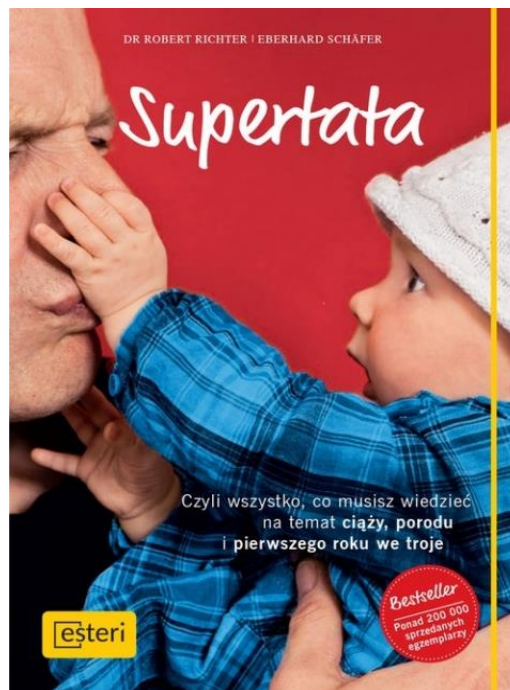
- Oleś Katarzyna: Poród naturalny, Wyd. Natuli, 2018



- Marta Szperlich-Kosmala: Noszenie dzieci, Wyd. Natuli, 2018



- Schäfer Eberhard, Richter Robert: Kompendium wiedzy dla przyszłych ojców – Supertata. Czyli wszystko, co musisz wiedzieć na temat ciąży, porodu i pierwszego roku we troje, Wyd. Esteri, 2017



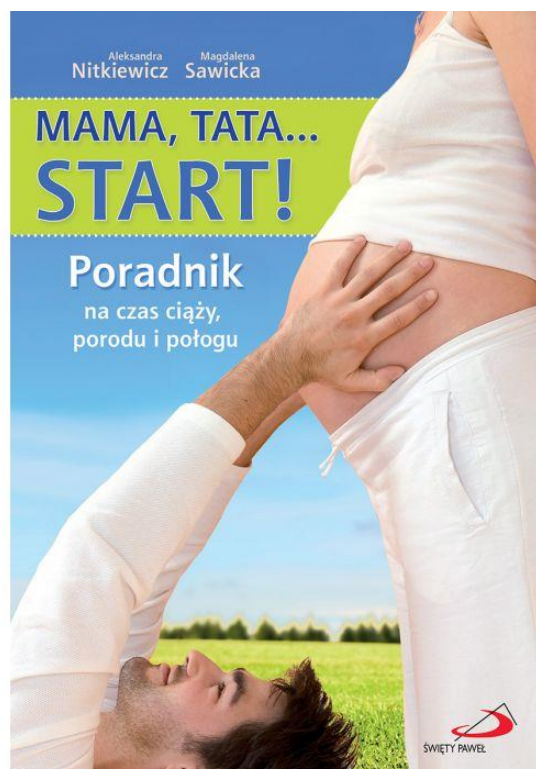
- Jacek Pulikowski: Ojciec - reaktywacja! Czyli jak silny facet buduje silną rodzinę, Wyd. Gloria24, 2012.



- **Jesper Juul: Praktyczny poradnik dla przyszłych ojców – Być mężem i ojcem,** Wyd. Mind, 2013.



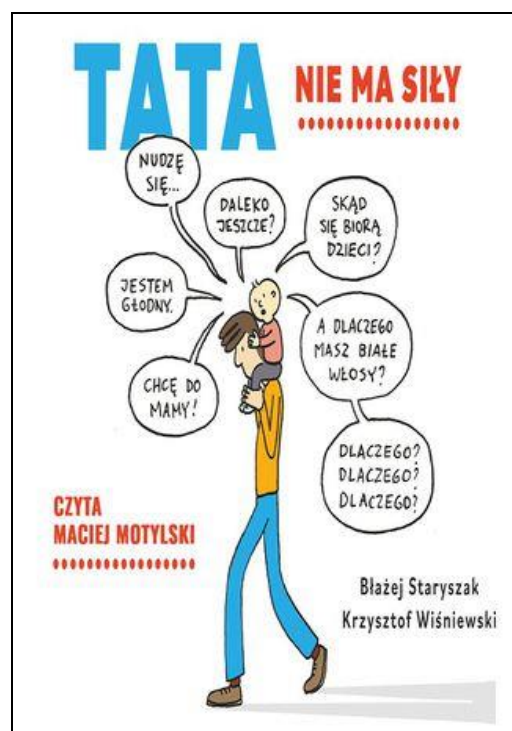
- **Aleksandra Nitkiewicz, Magdalena Sawicka: Mama, Tata... Start! Poradnik na czas ciąży, porodu i połogu,** Wyd. Święty Paweł, 2012



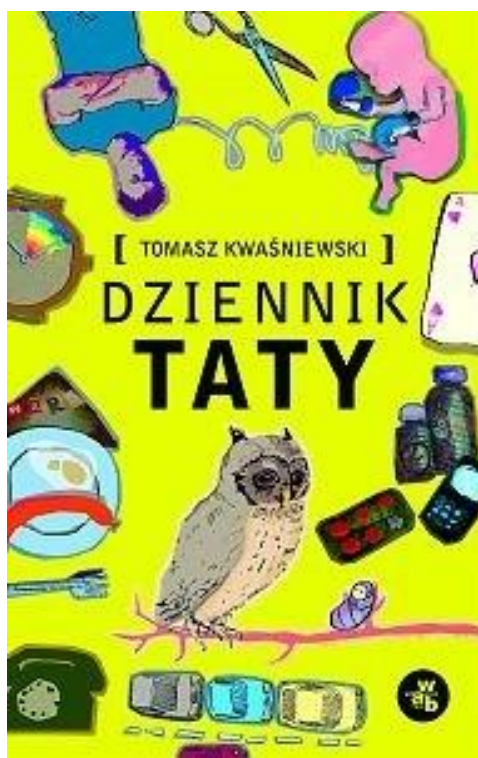
- **Montini Tommaso: Jak zrozumieć nasze dziecko, Wyd. jedność, 2011**



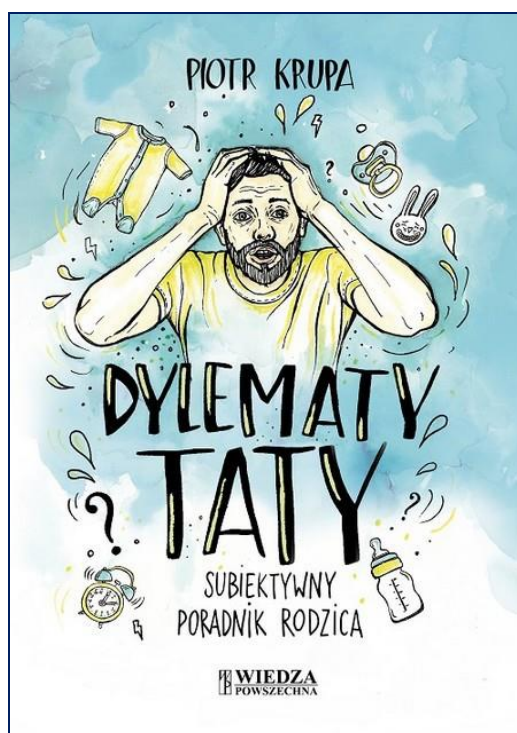
- **Staryszak Błażej, Wiśniewski Krzysztof: Tata nie ma siły. Rodzicielstwo bliskości z dystansem, Wyd. Buchman, 2020**



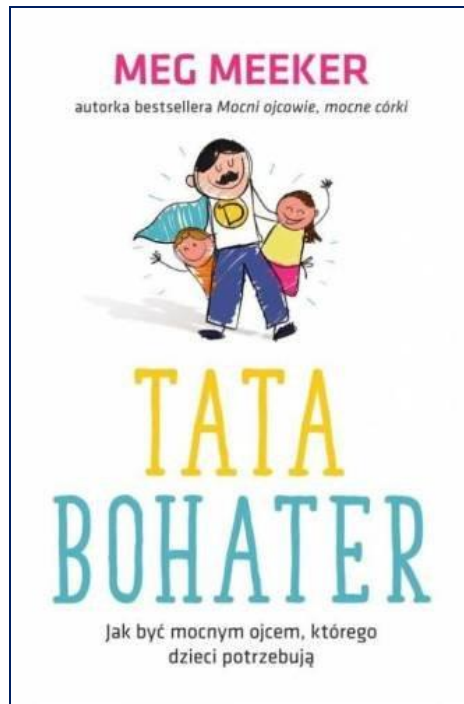
- **Tomasz Kwaśniewski: Dziennik Taty, Wyd. W.B.A, 2010**



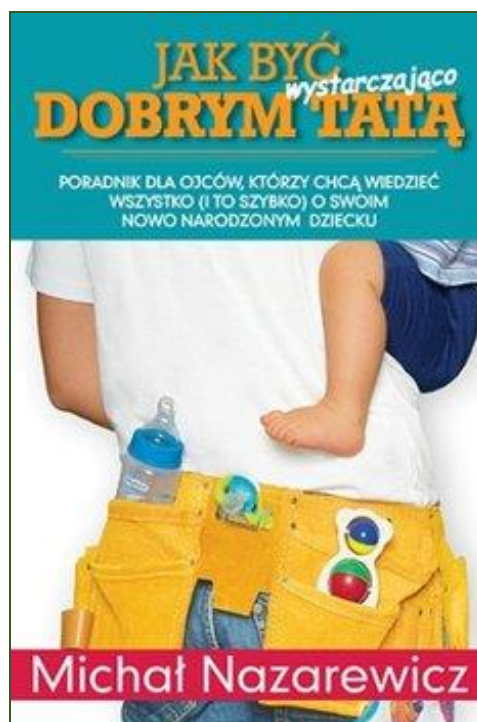
- **Krupa Piotr: Dylematy taty. Subiektywny poradnik rodzica, Wyd. Wiedza Powszechna, 2016**



- **Medg Meekr: Tata Bohater. Jak być mocnym ojcem, którego dzieci potrzebują, Wyd. M., 2018**



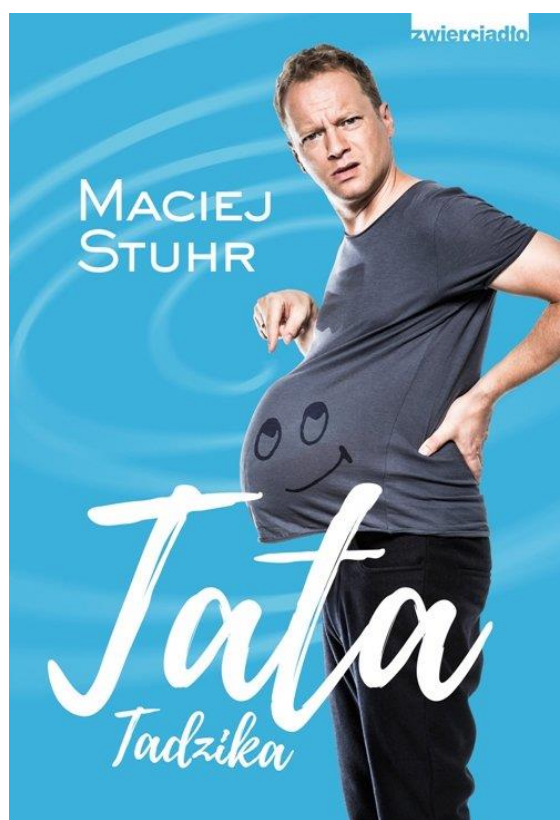
- **Michał Naziarewicz: Jak być wystarczająco dobrym tatą, Wyd. Czarno na Białym, 2015**



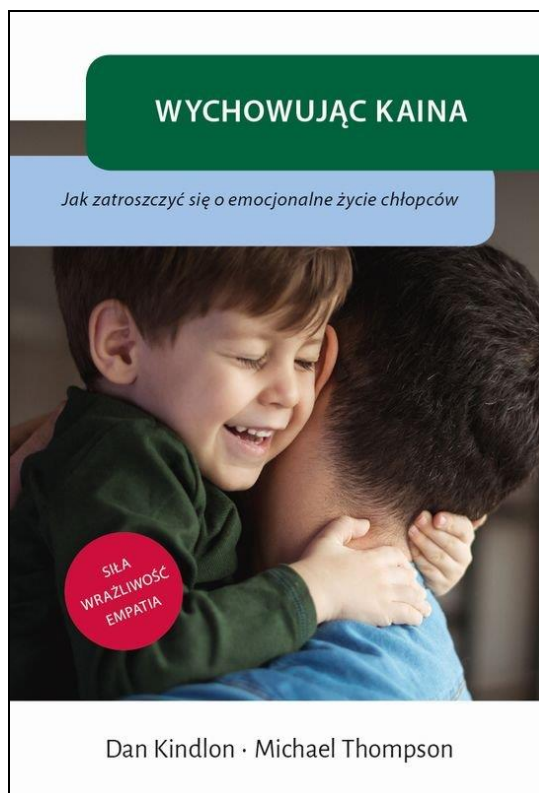
- Leszek K. Talko: Dziecko dla odważnych, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 2018



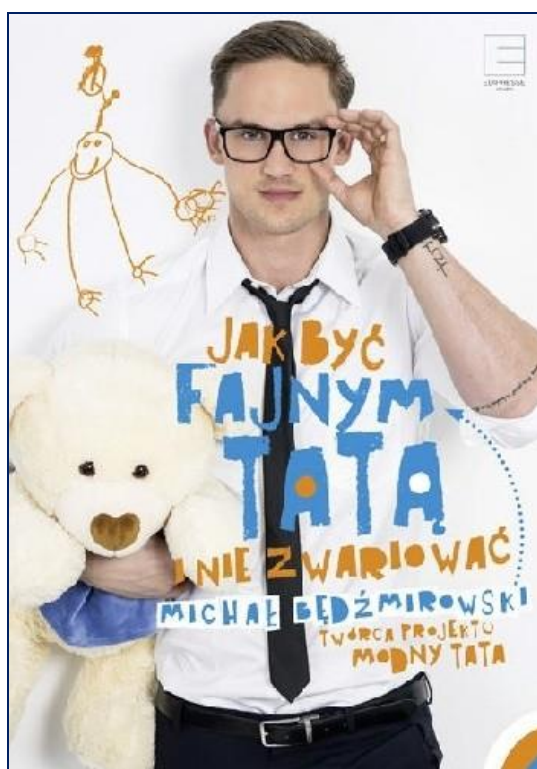
- Maciej Stuhr: Tata Tadzika, Wyd. Zwierciadło, 2018



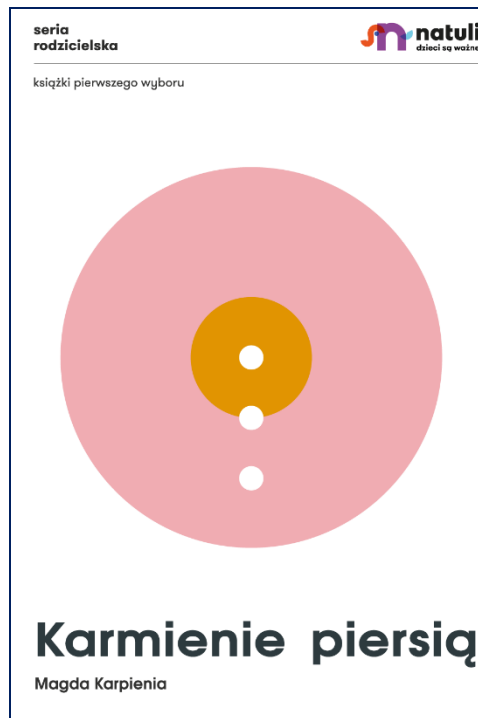
- **Kindlon Dan, Thompson Michael Wychowując Kaina. Jak zatroszczyć się o emocjonalne życie chłopców, Wyd. Mamania, 2017**



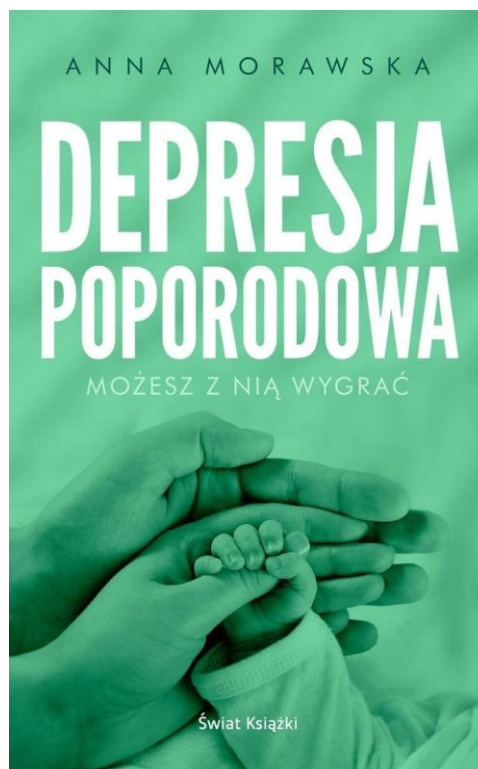
- **Michał Będźmirowski: Jak być fajnym tatą i nie zwariować, Wyd. Edopresse Polska, 2016**



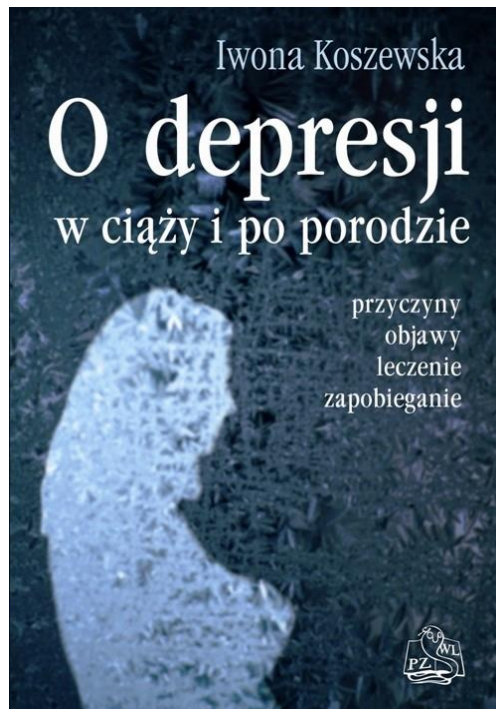
- **Magda Karpienia: Karmienie piersią, Wyd. Natuli, 2018**



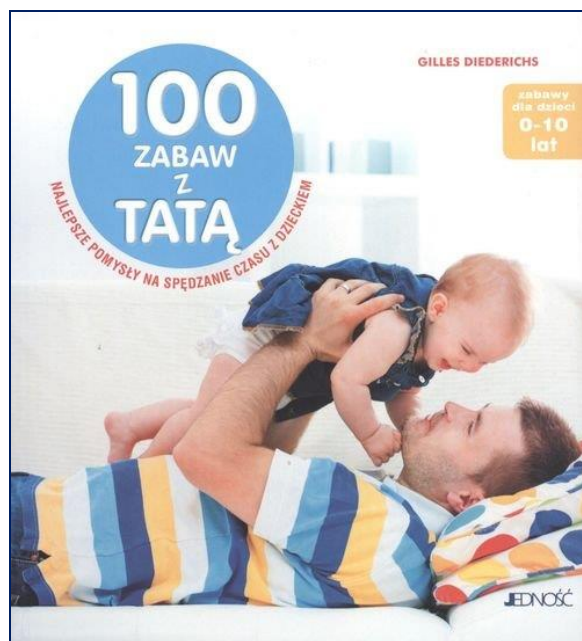
- **Anna Morawska: Depresja poporodowa. Możesz z nią wygrać. Wyd. Świat książki, 2016**



- Iwona Koszewska: O Depresji w Ciąży i po Porodzie, Wyd. PZWL, 2022



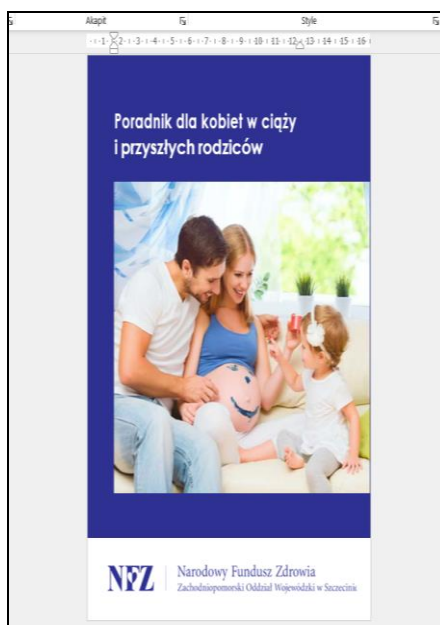
- Gilles Diederichs, 100 zabaw z tatą, Wyd. Jedność, 2017



ZAŁĄCZNIK 4

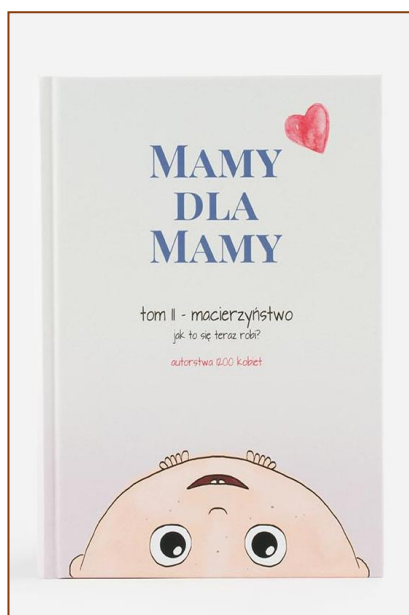
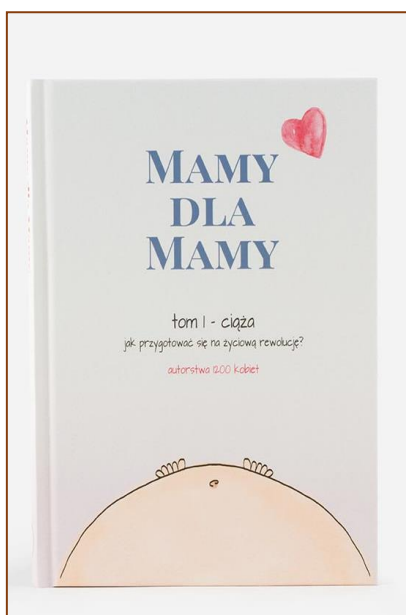
ZALECANE DO SAMOEDUKACJI POZYCJE DO POBRANIA ONLINE

**Poradnik dla kobiet w ciąży i przyszłych rodziców, Narodowy Fundusz Zdrowia,
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie**

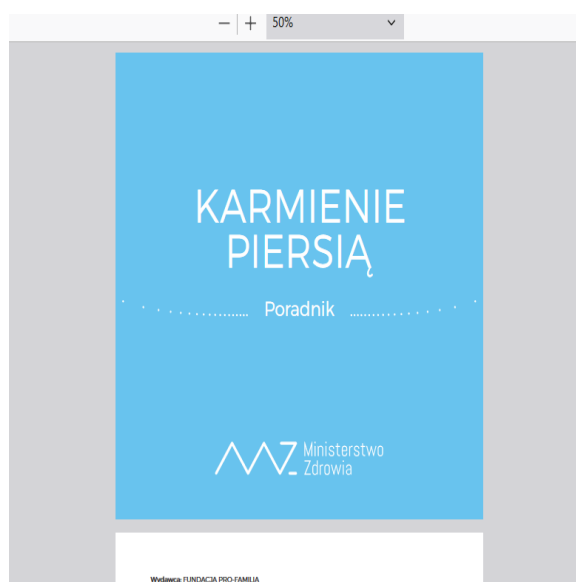


file:///C:/Users/User/Downloads/nfz_poradnik_dla_kobiet_pop_30_05_ostatecznie-1.pdf

• **Mamy dla Mamy**



<https://mamydlamamy.pl/wp-content/uploads/2021/02/Mamy-dla-Mamy-PDF.pdf>

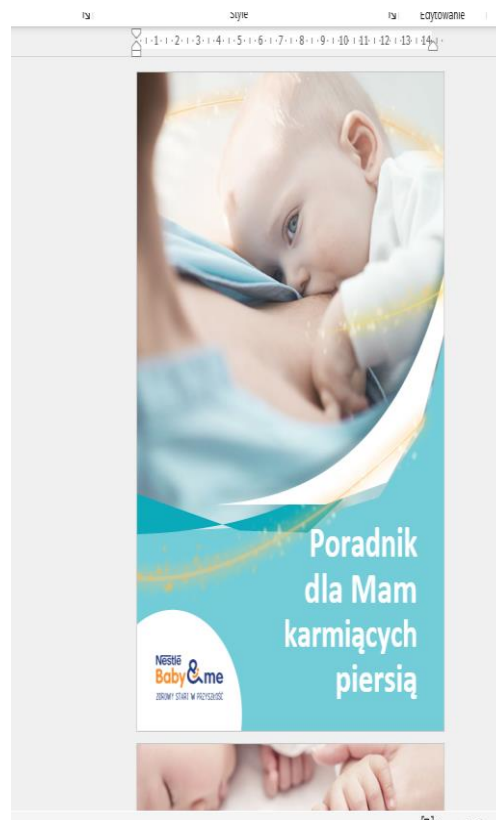
Karmienie piersią, Fundacja Pro-Familia, Ministerstwo Zdrowia

file:///C:/Users/User/Downloads/poradnik_karmienie_piersia_nowa_wersja_2018.pdf

Mleczna droga, Fundacja Pro-Familia, Ministerstwo Zdrowia

<https://www.pro-familia.pl/static/img/k03/O%20NAS/Fundacja%20Pro-Familia/mleczna-droga-magazyn.pdf>

- **Karmienie piersią. Poradnik dla Mam karmiących piersią, Nestlé Baby&me**



<https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/sites/default/files/2022-03/dla-mam-karmiaczych-piersia.pdf>

- **Plan karmienia maluszka, Nestlé Baby&me**

Plan karmienia

Droga Mamo, zapoznaj się z naszym planem karmienia, który może pomóc Ci w zapamiętaniu ważnych szczegółów. Zapisuj daty i godziny karmień, a także ich czas trwania. Te szczegóły mogą okazać się istotne, np. w trakcie wizyty u lekarza pediatry.

Data i godzina karmienia	Karmienie				Czas trwania karmienia	Uwagi, np. nastrój dziecka
	Pierś	Butelka	Ściągnięte mleko mamy	Mleko modyfikowane		

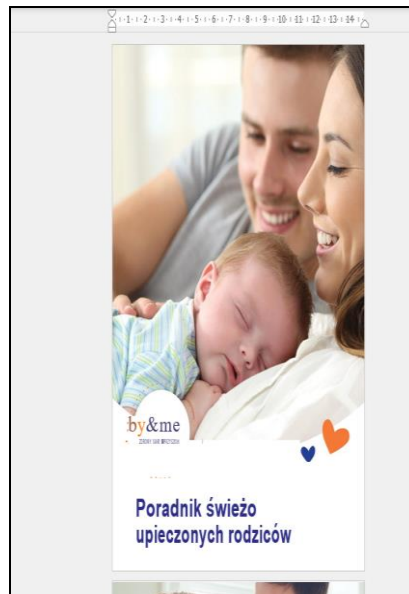
Chcesz wiedzieć więcej o rozwoju i żywieniu dziecka? Dołącz do programu Nestlé Baby&me!

Ważna informacja: Karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia niemowląt i powinno być kontynuowane tak długo, jak to możliwe.

www.zdrowystartwprzyszlosc.pl

https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/sites/default/files/2021-9/plan_karmienia_dziecka.pdf

- **Poradnik świeżo upieczonych rodziców, Nestlé Baby&me**



<https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/sites/default/files/2022-03/poradnik-swiezo-upieczonych-rodzicow.pdf>

Zuzanna Kołacz-Kordzińska: Poradnik laktacyjny, Samorząd Województwa Pomorskiego



<https://copernicus.gda.pl/gallery/9c9aeaeaf05d49d6e3dd2d1d47024119/Poradnik%20Laktacyjny.pdf>

**Jak wybrać test NIPT (badanie wolnego płodowego DNA)? Poradnik i checklista
do samodzielnego porównania badań**



<https://badaniaprenatalne.pl/nipt/test-nipt/jak-wybrac-nieinwazyjny-test-prenatalny-z-dna-plodowego-nipt/>

ZAŁĄCZNIK 4

PRZYDATNE STRONY ONLINE

- **Fundacja rodzić po ludzku-** www.rodzicpoludzku.pl – zbiór praw przysługujących w szpitalu, na porodówce oraz ankiety, w których można ocenić zarówno szpital w którym był poród oraz jego personel
- **Fundacja rodzić po ludzku** - www.gdzierodzic.info - ranking polskich placówek wraz z informacjami o dostępnych udogodnieniach dla przyszłych Mam
- **e-lactancia po polsku. Lekki bezpieczny podczas karmienia piersią** - www.e-lactancia.pl
- **Centrum Nauki o Laktacji** - www.cnol.kobiety.med.pl
- **Polski Bank Komórek Macierzystych-** www.pbkm.pl – informacje o bankowaniu krwi pępowinowej, komórkach macierzystych, przebiegu procesu ich pobierania oraz bankowania
- **Polski Bank Komórek Macierzystych** - <https://www.pbkm.pl/pregnancy-zone-2/cho-roby-w-ciazy/co-to-jest-konflikt-serologiczny-kiedy-wystepuje-i-jakie-sa-jego-skutki> - informacje o konflikcie serologicznym
- **Zaufaj położnej** - www.zaufajpoloznej.pl - lista imion najczęściej nadawanych dzieciom w Polsce w ostatnim czasie
- **Ciąża - Nestlé Baby&me** - <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/ciaza>
- **Cięcie cesarskie - Nestlé Baby&me** - <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/cesarskie-ciecie>
- **Pytania o ciążę** - <https://www.facebook.com/CiazaDrogaMailowa/> - największe forum dla przyszłych mam
- **Imię dla dziecka** - <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/imiona>
- **Porady dla kobiet w ciąży – Hipp** - <https://hipp.pl/ciaza/poradnik>
- **Opieka medyczna dla kobiet w ciąży** - <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-medyczna-dla-kobiet-w-ciazy>
- **Pomocy, moja żona jest w ciąży! Ojcowie radzą, jak wspierać kobietę i samemu nie oszaleć** - <https://dadhero.pl/287445,moja-zona-jest-w-ciazy-ojcowie-radza-jak-wpierac-ukochana-w-oczekiwaniu>
- **Ciąża – poradnik dla mężczyzn: Rollercoaster nastrojów** - <https://tataprezes.pl/meskosc/ciaza-poradnik-dla-mezczyzn-rollercoaster-nastrojow/>

- **Porady dla Taty - Ciąża oczami mężczyzny, czyli pozytywny test ciążowy to nie koniec świata**
<https://babyboom.net.pl/blog/porady-dla-taty-cz-1-ciaza-oczami-mezczyzny-czyli-pozytywny-test-ciazowy-to-nie-koniec-swiata.html>
- **Jak zrozumieć kobietę w ciąży? Instrukcja przetrwania dla przyszłego taty**
<https://www.mjakmama24.pl/ciaza/przebieg-ciazy/kobieta-w-ciazy-jak-ja-zrozumiec-aa-VPmt-M2Cp-fTKS.html>
- **10 przykazań ciężarowca**
<http://tatapad.pl/zdrowie/zrozumiec-kobieta/10-przykazan-ciezarowca/2/>
- **Rola mężczyzny w ciąży**
<https://wylecz.to/nieplodnosc-i-planowanie-ciazy/rola-mezczyzny-w-ciazy/>
- **Syndrom kuwady, czyli "mężczyzna w ciąży**
<https://www.medonet.pl/leki-od-a-do-z/ciaza,syndrom-kuwady--czyli-mezczyzna-w-ciazy,artykul,1733853.html>
- **Mężczyzna w ciąży, czyli co czuje przyszły ojciec?**
<https://www.mjakmama24.pl/mama-i-tata/kacik-taty/mezczyzna-w-ciazy-czyli-co-czuje-przyszly-ojciec-aa-Bvpb-npLN-6Pfi.html>
- **Mężczyzna w ciąży – czy to możliwe ?**
<https://badaniaprenatalne.pl/ciaza/syndrom-kuwady/>
- **Syndrom kuwady, czyli taty w ciąży. Na czym polega i kogo dotyczy?**
<https://dziendobry.tvn.pl/zdrowie/psychologia/syndrom-kuwady-ciaza-wspolczulna-na-czym-polega-i-kogo-dotyka-5502990>
- **Kalendarz ciąży, czyli ciąża tydzień po tygodniu**
<https://upacjenta.pl/poradnik/kalendarz-ciazy>
- **Etapy ciąży- jak przebiega rozwój dziecka?**
<https://www.pbkm.pl/pregnancy-zone-2/kalendarz-ciazy/etapy-ciazy-jak-przebiega-rozwoj-dziecka>
- **Fazy porodu – czyli poród krok po kroku**
<https://www.pbkm.pl/pregnancy-zone-2/fazy-porodu-czyli-porod-krok-po-kroku>
- **Poród naturalny – jak przebiega poród fizjologiczny i jakie są jego fazy?**
<https://hipp.pl/ciaza/poradnik/niezbednik-przed-i-po-porodzie/porod-naturalny>
- **Kalendarz rozwoju dziecka**
https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/kalendarz-rozwoju-dziecka?gclid=EAiaIQo%20bChMI2Z_ohL3j_QIVBxF7Ch38qQICEAAYASAAEgKko_D_BwE&gclsrc=aw.ds
- **Karmienie piersią - co warto wiedzieć na początek?**
<https://1000dni.pl/0-6-miesiecy/karmienie-piersia-co-warto-wiedziec-na-poczaitek>

ZAŁĄCZNIK 5

FILMY EDUKACYJNE

- **Rozwój płodu człowieka tydzień po tygodniu**
<https://www.youtube.com/watch?v=bIJVV0DMkTE>
- **Couvade syndrome**
<https://www.youtube.com/watch?v=hpHp7Mz9GLs>
- **Why Am I Feeling The Same Pregnancy Symptoms As My Wife?**
<https://www.youtube.com/watch?v=V570O6U3XF0>
- **Skurcze przepowiadające vs skurcze porodowe - zobacz różnicę!**
<https://www.youtube.com/watch?v=YOwlIhNN-i0>
- **Jak wygląda poród siłami natury? | PolnaTV**
<https://www.youtube.com/watch?v=UMeuAHQkgE0>
- **Internetowa Szkoła Rodzenia MedMe.pl - ćwiczenia dla ciężarnych**
https://www.youtube.com/watch?v=daQ_9_btfe4
- **Internetowa Szkoła Rodzenia MedMe.pl - dla Taty: rola ojca, poród rodzinny, kangurowanie**
<https://www.youtube.com/watch?v=HN3X3Yz9z5w>
- **Internetowa Szkoła Rodzenia MedMe.pl - wyprawka: do domu, do szpitala, bank komórek macierzystych**
https://www.youtube.com/watch?v=688_qOK9UJo
- **Szkoła rodzenia on-line. Jak spakować się do szpitala?**
https://www.youtube.com/watch?v=se9_TKsqwZY&list=PL10y4RrXRdjEIq3OhOkWmC1A95FTTm9Gd
- **Szkoła rodzenia on-line. Jak oddychać w czasie porodu**
<https://www.youtube.com/watch?v=e4UcN-e3fV8&list=PL10y4RrXRdjEIq3OhOkWmC1A95FTTm9Gd&index=3>
- **Pológ - cz. 1** <https://www.youtube.com/watch?v=tGNOpdVfUR0>
- **Pológ - cz. 2**
https://www.youtube.com/watch?v=_2fhhLRA24g
- **Internetowa Szkoła Rodzenia MedMe.pl - karmienie piersią: dieta, pozycje karmienia, biustonosze**
<https://www.youtube.com/watch?v=NgVZrRWG974>
- **Szkoła rodzenia on-line. Jak rozpoznać kiedy dziecko jest głodne?**
<https://www.youtube.com/watch?v=5SVAZbwW05o&list=PL10y4RrXRdjEIq3OhOkWmC1A95FTTm9Gd&index=5>

- **Szkoła rodzenia on-line. Jak odciągać mleko, gdy nie można przystawić malucha do piersi**
<https://www.youtube.com/watch?v=pVyVFGoaTDw&list=PL10y4RrXRdjEIq3OhOkWmC1A95FTTm9Gd&index=6>
- **Szkoła rodzenia on-line. Jak karmić noworodka, by się najadał**
<https://www.youtube.com/watch?v=jgbnQaBr1w4&list=PL10y4RrXRdjEIq3OhOkWmC1A95FTTm9Gd&index=4>
- **Karmienie noworodka cz. 1**
<https://www.youtube.com/watch?v=2WPEB2CNyjE>
- **Karmienie noworodka cz. 2**
https://www.youtube.com/watch?v=6_x1Fei8AvA
- **Internetowa Szkoła Rodzenia MedMe.pl - dziecko: jak kąpać, jak przewijać, szczepienia**
<https://www.youtube.com/watch?v=3ArsDG0PYDU>
- **Szkoła rodzenia on-line. Jak przygotować kąpiel dziecka**
<https://www.youtube.com/watch?v=QSoBWpolLjY&list=PL10y4RrXRdjEIq3OhOkWmC1A95FTTm9Gd&index=2>
- **Pierwsza kąpiel noworodka - kiedy i jak często kąpać dziecko – Maria lepucka**
https://www.youtube.com/watch?v=lYO_09E4XSU
- **Kąpiel noworodka – dowiedz się jak wykąpać noworodka**
<https://www.youtube.com/watch?v=W30sTSc6H38>
- **Przewijanie niemowlęcia**
<https://www.youtube.com/watch?v=HJYpnAJyiRs>
- **Internetowa Szkoła Rodzenia MedMe.pl - połóg: pielęgnacja ciała, seks, baby blues**
<https://www.youtube.com/watch?v=P7HBp3Xh1ZA>
- **Depresja poporodowa**
<https://www.youtube.com/watch?v=JGBYOkAjNSk>
- **Depresja poporodowa cz. I – Joanna Mróz**
<https://www.youtube.com/watch?v=rH34abzj0Tw>
- **Depresja poporodowa cz. II – Joanna Mróz**
<https://www.youtube.com/watch?v=ZNooqj70C0c>
- **Depresja poporodowa cz. III - Joanna Mróz**
<https://www.youtube.com/watch?v=DV5l0CQMZJ4>
- **Czym jest depresja poporodowa - rozmowa z psychiatrą dr Mają Herman**
<https://www.youtube.com/watch?v=GSVruWt8Mlg>

- **Depresja poporodowa okiem psychologa i psychoterapeuty - mgr Karolina Ochnik-Bąk**
https://www.youtube.com/watch?v=PYTeCtppp_U
- **Narodziny jakie znamy - Elena Tonetti Vladimirova (naturalny poród, a systemowy)**
<https://zaq2.pl/video/kzzkz>

PIŚMIENNICTWO

1. Auleytner J., Głębińska K.: Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa, 2001.
2. Dyczewski L.: Rodzina twórcą i przekazicielem kultury. Wyd. TN KUL, Lublin, 2003.
3. Dyczewski L.: Wiąż między pokoleniami w rodzinie. Wyd. TN KUL, Lublin, 2002.
4. Kamiński A.: Funkcje pedagogiki społecznej. Wyd. PWN, Warszawa, 1972.
5. Levi - Strauss C.: Rodzina, [w:] Antropologia kultury, Mancwela A. (red.), cz. I, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1955, 297-312.
6. Szczepański J.: Elementarne pojęcia socjologii. Wyd. PWN, Warszawa, 1972.
7. Zaborowski Z. : O rodzinie. Rodzina jako grupa społeczno – wychowawcza, Wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa, 1980.
8. Szacka B.: Wprowadzenie do socjologii. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2008.
9. Tyszka Zb.: Podstawowe pojęcia i zagadnienia socjologii rodziny, Wyd. AR, Poznań, 1997.
10. Tyszka Zb.: Rodzina [w:] Encyklopedia Pedagogiczna, Pomykało W. (red.), Fundacja „Innowacja”, Warszawa, 1993, 696 – 697.
11. Ziemska M.: Rodzina i dziecko, Wyd. PWN, Warszawa, 1979.
12. Adamski F.: Socjologia małżeństwa i rodziny. Wyd. PWN, Warszawa, 1984.
13. Erikson E.H.: Childhood and Society. Norton & company, INC. NY, 1963.
14. De Barbaro B.: Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, Wyd. UJ., 1999.
15. Simon F., Stierlin H. Słownik terapii rodzin. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 1998.
16. Bradshaw J.: Zrozumieć rodzinę. Wyd. PTP, Warszawa, 1994.
17. Grudniewski T.: Funkcje społeczne i struktura rodziny, Wychowanie na Co Dzień, 2000, 4/5, 8-12.
18. Kawula St.: Próba pedagogicznej typologizacji rodzin [w:] Pedagogika rodziny, Kawula S., Brągiel J., Janke A. W., Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2000, 155 – 169.
19. Machalica W.: Partnerski model rodziny, Zeszyty Karmelitańskie, Poznań, 2007.
20. Dąbrowska Z.: Ojcostwo jako wartość - studium empiryczne, <http://www.malzenstwoirodзина.republika.pl/mir8.html#ojc>, data pobrania 13.03.2023.

21. Winnicott D.W.: Dziecko, jego rodzina i świat, Wyd. Świat Książki, Warszawa, 1993.
22. Walewska K.: Człowiek pozbawiony [w:] Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. Walewska K., Pawlik J. (red), Wyd. PWN, Warszawa, 1992, 292.
23. Blos E.: Son and Father (in:) The Gender Conundrum, Breen D. (ed.), Taylor & Francis Ltd; Edycja 1., London, 1993.
24. Janukowicz M.: Czy współczesne ojcostwo to ojcostwo nieobecne? Małżeństwo i Rodzina, 2002, 1, 43 – 45.
25. Pospiszyl K.: O miłości ojcowskiej, Wyd. CRZZ, Warszawa, 1976.
26. Pospiszyl K.: Ojciec a rozwój dziecka, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1980.
27. Mierzwiński B., Istotna rola mężczyzny we wspólnocie życia rodzinnego, Spółdzielnia Inwalidów "Polkarton", Wrocław, 1988.
28. Kukołowicz T.: Dojrzewanie do ojcostwa [w:] Rodzina wychowuje - wybrane zagadnienia, Kukołowicz T. (red.), Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola, 2001.
29. Spock B., O rodzicielstwie, Wyd. PZWL, Warszawa, 1992.
30. Rembowski J., Więzy uczuciowe w rodzinie, Wyd. PWN, Warszawa 1972.
31. Zaborowski Z., Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza, Wyd. PWN, Warszawa 1980.
32. Fromm E. O sztuce miłości. Wyd. Rembis, Poznań, 2000.
33. Hurlock E. B., Rozwój dziecka, Wyd. PWN, Warszawa, 1985
34. Sierota A. Postawy rodzicielskie a społeczne zachowania dzieci zależnie od ich płci, Problemy Rodziny, 1997, 3, 11-13.
35. Jackowska E., Środowisko rodzinne a przystosowanie społeczne dziecka w młodszym wieku szkolnym, Wyd. WSiP, Warszawa, 1980.
36. Brzeziński T. (red.): Historia medycyny. Wyd. PZWL, Warszawa, 2000.
37. Muszala A.: Embrion ludzki w starożytnej myśli teologicznej, Wyd. WAM, Kraków, 2009.
38. Łepecka – Klusek C. (red.): Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Czelej, Lublin, 2003.
39. <http://www.wprost.pl/ar/90612/Rodzin-po-rzymsku/?I=1224>, data pobrania 13.03.2023.
40. Chybicka A., Kaźmierczak M.: Kobieta w kulturze – kultura w kobiecie. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, 2006.

41. Kawecki Z.: W kręgu konfrontacji światopoglądowych. Wyd. MON, Warszawa, 1986.
42. Łyko Z.: Socjopatologie w aspektach chrześcijańskiej etyki. Wyd. Znak czasu, Warszawa, 1987.
43. Laertios A.: Żywoty i poglądy słynnych filozofów, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2004.
44. Wojewoda W.: Medycyna w Starym Testamencie. Now. Lek., 1935, 47, 105 – 111.
45. Baranowska B., Dmoch-Gajzlerska E.: Historia zapłodnienia in vitro. Położna. Nauka i Praktyka 2008, 3, 64-67.
46. Grabowiecka L.: Hipokrates – geniusz starożytnej medycyny. Twórca metody lekarskiego rozumowania i postępowania (I) (460–377 r. przed naszą erą). Położna 1954, 3, 2 – 5.
47. Kłapa Z.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi hinduizm [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), PZWL, 2009, 110-123.
48. Kuczyński W., Zimmer M., Radwan J.: Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie leczenia niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie. Ginek. Dypl., 2008, 10(1), 13.
49. Ogarek M.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi katolicyzm [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 32-43.
50. Bodys-Cupak I., Fąfara I., Ziarko E.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi prawosławie [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 44-54.
51. Musiał Z.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi grekokatolicyzm [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 55-61.
52. Zalewska-Puchała J.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi judaizm [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 73-90.
53. Ogórek-Tęcza B.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi buddyzm [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 124-140.

54. Ziarko E., Bodys-Cupak I., Fąfara I.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad Świadcami Jehowy [w:] *Pielęgniarstwo trans kulturowe*, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 141-149.
55. Baran-Osak B.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad Świadcami Jehowy [w:] *Pielęgniarstwo trans kulturowe*, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 150-164
56. Jarząbek G., Kamińska N., Undrych P.: Kobieta i jej seksualność w klasycznej tradycji Islamu, *Ginekol. Prakt.*, 2007, 3, 36-39.
57. Majda M.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi islam [w:] *Pielęgniarstwo trans kulturowe*, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 91-109.
58. Komosa K.: Przeżycia emocjonalne mężczyzn w „ciąży” <http://www.osesek.pl/ciąża-i-porod/ciaza/1056-przezycia-emocjonalne-mezczyzn-w-ciazy.html>, data pobrania 13.03.2023.
59. <http://www.wczesniak.pl/dla-rodzicow-wczesniakow/spodziewacie-sie-dziecka/przezycia-emocjonalne-mezczyzn>, data pobrania 13.03.2023.
60. Holditch-Davis D., Black B.P., Harris B.G., Sandelowski M., Edwards L.: Beyond couvade: pregnancy symptoms in couples with a history of infertility. *Health Care Women Int.*, 1994, 15, 537-548.
61. Masoni S., Maio A., Trimarchi G., de Punzio C., Fioretti P.: The couvade syndrome. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 1994, 15, 125-131.
62. Kwasniewski T.: *Dziennik ciężarowca*, Wyd. WAB, Warszawa, 2007.
63. Basil B., Mathews M.: A couvade syndrome variant? *Psychosomatics*, 2006, 47, 363-364.
64. Budur K., Mathews M., Mathews M.: Couvade syndrome equivalent?, *Psychosomatics*, 2005, 46, 71-72.
65. Marilov V.V.: The couvades syndrome. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S. S. Korsakova*, 1997, 97, 65-67.
66. Mason C., Elwood R.: Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *Int. Nurs. Stud.*, 1995, 32, 137-148.
67. Mayer C., Kafhammer H.P.: Couvade syndrome, a psychogenic illness in the transition to fatherhood. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 1993, 61, 354-360.

68. Tényi T., Trixler M., Jádi F.: Psychotic couvade: 2 case reports. *Psychopathology*, 1996, 29, 252-254.
69. Sizaret P., Degiovanni A., Gaillard P., Benichou C.: A survey on the somatic symptoms of couvades., *Ann. Med. Psychol.*, 1991, 149, 230-233.
70. Laplante P.: The Couvade Syndrome: The biological, psychological, and social impact of pregnancy on the expectant father. *Can. Fam. Physician.*, 1991, 37, 1633-1660.
71. Khanobdee C., Sukratanachaiyakul V., Gay J.T.: Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *Int. J. Nurs. Stud.*, 1993, 30, 125-131.
72. Głazewska E. Kuwada. Egzotyczny zwyczaj w nowej odsłonie, Wyd. UMCS, Lublin, 2014.
73. Kumar B., Maju M., Manu M. Couvade Syndrome Equivalent?, *Psychosomatics*, 2006, 46, 1, 71-72.
74. Brennan A., Ayers S., Ahmed H., Marshall- Lucette S. A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant Male, *J. Reprod. Infant. Psychol*, 2007, 25(3), 173-189.
75. Kopaliński: Słownik Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych, Wyd. Rytm, Warszawa, 2007.
76. Wielki słownik francusko-polski, t. I, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1980, 362.
77. Plezi M. (red.) Słownik łacińsko-polski, t. I, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007, 801.
78. Dawson W.R. The Custom of Coyvade, Manchester University Press, Manchester, 1929.
79. Osipczuk M.: Ojcostwo na miarę nowych czasów a prastare rytuały kuwady, [http://www.dobrytato.pl/index.php/wiedziec-wiecej/rola-ojca/121-ojcostwo-na-miar - nowych-czasow-a-prastare-rytuay-kuwady-12](http://www.dobrytato.pl/index.php/wiedziec-wiecej/rola-ojca/121-ojcostwo-na-miar-nowych-czasow-a-prastare-rytuay-kuwady-12), data pobrania 13.03.2023.
80. Szynkiewicz S. Kuwada [w:] Słownik etnograficzny. Terminy ogólne, Staszczak Z. (red.), Wyd. PWN Warszawa- Poznań, 1987, 208.
81. <http://www.mamopedia.pl/ciaza/porod/kuwada>, data pobrania 13.03.2023.
82. Kuwada: <http://www.gutenberg.czyz.org/word,38496>, data pobrania 13.03.2023.
83. Sanecka J.: Mężczyzna też jest w ciąży, <http://www.rodzice.pl/ciaza-i-porod/bede-tata/Mezeczyzna-tez-jest-w-ciazy.html>, data pobrania 13.03.2023.

84. Storey A.E., Walsh C.J., Quinton R.L., Wynne-Edwards K.E.: Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers, *Evol. Hum. Behav.*, 2000, 21, 79-95.
85. Brennan A., Marshall-Lucette S. The Enigma of the Couvade Syndrome: Men's Experiences of Pregnancy, *The International Journal of Qualitative Methods*, 2010, 9(4), 339-339.
86. Klein H.: Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *Int. J. Psychiatry. Med.*, 1991, 21(1), 57-69.
87. Tata jest w ciąży? <http://medycyna24.pl/tata-tez-w-ciazy>, data pobrania 13.03.2023.
88. Sánchez Rodríguez S.M., Peláez del Hierro F., Fidalgo de las Heras A.M., Morcillo Pimentel A., Caperos Montalbán J.M.: Body weight increase in expectant males and helpers of cotton-top tamarin (*Saguinus oedipus*): a symptom of the Couvade syndrome?, *Psicothema*, 2008, 20, 825-829.
89. Tényj T., Tixler M.: A case of psychotic couvade (psychodynamic analysis. *Orv. Hetil.*, 1994, 135, 527-529.
90. Radhakrishnan R., Satheeshkumar G., Chaturvedi S.K.: Recurrent delusions of pregnancy in a male. *Psychopathology*, 1999, 32, 1-4.
91. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005, 106(5 Pt 1), 1071–1083.
92. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* 2008, 21(2), 65–70,
93. Paulson J.F., Bazemore S.D.: Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression, *JAMA*, 2010, 303(19), 1961-1969.
94. Sundström Poromaa I, Comasco E, Georgakis MK, et al. Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *J Neurosci Res.* 2017, 95(1-2), 719–730.
95. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016, 206, 189–203.
96. Sokół-Szawłowska M.J.: Depresja okołoporodowa u ojców — niezauważalny obszar w psychiatrii, *Psychiatria* 2020, 17(1), 36–40.
97. Hanley J. Depresja poporodowa i zaburzenie dwubiegunowe [w:] Zaburzenia psychiczne w ciąży i położu. Hanley J. ed., Wyd. Urban&Partner, Wrocław, 2009, 35.

98. Archer J. Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2006, 30(3), 319–345.
99. Atzil S, Hendler T, Zagoory-Sharon O, et al. Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: relations to oxytocin and vasopressin. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2012, 51(8), 798–811.
100. Wee KY, Skouteris H, Pier C, et al. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2011, 130(3), 358–377.
101. Bejda G., Kułak-Bejda A., Depression - is it also a problem for men? *Prog. Health Sci.*, 2022, 12(2), 90-98.
102. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J. Adv. Nurs.* 2004, 45(1), 26–35.
103. Goyal K, Purbiya P, Lal SN et al. Correlation of Infant Gender with Postpartum Maternal and Paternal Depression and Exclusive Breastfeeding Rates. *Breastfeed. Med.* 2017, 12, 279-282.
104. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2004, 38(1-2), 56–64.
105. Edward KI, Castle D, Mills C, et al. An integrative review of paternal depression. *Am. J. Mens. Health.* 2015, 9(1), 26–34.
106. Addis M. Gender and Depression in Men. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2008, 15(3), 153–168.
107. Rol P, Chodkiewicz J. Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego. *Post. Psych. Neurol.* 2015, 24(4), 199–207.
108. Marcinowicz P, Więdłocha M. Depresja okołoporodowa u ojców [w:] Około-porodowe zaburzenia psychiczne: diagnostyka i standardy postępowania Mosiołek A red.. *Prawo Medyczne* 24, Nowa Wola, 2018, 135–144.
109. Jenczura A., Stawicka K., Podsiadło B. i wsp. Postawy partnera podczas porodu rodzinnego [w:] *Dobrostan a rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży*, Markocka-Mączka K., Król H. (red. nauk.), Wyd. NeuroCentrum, Lublin, 2016, 107–115.
110. World Health Organization. *Poród nie jest chorobą*. Fortaleza, Brazylia; 1985. <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wokol-porodu/zalecenia-WHOPorod-nie-jest->

- choroba. html, data pobrania 13.03.2023.
111. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience; 2018. <https://www.who.int/reproductive-health/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>, data pobrania 13.03.2023.
 112. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 poz. 1318 z późn. zm), data pobrania 13.03.2023.
 113. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018, poz. 1756), data pobrania 13.03.2023.
 114. Haberko J.: Prawne aspekty asysty przy porodzie ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa męża matki i ojca dziecka, *Gin. Prakt.*, 2006, 88, 28-33.
 115. Dz.U.2022.0.1876 t.j. - Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 116. Mazurkiewicz B., Wietrzyńska A., Dmoch-Gajzlerska E. Decyzja o porodzie rodzinnym: przyczyny, motywy, uwarunkowania [w:] *Zdrowie i dobrostan*, Turowski K. (red.), Wyd. NeuroCentrum, Lublin, 2014, 89–108.
 117. DeVries R.G.: Humanizing childbirth: the discovery and implementation of bonding theory. *Int. J. Health. Serv.*, 1984, 14, 89–104.
 118. Szczawińska M.: *Razem czy osobno, poród rodzinny*. Wyd. AZ, Kraków, 2000.
 119. Bahl R., Strachan B., Murphy D.J.: Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study. *BMJ*, 2004, 328, 311.
 120. Grignaffini A., Soncini E., Ricco R.: Childbirth preparation courses: obstetrical and neonatal evaluation. *Acta Biomed. Ateneo Parmense* 2000,71, 701–707.
 121. Soderquist J., Wijma K., Wijma B.: Traumatic stress in late pregnancy. *J. Anxiety Disord.*, 2004, 18, 127–142.
 122. Lundgren I, Berg M, Lindmark G.: Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Women's Health*, 2003, 48, 322–328.
 123. Ulman-Włodarz I., Poręba A., Kwiatkowska E., Szafarczyk A.: Poród z udziałem ojca – wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie *Klin. Perinatol. Ginekol*, 2007, 43, 52-56.
 124. Augustyn S.J.: *Ojcostwo. Praca zbiorowa*. Wyd. WAM, Kraków, 1998.
 125. Fijałkowski W.: *Rodzicielstwo zgodnie z naturą*. Fundacja „Głos dla życia”, Poznań,

- 1999.
- 126.** Fijałkowski W.: *Rodzi się człowiek*, PWN, Warszawa, 1974.
 - 127.** Zimmermann-Tansella C., Dolcetta G., Azzini V., Zacche G., Bertagni P., Siani R., Tansella M.: Preparation courses for childbirth in primipara. A comparison. *J. Psychosom. Res.*, 1979, 23, 227–233.
 - 128.** Sipiński A., Poręba R., Dudkiewicz D.: Poród z udziałem męża. *Gin. Pol.*, 2000, 1, 4213–4217.
 - 129.** Sipiński A., Stanek A.: Poród rodzinny w warunkach szpitalnych. *Klin. Perin. Gin.*, 1996, supl. 13, 52-60.
 - 130.** Kubicki J., Kowalczyk D., Kudaś D.: Analiza kliniczna przebiegu 1300 porodów rodzinnych. *Gin. Pol.*, 2000, 71, 183–186.
 - 131.** Marcinkowski Z, Geppert-Rodzik M, Lisak M.: Poród rodzinny – dobroczynny wpływ na płód i noworodka. *Gin. Pol.* 1994, 65, 967–969.
 - 132.** Kazura R.R., Cichá M. , Brukwicka I., Kopański Z., Marczevska S., Kurowski A.: Standardy w praktyce pielęgniarstwa, *Journal Of Public Health, Nursing And Medical Rescue*, 2011, 1, 16-18.
 - 133.** Martewicz M. Zastosowanie standardów medycznych w praktyce zawodowej pielęgniarek w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2018, 8(3), 195–201.
 - 134.** Topczewska-Tylińska K. Rola standardów w medycynie. [W:] Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. Maciąg A, red. Bielsko Biała: *α-medica Press*; 2007:112.
 - 135.** Kapała W. Jakość w pielęgniarstwie – miejsce i rola wysokiej wartości świadczeń pielęgniarstwa. *Zdrowie i Zarządzanie*. 2002, 4(6), 63–68.
 - 136.** Kózka M., Brzezińska M. Metodologia opracowania standardów kwalifikacji zawodowych i ich znaczenie w kontekście wejścia Polski do Unii Europejskiej.: VII Kongres Pielęgniarek Polskich : współczesne pielęgniarstwo to wiedza, profesjonalizm, pasja, Sopot, 14-15 maja 2004, . 27-30 :
 - 137.** Kózka M. (red.): *Wybrane standardy opieki pielęgniarstwa*. Wyd. UJ, Kraków, 1997.
 - 138.** Krasuska M.E.: *Opieka w chorobie nowotworowej*, Wyd. YOKAM, Lublin, 1997.
 - 139.** Lenartowicz H. *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. Wyd. CEM, Warszawa, 1998.

140. Piątek A. Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 1999, 12-16.
141. Szczepka M. Standaryzacja jakości opieki pielęgniarskiej. *Piel.2000.*, 1996, 4, 30-32.
142. Szczepka M. Tendencje rozwojowe w zakresie standaryzacji i poprawy jakości opieki w pielęgniarstwie. *Piel.2000.* 1998, 1, 8-20.
143. Sioma-Markowska U., Poręba R.: Analiza postaw ojców w porodzie rodzinnym w materiale katedry i oddziału klinicznego ginekologii i położnictwa w Tychach Śląskiej Akademii Medycznej, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2008, 1(2), 141-148.
144. Fijałkowski W. : Ojcostwo na nowo odkryte. Wyd. Diecezjalne, Pelplin, 1996.
145. Fijałkowski W.: Szkoła Rodzenia. PZWL, Warszawa, 1997.
146. Fijałkowski W.: Ku afirmacji życia. Wyd. Gaudium, Lublin, 2003.
147. Hall. E.O. From fun and excitement to joy and trouble—an explorative study of tree Danish father's experiences around birth. *Scan. J. Carig.*, 1995, 9(3), 171-179.
148. Iwanowicz-Palus Kuter A., Stadnicka G., Krościk A.G.: Rola i aktywność osoby towarzyszącej podczas porodu rodzinnego. *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl. 1, 159-163.
149. Laudański T. Czym jest poród rodzinny? *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl. 1, 15-16.
150. Laudański T., Fijałkowski W., Sobkiewicz S., Tyliński W.: Przebieg porodu naturalnego po przygotowaniu w Szkole Rodzenia. Jubileuszowy Zjazd PTG, Kraków. 1985.
151. Laudański T., Fijałkowski W., Tyliński W.: Przeżycia mężów uczestniczących w porodzie w świetle ich własnych relacji. *Ann. Acad. Med. Siles.*, supl. Psychosom. Uwarun. Porodu Natural., 1989, 309-312.
152. Laudański T., Lipecka-Kidawska E. Analiza porodów rodzinnych w świetle 20 lat doświadczeń. *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl. 1, 17-18.
153. Leavitt J.W. (2003) What do men have to do with it? Fathers and mid – twentieth – century childbirth. *Bull. Hist. Med.* 2003, 77(2), 236-262.
154. Łepecka-Klusek C., Karauda M. Ojcowie o swoim uczestnictwie w narodzinach dziecka. *Klin. Perin. Gin.*, 2002, supl. 25, 188-192.
155. Maciejewski J., Niemiec T., Krawczyńska M. i wsp. .: Rola Szkoły Rodzenia w przygotowaniu do porodu w ocenie przyszłych rodziców. *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl.1, 19-25.

156. Pawłowska A., Puzio G., Marianowski L. Spostrzeżenia dotyczące obecności ojca przy porodzie. *Ann. Acad. Med. Siles.*, 1989, supl. Psychosom. Uwarun. Porodu Natural, , 331-334
157. Pietrasik D., Hendigery A., Jaczyńska R. et al. Dlaczego ojcowie chcą być przy narodzinach swoich dzieci? *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl. 1, 79-81.
158. Poręba R.: Poród w ujęciu interdyscyplinarnym. *Klin. Perin. Gin.*, 2002, supl. 25, 15-21.
159. Sipiński A., Poręba R., Dudkiewicz D., Stanek A.: Poród z udziałem męża. *Gin. Pol.*, 2000, 71(4), 213-217.
160. Sipiński A., Stanek A. Poród rodzinny w warunkach szpitalnych. *Klin. Perin. Gin.*, 1996, supl. 13, 52-60.
161. Wyszynska G.: Rola ojca w rozwoju dziecka, https://ipp.waw.pl/wp-content/uploads/Grazyna_Wyszynska.pdf, data pobrania 23.03.2023.
162. Dukaj J.: Łódź, Wyd. Literackie, Kraków, 2020.
163. Kroelinger C.D., Oths K.S.: Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 2000, 27, 112–119.
164. Dąbrowska Z.: Czym się charakteryzują współczesne małżeństwa w Polsce? *Małżeństwo i Rodzina* 2005, 4, 3-11.
165. Neugebauer K.: Refleksja historyczno-światopoglądowa. *Problemy Rodziny*, 1986, 1, 4.
166. Sokal U.: Współczesne poglądy na charakter związku małżeńskiego, *Roczniki socjologii Medycyny*, 1998, 10, 67-75.
167. Wallerstein J. S., Blakeslee S.: Udane małżeństwa. Przekład Iwona Zych. Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1997.
168. Willi J., Związek dwojga. Psychoanaliza pary. Przekład Maria Szewcow-Szewczyk. Wyd. Fundamnet, Warszawa, 1997.
169. Gulczyńska A., Jankowiak B.: Poczucie koherencji studentów a jakość i trwałość ich związków partnerskich, *Seksuol. Pol.* 2007, 5(2), 66–70.
170. Doniec R. Rodzina wielkiego miasta. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2001.
171. Roguska B.: Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny. Komunikat CBOS, BS/52/2006, Warszawa, 2006.

172. Bożewicz M.: Modele życia małżeńskiego Polaków. Komunikat CBOS, 157/2020, Warszawa, 2020.
173. Szymanik-Kostrzewska A., Michalska P.: Współczesne matki a stereotyp Matki-Polki. Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2020.
174. Szymanik-Kostrzewska A.: Wzór funkcjonowania Matki-Polki jako korelat wypalenia rodzicielskiego i kierowania się wybranymi mitami rodzicielskimi. Wstępne wyniki badań. *Psychologia Rozwojowa*, 2022, 27(1), 79–97.
175. Tubisz M. Rola ojca w procesie moralnego wychowania dziecka – aspekt prawno-psychologiczny, *Kortowski Przegląd Prawniczy*, 2017, 40-46
176. Wasilewska-Pordes M.: Depresja poporodowa u kobiet. Wyd. Radamsa, Kraków, 2000.
177. Łukasik R., Waksmańska W., Golańska Ż., Woś H.: Różnice w wyobrażeniach matki i ojca o życiu prenatalnym dziecka, *Probl. Pielęg.*, 2007, 15(4), 254-261.
178. Kornas-Biela D. Twoje dziecko — poradnik dla kobiet w ciąży. 1992, 1, 15–50.
179. Kalita J., Krzyczkowska-Sendrakowska M. Elementy psychologii perinatalnej [w:] Wybrane zagadnienia intensywnego nadzoru położniczego. *Przegl. Lek.*, 2000, 452–453.
180. Bidzan M., Redzimska M. Własne dziecko a wyobrażenia o nim u nastoletnich matek oraz u młodych pełnoletnich kobiet [w:] *Motywy, cele, wartości. Przyczynek do zrozumienia stanu ducha i stanu umysłu współczesnych Polaków*. Martynowicz E. (red.). Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2004, 239–254.
181. Klitzing K., Simoni H., Amsler F. et al.: The role of father in early family interactions. *Infant. Ment. Health. J.*, 1999, 20(3), 222–237.
182. Kornas-Biela D.: Najmłodsze dziecko w rodzinie [w:] *Rodzina. Myśli i działanie*. Soszyńska G. (red.), Wyd. Polihymnia, Lublin, 2004, 52.
183. Formański J. Charakterystyka rozwoju człowieka w poszczególnych okresach życia. [w:] *Psychologia*. PZWL, Warszawa, 2003, 300–302.
184. Gałkowski J.W., Gula J. Z zagadnień psychologii prenatalnej [w:] *W imieniu dziecka poczętego*. Gałkowski (red.), Katolicki UL, Lublin, 1991, 25–50.
185. Winnicott D.W.: *Dziecko, jego rodzina i świat*, Wyd. Świat Książki, Warszawa, 1993.
186. Lamb M. E. *The Father's Role. Applied Perspectives*. New York-Chchester- -Brisbane-Toronto-Singapore: John Wiley&Sons, New York, 1986.

187. Dąbrowska-Wnuk M., Soroka J.: Zaangażowanie mężczyzn – przyszłych ojców w proces oczekiwania narodzin dziecka a styl przywiązania do partnerki, *Humanum, Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 2017, 25(2), 19-38.
188. May K.M.: Three phases of father involvement in pregnancy [in:] *Coping with life crises*. Moss R.H. (ed.) Plenum Press, New York, 1986, 115–128.
189. Bielawska-Batorowicz E.: Psychologia prokreacji jako dziedzina badań i obszar praktycznej działalności psychologa. *Przegl. Psychol.*, 1999, 42(1-2), 221-239
190. Bielawska-Batorowicz E.: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice, 2006.
191. Summersgill P.: Rodzący mężczyzna, czyli odwet odepchniętych ojców [w:] *Praktyka położnicza*, Alexander J., Levy V., Roch S. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 110-128.
192. Reniecka E.: Idea rodzicielstwa bliskości [w]: *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*, Liberska H., Malina A. (red.), Wyd. Difin SA, 2011, 131-135.
193. Syty K., Pilewska-Kozak A.B., Jakiel G.: Reakcje kobiet i ich partnerów na fakt zaistnienia ciąży. *Perinatol. Neonatol. Ginekol.*, 2008, 1(3), 217-221.
194. Kielbratowska B., Zwierzyńska H.: Opinie ojców na temat przygotowania do rodzicielstwa w szkole rodzenia, *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska Sectio D*, 2004, 58(14), 183, 477-480.
195. Gębicz W., Plagens-Rotman K., Ulatowska A.: Motywy uczestnictwa przyszłych rodziców w zajęciach edukacyjnych szkoły rodzenia, *Pieleg. Pol.*, 2019, 3(73), 243-251.
196. Kryszk B., Kaliwoda B., Sybilski A.J.: Wpływ kształcenia w szkole rodzenia na postawy i zachowanie zdrowotne jej słuchaczy. *Probl. Lek.* 2011, 47(1), 31–35.
197. Olejek A., Wala D., Bodzek P. et al. Analiza porodów rodzinnych w materiale Katedry i Oddziału Klinicznego Położnictwa i Ginekologii w Bytomiu Śląskiej Akademii Medycznej w latach 1999-2003. *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl. 1, 38-40.
198. Guzikowski W., Kowalczyk D., Mączka M.: Analiza aktualnych form przygotowania do porodu rodzinnego i „tradycyjnego”. *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl.1, 67-70.
199. Rybakowski Ł., Malewski M.: Poród rodzinny na oddziale położniczym w szpitalu ZOZ w Śremie. *Klin. Perin. Gin.*, 1996, supl. 13, 39-40.
200. Kaźmierczak W., Fiegler P., Węgrzyn P., Cholewa D.: Rola porodu rodzinnego we współczesnym położnictwie, *Wiad. Lek.*, 2006, 59, 5-6.

201. Karauda M.B., Łepecka-Klusek C.M., Bucholc M.Z.: Współcześni małżonkowie wobec porodu rodzinnego, *Wiad. Lek.*, 2006, 59, 9-10.
202. Berkau A., Suchowiak S., Plagens-Rotman K.: Poród rodzinny z perspektywy ojca dziecka, *Pol. Prz. Nauk Zdr.*, 2016, 1(46), 18-23.
203. Krajczy N.: Obecność ojca przy porodzie, *Klin. Perinatol. Ginekol.*, 1996, 13, 47-51.
204. Ziółkowska K., Banaszak A., Kamiński P. i wsp.: Wspólne uczestnictwo małżonków w porodzie – korzyści czy ryzyko? *Klin. Perin. Gin.*, 2004, supl. 1, 90-93.
205. Rochala K.L.: Motywacja rodziców do udziału w kursach Szkoły Rodzenia. *Pielęg. XXI w.*, 2008, 1, 10–18.
206. Puszczałowska-Lizis E, Mokrzycka K, Janolis S. Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. *Med. Ogólna Nauki Zdr*, 2016, 4, 264–269.
207. Ćwiek D. Ocena wpływu edukacji w Szkołach Rodzenia na przebieg ciąży, porodu i położu oraz opiekę nad noworodkiem. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2006, 1, 79–90.
208. Modrzejewska E, Torbe A, Ćwiek D. Opinie położnej na temat udziału partnera w porodzie. *Położna, Nauka i Profilaktyka*, 2015, 4, 8–13.
209. Łapko M. Dojrzeć do macierzyństwa i ojcostwa. *Mag. Pielęg. Poł.*, 2007, 11, 39.
210. Olejniczak D, Krakowiak K. Ocena potrzeby edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią. *Nowa Pediat.*, 2013, 3, 97–99.
211. Wolbiś M, Krychowska-Ćwikła A. Poród rodzin w oczach ojca. *Położna, Nauka i Praktyka*, 2012, 2, 30–36.



ISBN – 978-83-67454-54-4