

# DYLEMATY DOTYCZĄCE LUDZKIEJ PŁODNOŚCI

pod redakcją  
Marii Ryś

INSTYTUT PAPIEŻA JANA PAWŁA II  
WARSZAWA 2015

Redaktor naczelny  
ks. dr hab. Zdzisław Struzik

Redakcja naukowa  
prof. UKSW dr hab. Maria Ryś

Recenzenci  
ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki  
ks. prof. UKSW dr hab. Jan Bielecki

Opracowanie redakcyjne  
Marzena Zielonka

Skład  
Agnieszka Sulimierska

Projekt okładki  
Dominika Kotlińska

Tłumaczenie streszczeń na język angielski  
Andrzej Klimczyk

Copyright by Instytut Papieża Jana Pawła II w Warszawie  
Warszawa 2015

ISBN 978-83-61250-77-7

Instytut Papieża Jana Pawła II  
ul. Księdza Prymasa Augusta Hlonda 1  
02-972 Warszawa  
tel. 22 213 11 90, fax 22 213 11 92  
www.ipjp2.pl, instytut@ipjp2.pl

dr hab. Dorota Kornas-Biela, prof. KUL  
mgr Natalia Surma

## PORÓD JAKO WIELOASPEKTOWE DOŚWIADCZENIE

### WPROWADZENIE

Poród jest złożonym procesem prokreacyjnym, który budzi wiele emocji u każdego, kto o nim myśli. Każdy człowiek pojawił się bowiem poza łonem matki dzięki temu procesowi, który dla matki jest rodzeniem dziecka a dla niego samego – rodzeniem się. Dwie zaangażowane w to osoby, dwa różne doświadczenia osobiste. Tak jak każdy nosi nieświadomie w swoim ciele pamięć tego wydarzenia, tak matka nosi w sobie wspomnienia z tego okresu i są one nieraz bardzo silne pomimo upływu lat<sup>1</sup>.

Rodzenie dziecka jest procesem natury biologicznej, psychologicznej, kulturowej, ekologicznej, socjologicznej. Dokładniejsze poznanie istoty porodu wymaga więc nie tylko wiedzy medycznej, ale również wiedzy z dziedzin pokrewnych: psychologii, socjologii, ekologii, filozofii, etyki, demografii, kulturoznawstwa, prawa, a także aksjologii. Konieczność współpracy medycyny z innymi dziedzinami nauki dla pełniejszego poznania specyfiki porodu dowodzi, iż ma on wymiar interdyscyplinarny<sup>2</sup>.

Poród w powszechnej opinii kojarzy się z niewyobrażalnym wysiłkiem, ogromnym bólem, niewygodami hospitalizacji, napiętą atmosferą szpitalną.

<sup>1</sup> Artykuł został przygotowany do druku w oparciu o część materiału zebranego w ramach realizacji pracy magisterskiej Natalii Surmy pt. „Postawy wobec porodu kobiet z ciążą fizjologiczną i ciążą wysokiego ryzyka” (Lublin 2011), pisanej pod kierunkiem D. Kornas-Bieli na prowadzonym przez nią seminarium magisterskim „Pedagogika prenatalna i prokreacji”.

<sup>2</sup> R. Poręba, U. Sioma-Markowska, A. Poręba, *Poród w ujęciu interdyscyplinarnym*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, t. 1, z. 2, s. 149-151; *Optimalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 19-25.

Traktowany jest w większym stopniu jako wydarzenie o charakterze medycznym, niż naturalne doświadczenie, do którego kobieta ma biologiczne predyspozycje, a jej ciało „wie jak rodzić”. W kobiecej mentalności dominują raczej negatywne skojarzenia z porodem. Być może dzieje się tak dlatego, że większość porodów odbywa się w szpitalu, w miejscu kojarzonym przede wszystkim z bezradnością i zależnością, niedogodnościami, chorobami, bólem, stresem, zagrożeniem życia. Pejoratywne skojarzenia związane z rodzeniem są dodatkowo wzmacniane przez relacje kobiet, które już doświadczyły porodu i najczęściej opisują go w kategoriach koszmarnego przeżycia, sugerują pełne znieczulenie lub cesarskie cięcie jako sposób na radzenie sobie z „przymusem natury”. Jest to jeden z czynników „dezertowania” kobiet z roli rodzącej i wybór cesarskiego cięcia, chociaż jest ono zabiegiem medycznym na otwartym brzuchu i jako taki wiąże się z szeregiem możliwych komplikacji. Wzajemne relacje między personelem medycznym a kobietą rodzącą i położnicą mają również duży wpływ na wspomnienia z porodu, a tym samym na kształtowanie opinii o nim i postaw wobec niego. Różnego typu błędy jatrogenne wynikłe z niewłaściwego stosunku personelu do rodziców w procesie prokreacji (np. brak czasu na rozmowę, unikanie, brak informacji, niemożliwość stawiania pytań, wypowiedzi ogólnikowe, w zbyt fachowym języku, brak szacunku i życzliwości, zapewnienia intymności i dyskrecji), są kolejną przyczyną negatywnych skojarzeń z porodem szpitalnym. Również media, kreując obraz porodu jako nie do wytrzymania bolesnego przeżycia i reklamując metody znieczulenia w porodzie, pogłębiają i tak już duży strach kobiet przed porodem.

Każda młoda kobieta na długo przed porodem ustosunkowuje się w jakichś sposób do tego, czym jest ciąża i poród, kształtuje sobie opinię, przekonania i wyobrażenia o porodzie, wizualizuje sobie jego przebieg i swoje porodowe doświadczenia, podejmuje hipotetyczne decyzje. Przyjmowane przez kobiety postawy wobec rodzenia są bardzo ważne, ponieważ mogą mieć wpływ na sam przebieg porodu, relacje z nowonarodzonym dzieckiem, żywą pamięć doświadczeń wyniesionych z porodu, jako znaczącego wydarzenia w życiu, stosunek do siebie jako kobiety i matki. Bezpośredni wpływ na te postawy mają wcześniejsze niepowodzenia prokreacyjne (np. długo leczona niepłodność, wspomagana prokreacja, strata dziecka), które mogą nasilić lęk przed porodem naturalnym, gdyż z powodu tych zdarzeń kobieta nie ma zaufania do swojego ciała, do jego możliwości zdrowotnych, do własnej odporności psychicznej i możliwości poradzenia sobie z bólem, boi się „złego losu” i „dmucha na zimne”, decydując się na cesarskie cięcie z wyboru.

Wbrew funkcjonującym w społeczeństwie stereotypom o „mężkach porodowych”, warto podkreślać, że wcale nie musi on być postrzegany tylko jako szpitalne, pełne lęku i bólu wydarzenie. Wręcz przeciwnie, poród jest doświadczeniem naturalnym, które kobieta może zapamiętać jako chwilę radośną i piękną. Ważne jest właściwe podejście do rodzenia, poród jest bowiem najważniejszym doświadczeniem życiowym dla kobiety, głębokim i duchowym przeżyciem. Kobieta może zatem potraktować go jako zadanie, a przejście przez trudy i zmierzenie się z wysiłkiem i bólem jako wyzwanie, które umacnia duchowo, daje satysfakcję i ubogaca wewnątrznie<sup>3</sup>.

## 1. SPOŁECZNO-KULTUROWY KONTEKST PORODU

W ostatnich stuleciach w położnictwie głównie skupiono się na trosce o życie i zdrowie matki i dziecka. Obniżyła się znacznie umieralność okołoporodowa, co było wynikiem doskonalenia standardów sanitarnych. Bogdan Chazan podkreśla, iż doszło do swoistego artefaktu jednostronnego widzenia bezpieczeństwa narodzin i higieny. Porodowi został przypisany wyłącznie charakter medyczny; stał się zwykłym zabiegiem w „sterylnej fabryce”. Narodziny dziecka, które powinny być wydarzeniem rodzinnym, zostały sprowadzone do procedury medycznej, a czasami wręcz chirurgicznej<sup>4</sup>. W większości szpitali obowiązywało rutynowe postępowanie w czasie porodu, którego nieodłącznym elementem było golenie wżgórka łonowego, zrobienie lewatywy, często również założenie wenflonu (zakładając konieczność wlewów dożylnych), obowiązkowe leżenie rodzącej na łóżku lub w pozycji półsiedzącej przez cały okres przebywania w szpitalu, aby jak najbardziej ułatwić do niej dostęp personelowi medycznemu w celu podawania leków, elektronicznego monitorowania i ewentualnego wykonania znieczulenia.

Janet Balaskas, założycielka ruchu Active Birth Movement, promując poród aktywny, pisze o konieczności podmiotowego traktowania kobiety, respektowania podczas porodu jej potrzeb i preferencji. Podkreśla przy tym, iż nie można zapominać o zdolności kobiety do rodzenia dzieci, o sile, jaka w niej tkwi, aby poród stał się pięknym i twórczym doświadczeniem<sup>5</sup>. Poród nie jest zadaniem lekarzy, ale samej kobiety. Rola personelu powinna sprowadzać się jedynie do czuwania

<sup>3</sup> D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin 2009.

<sup>4</sup> *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, red. B. Chazan, Warszawa 1997.

<sup>5</sup> J. Balaskas, *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*, tłum. K. Niecikowska-Jastrzębska, J. Stępień, Warszawa 1997; zob. także też, *Poród aktywny. Nowe spojrzenie*

nad bezpieczeństwem, prawidłowym przebiegiem porodu, reakcji w razie jakichś nieprawidłowości. Rutynowe stosowanie procedur medycznych typu: nacięcie krocza, użycie kleszczy, czy ekstraktora próżniowego, świadczy, iż poród jest traktowany jako możliwa przyczyna wystąpienia patologii, której można zapobiegać tylko dzięki stałemu nadzorowaniu go z wykorzystaniem nowoczesnych osiągnięć medycyny.

Kobiety od zawsze, co wynika z badań historycznych, rodziły w pozycjach daleko odbiegających od tej typowo medycznej, uznanej w położnictwie za najdogodniejszą dla urodzenia się dziecka, czyli leżącej. W trakcie porodu przyjmowały pozycje pionowe: w klęku, siadzie, staniu lub pozycji kucznej. Pozycje te nie tylko usprawniały przebieg porodu, ale także umożliwiały kobiecie bycie aktywną w akcie porodowym i odgrywanie głównej roli w narodzinach dziecka. Wśród społeczności pierwotnych do dzisiaj stosuje się wiele zróżnicowanych pozycji porodowych. Wynikają one z warunków kulturowych i naturalnych zachowań instynktowych, uruchamianych dzięki hormonom kierującym przebiegiem porodu.

Kobiety przez tysiąclecia były w czasie porodu aktywne, zmieniały swoją pozycję w zależności od fazy porodu i własnego samopoczucia, aby przyjąć jak najbardziej dla nich dogodną w danym momencie. W czasie długich godzin porodu były ruchliwe, miały wiele do zrobienia, zajmowały się obowiązkami domowymi, a dopiero na etapie skurczy partych przyjmowały pozycje werterykalne: kucanie, klęczenie, stanie, siedzenie, pochylenie z oparciem.

Wiedza o pozycjach porodowych kobiet sprzed setek lub tysięcy lat pochodzi z odkryć archeologicznych oraz badań zwyczajów współczesnych kultur pierwotnych. Na główce srebrnej spinki pochodzącej z Luristanu w Persji, z pierwszego tysiąclecia przed naszą erą widnieje wizerunek kobiety w pozycji kucznej. Płaskorzeźba ze świątyni w Egipcie przedstawia kobietę klęczącą w trakcie porodu, a egipski hieroglify oznaczający „rodzenie” przedstawia kucającą matkę. Nawet w Starym Testamencie, w Księdze Wyjścia (1,16) czytamy: „jeśli będziecie przy porodach kobiet hebrajskich, to patrzcie jak rodzą siedząc”<sup>6</sup>. O porodzie w pozycji siedzącej na krześle porodowym pisano na początku II w. n.e. Pierwsze krzesła porodowe to były duże kamienie lub kłody, które z czasem zmieniło w fotele, dające wiele możliwości regulacji. W wieku XIX i XX całkowicie porzucono stosowanie krzeseł porodowych, a zastąpiono je łózkami i stołami

*na naturalny sposób rodzenia*, [http://cnd.republika.pl/balaskas\\_porod\\_aktywny.pdf](http://cnd.republika.pl/balaskas_porod_aktywny.pdf) [dostęp: 15.02.2015].

<sup>6</sup> Zob. też, *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*, [http://cnd.republika.pl/balaskas\\_porod\\_aktywny.pdf](http://cnd.republika.pl/balaskas_porod_aktywny.pdf) [dostęp: 15.02.2015].

porodowymi<sup>7</sup>. Wraz z rozwojem nowoczesnego szpitalnictwa zmieniała się kultura rodzenia.

Jak pisze w literaturze przedmiotu Michel Odent: „Historia położnictwa w dużej mierze jest historią odbierania matce jej głównej roli w narodzinach dziecka”<sup>8</sup>. Współczesne położnictwo zostało zapoczątkowane we Francji w XVII w. przez mężczyzn, którzy wówczas przejęli rolę tradycyjnych położnych. Natomiast źródłosłów terminu „położnictwo” – *obsteric* pochodzi z łaciny: „ob + stare” i oznacza „stać przed”. Wydarzeniem, które zapoczątkowało rodzenie w pozycji leżącej był poród konkubiny Ludwika IV, która zgodnie z kaprysem króla przyjęła ułożenie ciała na wznak po to, by król miał lepszy widok oraz aby lekarzom łatwiej było użyć kleszczy. Pozycja leżąca, narzucająca bierną postawę kobiecie podczas porodu, jest dziś powszechna w społeczeństwach uprzemysłowionych. Podobnie jak zastąpienie położnych lekarzami, co wiąże się z pomniejszeniem roli macierzyńskiej, wrażliwości i troski, którą położne, jako kobiety, mogą zapewnić innym kobietom.

Pomimo medykalizacji porodu wciąż obecnej we współczesnym położnictwie, jesteśmy świadkami wielu przemian w tej dziedzinie. Odchodzi się od „instytucjonalnej władzy w kulturze porodu high-tech”, „medycznego zarządzania porodem”, „zarządzania maszyną reprodukcyjną” poprzez zrytualizowane działania lekarzy, „porodu jak w zegarku” – jak zostały określone porody szpitalne, w których kobieta rodząca musiała przyjąć pozycję pasywną, zależną i poród był „prowadzony” przez personel medyczny<sup>9</sup>.

Również w polskim położnictwie w ostatnich latach wiele zmieniło się na lepsze. Obserwuje się wzrost świadomości lekarzy co do wpływu czynników psychicznych na przebieg ciąży i porodu, docenienie psychoprofilaktycznego przygotowania rodziców do odbycia porodu, dostrzeżenie konieczności zapewnienia zawsze gdy jest to możliwe porodu fizjologicznego, naturalnego (zgodnego z prawami natury), rodzinnego, respektowanie praw kobiet i ich psychofizycznych potrzeb podczas porodu. Psychoprofilaktyka prowadzona w szkołach rodzenia (których liczba ciągle wzrasta), prowadzi do zmniejszenia lęków kobiet związanych z porodem, sprzyja ich koncentracji na przebiegu porodu i dziecka, a nie na własnych odczuciach bólowych<sup>10</sup>, kształtowaniu pozy-

<sup>7</sup> Taż, *Poród aktywny...*, dz. cyt.

<sup>8</sup> M. Odent, *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być?*, Warszawa 1997.

<sup>9</sup> S. Kitzinger, *Kryzys narodzin*, [tłum. A. Banaś, P. Banaś, A. Weseli], Warszawa 2011.

<sup>10</sup> E. Walentyn, A. Wiktor, A. Wdowiak i in., *Opinie i obawy kobiet odnośnie porodu zależnie od przygotowania w szkole rodzenia*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114, nr 3, s. 279-282.

tywnego nastawienia do porodu oraz umożliwia aktywny, kontrolowany w nim udział<sup>11</sup>. W placówkach tych mówi się o porodzie nie jako o cierpieniu i chorobie, lecz jako o przeżyciu i wysiłku kobiety rodzącej. W związku z tym wzrasta odsetek kobiet kojarzących poród z radością i traktujących go jako wyzwanie oraz sprawdzian dla swojej osoby, natomiast zmniejsza się liczba kobiet kojarzących poród z lękiem, bólem, problemem i niewiadomą.

Przyczyną prowadzącą do przemiany kultury narodzin były badania lekarzy i psychologów na temat negatywnych konsekwencji ubezwłasnowolnienia kobiety, pozbawienia jej aktywnej roli w procesie rodzenia i oddzielenia od dziecka po porodzie. Badania te wykazały, że kobieta osamotniona, zmuszona sytuacją do przyjęcia biernej postawy, pełna lęków, reaguje kumulacją napięcia wewnętrznego, będącego mechanizmem obronnym, co utrudnia przebieg porodu i czyni go boleśniejszym. Zauważono także, że zakłócenie bezpośredniego kontaktu matki z nowo narodzonym dzieckiem nie jest korzystne dla rozwoju więzi między nimi i jest bardzo dużą przeszkodą w pomyślnym karmieniu piersią. W wyniku wyżej wspomnianych badań przyjęto bardziej sceptyczną postawę wobec wielu rutynowo stosowanych do tej pory praktyk. Owocem tych opracowań był dokument Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 r., sformułowany w postaci piętnastu zaleceń, zatytułowany „Poród nie jest chorobą”<sup>12</sup>. Drugim z czynników, który doprowadził do przełomu w traktowaniu narodzin był protest kobiet. Kobiety rodzące w pozycji leżącej, bezradne, pozbawione poczucia intymności, obecności i wsparcia bliskich oraz kontaktu z nowo narodzonym dzieckiem – czuły się jakby były tylko rodzajem „inkubatora” dla dziecka (do którego nie mają prawa po jego urodzeniu), a nie podmiotami i uczestnikami procesu narodzin<sup>13</sup>.

Obecnie w kulturze narodzin pojawiają się tendencje wskazujące na rosnącą rolę rodzącej w wydarzeniu, jakim jest poród. Matki domagają się informacji, udziału w podejmowaniu decyzji, pragną być aktywne w narodzinach swojego dziecka. Coraz bardziej powszechne stają się także porody rodzinne z udziałem ojca dziecka. Już od początków dziejów naszego gatunku poród był traktowany

<sup>11</sup> H. Cerańska-Goszczyńska, E. Ciastoń-Przeclawska, G. Kmita i in., *Uczestnictwo w szkole rodzenia – jego wpływ na postawy wobec porodu i karmienia piersią*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” (Poród naturalny), Supl. 13, Tychy 1996, s. 116-125.

<sup>12</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, wyd. 2, Warszawa 2004; K. Kosińska, A. Krychowska, M. Wielgoś i in., *Postawy ciężarnych wobec porodu – analiza form przygotowania i preferencji*, „Ginekologia Polska” 2005, vol. 76, nr 12, s. 973-979.

<sup>13</sup> *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.

jako ważne wydarzenie rodzinne. Ludność różnych kultur podkreślając rangę narodzin odprawiała określone rytuały, które podkreślały ważność tej chwili, a jednocześnie dawały ulgę i wsparcie rodzącej kobiecie. Każdy z członków rodziny otrzymywał określone zadania podczas porodu. Jednak najważniejsza, tak jak i dzisiaj, była rola ojca, który stosując się do obowiązujących zwyczajów, okazywał zaangażowanie wobec żony i dziecka, dokumentował swoją więź z nimi, dawał poczucie bezpieczeństwa, tym samym zapewniając także pomyślny przebieg porodu<sup>14</sup>.

Do zmian pojawiających się we współczesnej kulturze narodzin można zaliczyć także przejawiane przez kobiety większe zainteresowanie kwestią ciąży i porodu, a także pragnienie możliwości wpływu na jego przebieg. Zapotrzebowanie na edukację przedporodową wynika z przemian społecznych i obyczajowych. W latach trzydziestych brytyjski ginekolog Grantly Dick-Read<sup>15</sup> wysunął hipotezę, że napięcie psychiczne wzmacnia ból porodowy. Jest on autorem koncepcji triady: obawa, napięcie, ból. Jego zdaniem edukacja i wsparcie psychiczne przerywa tę triadę. W Polsce edukację przedporodową upowszechnił Włodzimierz Fijałkowski, twórca szkół rodzenia, autor literatury promującej psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu. Jego zdaniem bardzo istotne jest rozwijanie dialogu rodzinnego przed urodzeniem, przygotowanie rodziców do porodu „we dwoje” i uzupełnianie się w podejmowaniu ról rodzicielskich, tzw. dwurodzicielstwo od poczęcia<sup>16</sup>.

Swój duży udział w przemianach, które współcześnie obserwujemy w kulturze narodzin mają media. Dzięki mediom zaczęto nagłaśniać kwestię porodu, coraz częściej o nim mówić, kobiety zrozumiały, że podczas porodu należy im się pomoc, dowiedziały się na czym ta pomoc może polegać. Można powiedzieć, że to w głównej mierze dzięki mediom „odczarowano” poród, przestał być mrocznym misterium bólu, strachu i wielkiej niewiadomej. Współcześnie świadomość u rodzących, co do tego, co się dzieje podczas porodu, jest dużo wyższa niż u ich matek. Jednak nadal medialny przekaz treści okołoporodowych charakteryzuje niespójność i ambiwalencja. Z jednej strony poród ukazuje się jako „krwawo-mięsna” trauma pełną komplikacji, a z drugiej jako doświadczenie wręcz mistyczne, piękne, całkowicie pozbawione przeżyć o negatywnym zabar-

<sup>14</sup> Tamże.

<sup>15</sup> Zob. M. Samuels, N. Samuels, *New Well Pregnancy Book. Completely Revised and Updated*, New York 1996, s. 157-158.

<sup>16</sup> B. Banaszak-Żak, *Styl życia kobiet w okresie ciąży*, „Zdrowie Publiczne” 2005, t. 115, nr 2, s. 179-183; *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.

wieniu. W powyższych obrazach *psyche* i *soma* zostają całkowicie oddzielone, co prowadzi do tego, że kobiety wyobrażają sobie poród jako traumę lub jako ekstazę. Szczególnie podatne na przekaz medialny są pierworódki, które nie mają doświadczenia w kwestii rodzenia<sup>17</sup>.

Poród jest nie tylko ważnym wydarzeniem intymnym, ale także społecznym. Bardzo dużo już napisano i powiedziano o znaczącej roli ojca w okresie ciąży, porodu i połogu<sup>18</sup>. Doszło także do wielu zmian na lepsze w tej kwestii. Coraz częściej obserwuje się i słyszy o mężach wspierających swoje żony-matki ich dzieci, towarzyszących swoim partnerkom przy porodzie. Natomiast wciąż za mało mówi się o roli matek kobiet w ciąży, sióstr, przyjaciółek, bliskich znajomych w budowaniu, jakości i kształtu doświadczenia prokreacyjnego, bo kto zrozumie kobietę lepiej niż druga kobieta. Warto także przy okazji poruszyć kwestię banalizowania i przemilczania kwestii ciąży i okołoporodowych w rodzinach. Dzieje się tak w przypadku kobiet, które od swoich matek nie otrzymały wiedzy o tajemnicach kobiecego ciała, nie nauczyły się szacunku dla jego odmienności, praw i potrzeb, nie nabyły przekonania o jego funkcjonalnej (nie estetycznej wartości). Takie kobiety określa się mianem funkcjonujących „obok ciała”. Mają one istotny problem w rozpoznawaniu, nazywaniu i przeżywaniu emocji związanych z macierzyństwem. Są to najczęściej córki matek „odciętych od ciała”. W takich rodzinach nie rozmawia się o problemach płci, nie „świętuje” się pierwszej miesiaczki, a ciąża i poród to tematy tabu<sup>19</sup>.

## 2. PORÓD W UJĘCIU FIZJOLOGICZNYM

W. Fijałkowski o porodzie fizjologicznym pisze jako o: „niczym niezakłóconym, spontanicznym procesie, niewymagającym interwencji narzucającej czas i sposób jego ukończenia. Poród fizjologiczny nie jest owocem aktywności rodzącej, wyrażonej w zastosowaniu «sztuki rodzenia», lecz jest efektem korzystnych warunków anatomicznych”<sup>20</sup>. Nie można utożsamiać porodu fizjologicznego i porodu naturalnego. Czynnikiem różnicującym jest odniesienie do

<sup>17</sup> U. Śmietana, Tekst wystąpienia na Międzynarodowym Kongresie: Witajcie na świecie! – o perspektywach i kierunkach rozwoju światowego i polskiego położnictwa, 19–21 października 2006, zorganizowany przez Fundację Rodzić po Ludzku, Warszawa 2006.

<sup>18</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.; E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice 2006.

<sup>19</sup> U. Śmietana, Tekst wystąpienia na Międzynarodowym Kongresie: Witajcie na świecie..., dz. cyt.

<sup>20</sup> W. Fijałkowski, *Ku afirmacji życia*, Lublin 2003.

bólu towarzyszącego rodzeniu. Porodem fizjologicznym nazywamy taki poród, który odbywa się siłami i drogami natury, niezależnie od tego, czy wysiłek podejmowany podczas porodu faktycznie spełnia wymogi fizjologii. Wymogi te nie są spełnione, gdy skumulowane podczas porodu napięcie prowadzi do niedotlenienia tkanek, tym samym powodując utratę naturalnej odczuwalności skurczów, jako informacji o przebiegu porodu. Powstała sytuacja odzwierciedla triadę angielskiego położnika G. Dick-Reada: lęk – napięcie – ból. Tą drogą kobietę paraliżuje ból, uniemożliwiając jej tym samym podjęcie aktywności. Pojęcie porodu naturalnego zakresowo łączy się z pojęciem porodu fizjologicznego. Naturalny przebieg porodu wyklucza triadę Dick-Reada; opiera się na innej, opracowanej w Łódzkiej Szkole Rodzenia<sup>21</sup>. Tworzy ją: koncentracja na wyuczonych umiejętnościach prowadzących do odprężenia czynnego, które umożliwi odwzorowanie odczuwalności naturalnej. Dzięki temu kobieta jest chętna do współpracy z siłami natury i jednocześnie zachowana jest równowaga napięć i dobre natlenienie tkanek<sup>22</sup>. Zachowanie równowagi wewnątrzstrojowej jest bardzo ważnym czynnikiem ochraniającym rodzące się dziecko. Matka, która podczas porodu koncentruje się nie na bólu, czy na własnym dyskomforcie, a całą swoją uwagę poświęca dziecku, chroni go przed nadmiernym stresem porodu i jego skutkami<sup>23</sup>. Poród naturalny jest możliwy nawet dla tych kobiet, u których organizm w momencie zaistnienia ciąży nie spełniał wymogów fizjologicznych, ponieważ można je wypracować<sup>24</sup>.

Poród rozpoczyna się w momencie wystąpienia regularnej czynności skurczowej macicy i dzieli się na cztery okresy: okres rozwierania szyjki macicy, okres wydalania, okres łożyskowy i wczesny okres poporodowy. Pierwszy okres porodu rozpoczyna wystąpienie regularnych skurczów macicy. Obejmuje ponad 90% czasu trwania całego porodu. Co stanowi u pierworódek około 10 godzin, a 6 godzin u wieloródek<sup>25</sup>. Na początku skurcze są słabe, w miarę postępu porodu zwiększa się ich częstotliwość i czas trwania. Stają się silniej odczuwane przez rodzącą<sup>26</sup>. Okres ten jest nazywany okresem rozwierania i dzieli się na trzy fazy: w pierwszej następuje wygładzanie się szyjki macicy i jej rozwarcie do średnicy 5cm, druga faza to rozwarcie do 8 cm, a trzecia obejmuje

<sup>21</sup> Tenże, *Dar rodzenia*, wyd. 3 poszerz., Warszawa 1988.

<sup>22</sup> Tenże, *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji*, wyd. 2 popr., Kraków 2011.

<sup>23</sup> Tenże, *Rodzi się człowiek*, wyd. 6 popr. i uzupełn., Włocławek, 2006.

<sup>24</sup> Tenże, *Ku afirmacji życia*, dz. cyt.

<sup>25</sup> Tenże, *Rodzi się człowiek*, dz. cyt.

<sup>26</sup> *Położnictwo i ginekologia*, red. T. Pisarski, wyd. 3, Warszawa 1998.

ostatnie 2 cm potrzebne do pełnego rozwarcia<sup>27</sup>. W tym okresie należy umożliwić kobiecie swobodne zachowanie się, co korzystnie wpływa na jej samopoczucie, gdyż pozwala na zmniejszenie napięcia psychicznego, odwraca uwagę od często boleśnie odczuwanych skurczów<sup>28</sup>.

Drugi okres porodu charakteryzuje się tym, że skurcze macicy wspomagane są parciem rodzącej. Rozpoczyna się on z chwilą całkowitego rozwarcia szyjki. Wtedy pojawia się odruch parcia. Wówczas skurcze przybierają charakter skurczów wydalających. Okres ten trwa średnio pół godziny i kończy się urodzeniem noworodka<sup>29</sup>. W tej fazie powinno się pozwolić kobiecie przyjąć najdogodniejszą dla niej pozycję. Liczne obserwacje położnych i lekarzy wskazują, iż w takich warunkach u rodzącej pojawia się naturalny „instynkt rodzenia”. Przyjęcie pozycji wertykalnych, takich jak pólśiedząca, klęcząca lub inne zmniejsza ból, skraca czas porodu, ułatwia dziecku przebycie drogi „na zewnątrz”, zmniejsza prawdopodobieństwo konieczności nacięcia krocza, czy częstości użycia narzędzi chirurgicznych. Ponadto poród w innych pozycjach niż leżąca daje kobiecie poczucie aktywnego udziału w akcie porodowym, co wzmacnia także poczucie wiary we własne siły<sup>30</sup>.

Trzeci okres porodu rozpoczyna się po urodzeniu się dziecka i kończy z chwilą wydalenia łożyska. Dla matki w tej fazie porodu najważniejsze jest upragnione, wyczekiwane przez dziewięć miesięcy spotkanie z dzieckiem. Jest to chwila pełna radości i szczęścia. Nie zawsze jednak personel medyczny pozwala długo cieszyć się kontaktem z dzieckiem. Zwykle jest ono szybko zabierane od matki w celu wykonania pierwszej toalety. Uniemożliwia się w ten sposób zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka, takich jak np. potrzeba przywierania do ciała matki, co daje mu poczucie bezpieczeństwa i ciągłości doświadczeń z okresu przedurodzeniowego<sup>31</sup>.

Rolę pierwszego kontaktu matki z dzieckiem dla kształtowania się więzi emocjonalnych w literaturze przedmiotu podkreślają m.in. Bogdan Chazan, Dorota Kornas-Biela, Eleonora Bielawska-Batorowicz<sup>32</sup>. Bardzo ważne jest położenie dziecka na brzuchu matki jeszcze przed odcięciem pępownicy, aby mogło

<sup>27</sup> W. Fijałkowski, *Ku afirmacji życia*, dz. cyt.

<sup>28</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>29</sup> W. Fijałkowski, *Ku afirmacji życia*, dz. cyt.; *Położnictwo i ginekologia*, dz. cyt.

<sup>30</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>31</sup> *Położnictwo i ginekologia*, dz. cyt.

<sup>32</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.; *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.; E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologiczne aspekty prokreacji*, dz. cyt.

wtulić się w powstałe po porodzie zagłębienie na brzuchu. Brzuch matki ma kształt i wymiary dziecka. W wyniku porodu stał się wklęsły i zapadnięty. Ewa Nitecka, opisując to zagłębienie, używa metafory „gniazda”, które naturalnie powstało dla dziecka. Podkreśla przy tym, iż właśnie brzuch matki jest najodpowiedniejszym miejscem dla niemowlęcia zaraz po porodzie<sup>33</sup>. Dzięki temu, że jest miękki, ciepły, dziecko leżąc na nim unosi się i opada w rytm oddechu, co przypomina mu pobyt w łonie matki, uspokaja go, łagodzi szok porodowy<sup>34</sup>. W ten sposób dziecko czuje się bezpieczne. Kontakt cielesny jest największym wywalaczem zachowań opiekuńczych matek oraz przywiązania dziecka do matki. Przystawienie noworodka do piersi matki od razu po urodzeniu, nie tylko wspomaga nawiązanie więzi, ale także pobudza wydzielanie oksytocyny, która korzystnie działa na obkurczanie się macicy po porodzie, a przede wszystkim wzmacnia wydzielanie pokarmu. Dziecko oblizując brodawki przyjmuje florę bakteryjną i uodparnia się na choroby obecne w jego otoczeniu.

Noworodek instynktownie poszukuje matczyne sutka zaraz po urodzeniu. Podobnie zachowuje się kobieta rodząca, która potrafi bez wcześniejszych instrukcji wybrać najdogodniejszą dla siebie pozycję do rodzenia. Znaczenie zachowań instynktownych szczególnie podkreśla w literaturze przedmiotu znany francuski położnik Michel Odent, w opinii, którego poród jest właśnie wydarzeniem instynktownym, do którego nie trzeba się przygotowywać. Wręcz przeciwnie, należy wyzbyć się intelektualnych zdobyczy umysłu. Odent wyraźnie stawia na fizjologię porodu, pokładając wiarę w naturalne możliwości kobiety. Im bardziej w czasie porodu kobiety zachowują się zgodnie ze swoim instynktem, tym łatwiej i szybciej przebiegają ich porody, w porównaniu z kobietami, które tego nie robią. Instynktowne zachowanie, które ułatwia kobiecie spontaniczne rodzenie, wiąże się z pewną szczególną równowagą hormonalną<sup>35</sup>. Jej dokładna istota nie jest szczególnie znana. Wiadomo, że przysadka mózgowa musi wydzielać hormon oksytocynę, aby rozpocząć i kontynuować skurcze macicy. Niektóre z ostatnich doniesień naukowych wskazują, że oksytocyna wpływa na proces zapominania. Może też odgrywać ważną rolę w walce z bólem. Z drugiej strony wiadomo, że wydzielanie substancji z grupy adrenaliny może zahamować skurcze i wzmocnić lęk, tak jak może zahamować karmienie i silne doznania seksualne. Substancje z grupy adrenaliny są wyrzucane do krwi szcze-

<sup>33</sup> E. Nitecka, E. Pietkiewicz-Rok, D. Staszewska, *Miłość od poczęcia*, Warszawa 1987.

<sup>34</sup> W. Fijałkowski, *Ku afirmacji życia*, dz. cyt.

<sup>35</sup> M. Odent, *Odrodzone narodziny...*, dz. cyt.

gólnie wtedy, gdy odczuwamy zimno lub głód. Spokojne, wspierające otoczenie, w którym kobieta może się zrelaksować, zawsze jest korzystne. W równowadze hormonalnej dzięki, której możliwy jest spontaniczny poród, ważną rolę odgrywają endorfiny. Działają jak naturalne znieczulenie, nie tylko chroniąc przed bólem, ale też zmniejszając lęk i wzmacniając ogólnie dobre samopoczucie. Rodzące kobiety pod wpływem endorfin zachowują się często jak „naturalnie” znarkotyzowane i zauważają swoje dobre samopoczucie dopiero w przerwach między skurczami. Endorfiny pełnią jeszcze jedną bardzo ważną funkcję. Działają jak wewnętrzny system ostrzegania, wzmacniający zachowania seksualne i prokreacyjne we wszystkich ich aspektach. Wysokie stężenie endorfin utrzymuje się w organizmie matki i dziecka tuż po narodzinach, co jest wynikiem powstawania zjawiska przywiązania, wzajemnej więzi między matką a dzieckiem, zachowań opiekuńczych. Istnienie tego kompleksu hormonów potwierdza przekonanie o wzajemnej zależności wszystkich aspektów życia seksualnego. Równowaga w wydzielaniu hormonów jest zjawiskiem bardzo czułym i delikatnym, podatnym na działanie czynników zewnętrznych, stanu psychicznego. Stanowi to ważny argument świadczący przeciwko rutynowym, interwencjom medycznymi, zakłócaniu fizjologicznego przebiegu porodu.

Mianem porodu fizjologicznego można też nazwać poród aktywny. Aktywne rodzenie jest po prostu właściwym podejściem do samego porodu, wynikającym z naturalnych instynktownych zachowań kobiety rozumiejącej swoje ciało. Kobieta będąca aktywnym uczestnikiem porodu ma poczucie panowania nad swoim ciałem; nie jest tylko biernym odbiorcą czynności położniczych. Rodząc aktywnie w pierwszej fazie porodu, kobieta może się swobodnie poruszać, przyjmując najdogodniejsze dla siebie pozycje: stanie, chodzenie, siedzenie, klęczenie lub kucanie. Są to pozycje fizjologiczne. Między skurczami rodząca może w tych pozycjach odpocząć, np. opierając się na poduszkach. W drugiej fazie skurczów, kiedy narodziny są już blisko, najwygodniejszą jest pozycja wyprostowana, która jednocześnie jest najbardziej praktyczna. Pod koniec właściwego porodu można przyjąć pozycję najlepszą do wydalania płodu (najczęściej podpartą), tj. kucnąc lub uklęknięc. Aktywne rodzenie jest potrzebą wynikającą z instynktu kobiety. Przebiega w sposób naturalny i spontaniczny, zgodnie z wolą rodzącej kobiety, dając jej możliwość pełnej kontroli nad własnym ciałem i decydowania oraz postępowania zgodnie z jego potrzebami. Kobiety rodzące aktywnie wierzą, że rodzenie jest aktem naturalnym i niezależnym od woli<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> J. Balaskas, *Poród aktywny...*, dz. cyt.

### 3. PORÓD JAKO PRZEŻYCIE PSYCHICZNE

Poród jest ważnym, przełomowym wydarzeniem w życiu, odciska głębokie piętno w psychice każdej kobiety rodzącej. Dzieje się tak między innymi dlatego, że doświadczenie to niesie ze sobą bardzo duży ładunek emocjonalny. Taka dawka emocji wynika z faktu, iż jest to moment bezpośrednio poprzedzający wyczekiwane spotkanie z dzieckiem, a dodatkowo wiąże się z ogromnym wysiłkiem i bólem. Poród oprócz tego, iż jest zdarzeniem zmieniającym strukturę rodziny, powiększającej się o nowego członka, to także zmienia obraz postrzegania siebie i dezintegruje dotychczasowy system wartości kobiety. Ponadto jest intymnym przeżyciem, które na zawsze zmienia świadomość własnego ciała i siebie jako kobiety<sup>37</sup>. W zależności od wielu czynników poród może stać się doświadczeniem pięknym, budującym, rozwojowym, dającym wiarę we własne możliwości i siły bądź też wydarzeniem trudnym, bolesnym, a nawet przeżyciem traumatycznym. Każde z uczestników porodu/rodzenia się w sposób całkowicie inny przeżywa to wydarzenie – czym innym jest on bowiem dla matki, a czy innym dla dziecka. Matka podnosi go do rangi doznania ekstazy, wielkiego uniesienia, pełnego radości, a jednocześnie doświadczenia, które prowadzi do bardzo silnego odczucia biologicznej żywotności własnego organizmu. Z drugiej strony jednak poród w oczach wielu kobiet jawi się jako koszmar, straszliwe cierpienie i niewyobrażalny ból. Poród w ujęciu psychoanalitycznym jest także rozumiany jako doświadczenie transformacji i inicjacji. Transformacji być może dlatego, że dotychczasowe życie kobiety ulega całkowitej zmianie. Teraz będzie musiała się sprawdzić w roli matki. Poród jako inicjacja, oznacza moc twórczą, tworzenie nowego życia<sup>38</sup>. Dzięki podejściu psychoanalitycznemu bardziej unaoczniono fakt, iż ciąża, poród, karmienie piersią oraz opieka nad małym dzieckiem mogą być nie tylko traktowane jako fakt fizyczny, ale przede wszystkim doświadczenie psychiczne. Poród ujmowany w takich kategoriach jest doznaniem indywidualnym, niepowtarzalnym, uwarunkowanym konfliktami dotyczącymi sfery seksualnej człowieka, a także relacjami z rodzicami z okresu dzieciństwa i dojrzewania<sup>39</sup>.

<sup>37</sup> A. Mendel, *Doświadczenie porodu a poporodowe obniżenie nastroju*, w: *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 65-69.

<sup>38</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>39</sup> *Taż*, *Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy obszaru prokreacji*, „Przegląd Psychologiczny” 2003, t. 46, nr 2, s. 179-196.

Rodzenie jest niezwykłym doświadczeniem. Ważne jest świadome przygotowanie do wydarzenia, jakim jest poród, uświadomienie sobie tego, „co mnie czeka”, wpojenie sobie przekonania, iż ciąża i poród są czymś naturalnym, do czego kobieta została przystosowana. Dzięki temu kobieta rodzi z pełną świadomością zachodzących procesów i ma poczucie wiary we własne siły, w które przysposobiła ją natura. Poród, zwłaszcza pierwszy, jest dla kobiety nową, trudną do wyobrażenia wcześniej sytuacją. Brak doświadczenia w kwestii rodzenia powoduje sugerowanie się opowieściami zasłyszczanymi od znajomych, koleżanek, które już rodziły i budowanie na tej podstawie wyobrażenia porodu jako straszliwej męki, naznaczonego potwornymi bólami i jedynie negatywnymi odczuciami. Takie stereotypowe myślenie na temat porodu wzmagają tylko napięcie i lęk przed nim, co w konsekwencji utrudnia jego przebieg i prowadzi do utrwalenia tego wydarzenia w psychice, jako czegoś negatywnego, trudnego, nieprzyjemnego.

Warto pozbyć się kulturowych stereotypów bądź własnych wyobrażeń, żeby przeżyć poród na swój sposób, autentycznie, nie sugerując się przeżyciami innych. Rodzi sama kobieta, a nie jej otoczenie, więc to ona wie najlepiej, w jakiej pozycji jej najwygodniej i czego potrzebuje. Już od dawna wiadomo, że poród nie musi być cierpieniem. Można się do niego przygotować. Służą temu szkoły rodzenia, w których kobiety uczą się umiejętności właściwego oddychania, koncentracji, co ułatwia przebieg porodu i pozwala wynieść z niego bardziej pozytywne doświadczenia<sup>40</sup>. Dzięki przygotowaniu do porodu, kobieta czuje się bardziej kompetentna i łatwiej jest jej podjąć aktywne uczestnictwo w procesie porodu, czy też współdecydować o jego przebiegu. Taki czynny udział w akcie rodzenia dziecka przysparza kobiecie ogromnie dużo nieporównywanej z niczym radości, jest źródłem specyficznej satysfakcji, doświadczeniem wzbogacającym i wzmacniającym, zaspokajającym ważne potrzeby psychiczne, jak potrzeba samorealizacji, kreatywności, żywotności fizycznej. Jednak wiele kobiet, pomimo wiedzy i przygotowania do porodu, a także postępu medycyny, traktuje poród jako koszmar, którego nie chciałyby nigdy więcej powtórzyć. Może to wynikać z faktu, że poród zwykle odbywa się w szpitalu; miejscu kojarzonym najczęściej z chorobami, zagrożeniem dla zdrowia czy życia. Takie odczucia prowadzą do sytuacji, w których kobieta nie potrafi się rozluźnić, czuje się zagrożona, ma trudności w wyrażaniu własnych potrzeb psychicznych i fizycznych. Czując się uzależniona od personelu medycznego, nie chce mu się narazić, więc aby zyskać jego przychylność, tłumi swe potrzeby i zachowuje się jak

<sup>40</sup> E. Nitecka, E. Pietkiewicz-Rok, D. Staszewska, *Miłość od poczęcia*, dz. cyt.

„grzeczne dziecko”. Inna natomiast swój strach i niepokój manifestuje poprzez ciągłe wołanie o pomoc, krzyk, narzekanie<sup>41</sup>. Ważnym czynnikiem warunkującym wyniesienie z porodu pozytywnych doznań psychicznych jest podmiotowe traktowanie kobiet rodzących, pozwalające na zachowanie intymności i prywatności. Niezwykle istotne jest poczucie bezpieczeństwa, wsparcie psychiczne ze strony personelu oraz osób najbliższych, życzliwa i wyrozumiała postawa położnej odbierającej poród i lekarza nadzorującego ten przełomowy moment w życiu<sup>42</sup>. Niezaistnienie tych warunków może prowadzić do spadku aktywności, apatii, mniejszego poczucia własnej wartości kobiety, braku kontroli nad własnym losem. Są to zagrożenia psychiczne mogące wpływać na powstawanie psychoz połogowych<sup>43</sup>.

Poród jest bardzo silnym przeżyciem, wpływa nie tylko na samo macierzyństwo, ale również na całe życie kobiety. Daje on poczucie ogromnej siły sprawczej. Bardzo często kobiety po porodzie łatwiej znoszą wszelkie przeciwności, a w obliczu jakiegoś poważnego wyzwania mają poczucie, że na pewno sobie poradzą. Formą rodzenia nastawiającą pozytywnie do kolejnych porodów, dającą poczucie siły i wiary we własne możliwości jest poród domowy. Z relacji wielu małżeństw, które zdecydowały się na taki rodzaj rodzenia wynika, że jeżeli chce się przeżyć prawdziwy, naturalny, niczym nie zakłócony poród, najlepszym miejscem do tego jest własny dom. Do najczęściej wymienianych uczuć, które towarzyszyły kobietom rodzącym w środowisku domowym były: poczucie bezpieczeństwa, intymności, prywatności, pełnej swobody, komfortu psychicznego. Rodząc w domu kobieta czuje się podmiotem. Na margines schodzą oczekiwania innych. Najważniejsza jest matka i przychodzące na świat dziecko. W dniu porodu może ona zajmować się codziennymi czynnościami, wybrać się na spacer z mężem, posłuchać ulubionej muzyki, robić to na co ma ochotę. Specyfika porodu domowego polega między innymi na tym, iż odbywa się on w atmosferze pełnej akceptacji, spokoju, bez niepotrzebnych ingerencji, bez pośpiechu, w całkowitym zaufaniu naturze i instynktom. Poród w domu jest otwarty na przyjmowanie życia. Jest traktowany przez decydujące się na niego

<sup>41</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*; M. Kościelska, *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1998.

<sup>42</sup> *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.

<sup>43</sup> B. Czerska, D. Pisarek-Miedzińska, *Poród jako przeżycie*, w: *Psychosomatyczne uwarunkowania porodu naturalnego. IV Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego [12-13 maja 1989 roku]*, Katowice 1989, s. 79-81.

pary jako wielkie święto w rodzinie, celebrowanie wzajemnej miłości całej rodziny, wręcz duchowe, mistyczne przeżycie, pełne powagi, radości i wzruszenia<sup>44</sup>.

Znaczenie porodu jako ważnego wydarzenia i etapu w życiu rodzinnym, wręcz nadawanie mu rangi święta, powinno być szczególnie docenione<sup>45</sup>. Rodzice wobec procesu narodzin winni zachować postawę szacunku, ponieważ podobnie jak proces umierania, są one nie tylko naturalnymi etapami w życiu człowieka, ale nieporównywalnymi z niczym doświadczeniami życiowymi, mają znaczenie symboliczne i głęboko duchowe. Poród i narodziny dziecka stanowią dowód wielkiej mocy twórczej i mądrości, jaka tkwi w dwojgu ludziach odmiennej płci. Ponadto stają się wyzwaniem dla nich, jako rodziców, którzy są zobowiązani do zapewnienia nowemu członkowi ich rodziny przyjaznego środowiska życia, odpowiednich warunków, aby mógł prawidłowo się rozwijać.

Nie zawsze jednak z porodem wiążą się pozytywne wspomnienia. Zdarza się również i tak, że to zdarzenie pozostaje w pamięci jako traumatyczne przeżycie. Dla niektórych kobiet przeżycia te łączą się z intensywnym stresem. Mogą być one tak dramatyczne, że prowadzą do pojawienia się po porodzie objawów przypominających zaburzenie po stresie traumatycznym. W koncepcji porodu jako zdarzenia traumatycznego kluczową rolę odgrywa poczucie kontroli nad przebiegiem porodu. Może zostać ono zachwiane w przypadku wystąpienia jednego lub/i trzech czynników. Pierwszym z nich jest bardzo intensywny ból. Rodząca może nie być w stanie zapanować nad swoją wrażliwością na ból, a zastosowane techniki radzenia sobie z nim mogą się okazać nieefektywne. Ciągłe doznanie bólu rodzi niepokój i poczucie, że przebieg porodu ulega zakłóceniu. Poczucie braku kontroli wzmagają także sygnały wskazujące, że pojawia się zagrożenie dla rodzącego się dziecka lub też sygnały odbierane w ten sposób. Trzecim czynnikiem są doświadczenia z wcześniejszego porodu, szczególnie jeśli przebiegał on z komplikacjami, bądź kobieta zapamiętała go jako negatywne doświadczenie. Wówczas aktualne doznania i ocena sytuacji przywracają wspomnienia. Sprzyja to pojawieniu się negatywnych emocji, poczucia lęku, bezradności i zagrożenia, które wzmacniają swoje działanie i pogłębiają uczucie braku kontroli rodzącej nad przebiegiem porodu. W obliczu poczucia braku

<sup>44</sup> *Domowe narodziny. Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności?*, red. E. Janiuk, E. Lichtenberg-Kokoszka, Kraków 2010; E. Nitecka, E. Pietkiewicz-Rok, D. Staszewska, *Miłość od poczucia*, dz. cyt.; S. Kitzinger, *Rodzić w domu*, Warszawa 1995; D. Kornas-Biela, *Psychologiczny kontekst rodzenia w domu*, w: *Dlaczego rodzić w domu? Poród domowy w perspektywie interdyscyplinarnej*, red. M.Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska, Lublin 2011, s. 177-188.

<sup>45</sup> D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, dz. cyt.

kontroli, rodząca może podejmować starania mające na celu jego odzyskanie. Najpierw może próbować przezwyciężyć negatywne emocje poprzez odwołanie się do technik i umiejętności nabytych w szkole rodzenia. W przypadku, gdy te zawiodą, pozostaje zwrócenie się o pomoc do osoby udzielającej wsparcia – ojca dziecka, kogoś z rodziny, czy z personelu medycznego. Jeżeli i tutaj spotka się z zawodem, czyli np. z brakiem oczekiwanej reakcji ze strony osób wspierających, bądź nie będzie żadnej reakcji, sytuacja porodu zaczyna się wydawać jeszcze bardziej nieprzewidywalna i zagrażająca jej lub rodzącemu się dziecku. Takie cechy, zgodnie z definicją przyjętą w amerykańskim systemie zaburzeń, charakteryzują wydarzenie traumatyczne<sup>46</sup>. Doświadczenie porodu jako zdarzenia traumatycznego w sposób zdecydowany zakłóca wchodzenie w macierzyństwo, zwłaszcza w tym początkowym okresie. O wiele trudniej w takiej sytuacji jest nawiązać matce pozytywną więź z dzieckiem. W dużej mierze ciężki poród jest przyczyną pojawienia się smutku poporodowego (*baby blues*), czy depresji poporodowej. Własna, subiektywna ocena przeżyć porodowych przez kobietę oraz doświadczenie poczucia bezradności, czy uprzedmiotowienia podczas porodu, także mogą wywołać połogowe zmiany emocjonalne<sup>47</sup>. Jeżeli dla matki poród był traumatycznym, przykrym doświadczeniem, może obwiniać o to dziecko, przelewając na nie cały swój żal, co utrudnia nawiązywanie intymnych kontaktów i bliskiej więzi z dzieckiem<sup>48</sup>. Z drugiej strony poród może być dla kobiety wzniosłym, budującym przeżyciem rozwojowym. Wtedy z łatwością potrafi ona nawiązać z dzieckiem bardzo silną więź, co ułatwia płynne wejście w macierzyństwo. O wiele łatwiej podjąć wówczas wyzwania i trudy związane z wychowaniem dziecka.

#### 4. „DOBRY PORÓD”

Trudno jest jednoznacznie określić, czym jest „dobry poród”<sup>49</sup>. W Polsce przez długie lata głównym kryterium oceny, czy poród jest udany, czy nie, był całkowicie medyczny punkt widzenia. W zależności od stanu zdrowia dziecka, które się urodziło i fizycznego stanu matki określano powodzenie przebiegu

<sup>46</sup> E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologiczne aspekty prokreacji*, dz. cyt.

<sup>47</sup> Tamże.

<sup>48</sup> A. Mendel, *Doświadczenie porodu a poporodowe obniżenie nastroju*, dz. cyt.

<sup>49</sup> K. Oleś, *Dobry poród. Próba spojrzenia z różnych perspektyw*, w: *Optimalizacja porodu – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 113-120.

porodu. Taki sposób myślenia jest prawidłowy, ale nie do końca, ponieważ samo medyczne kryterium jest zbyt wąskie i często mało satysfakcjonujące zarówno dla rodziców i ich dziecka, jak i dla sprawujących nad nimi opiekę.

Koncentracja lekarzy tylko na aspekcie medycznym porodu spowodowała pozbawione szacunku traktowanie kobiet, nie branie pod uwagę ich przeżyć, bólu, prawa do decydowania o sobie i dziecku, rutynowe stosowanie interwencji medycznych, bez uprzedniej zgody kobiety. W niektórych szpitalach do dziś za intymnie warunki i możliwość wsparcia podczas porodu bliskiej osoby trzeba dodatkowo zapłacić<sup>50</sup>.

Pomimo zjawiska medykalizacji, wciąż obecnego we współczesnym położnictwie, jesteśmy świadkami wielu zachodzących zmian w tej dziedzinie. Zaczyna się rozpatrywać wydarzenie, jakim są narodziny z perspektywy zindywidualizowanego spojrzenia na świat. Brany jest pod uwagę cały człowiek, nie tylko jego wymiar fizyczny. Holistyczne spojrzenie na poród zyskuje coraz więcej zwolenników. Społeczeństwo zaczyna się domagać uwzględnienia osobistych potrzeb człowieka i preferencji, szczególnie w sytuacjach związanych z prokreacją, które mają wymiar prywatny i intymny<sup>51</sup>. Szczególne zasługi w staraniach o przywrócenie „dobrego porodu” przypisuje się fundacji „Rodzic po Ludzku”. Dzięki niej dokonano się wiele zmian w polskich szpitalach. Proces przemian objął upowszechnianie porodów rodzinnych, umożliwienie matce ciągłego kontaktu z dzieckiem, zniesienie zakazu odwiedzin bliskich. Masowo zakłada się szkoły rodzenia, coraz więcej kobiet może liczyć na pomoc i wsparcie personelu w pielęgnacji i karmieniu piersią dziecka. Zwraca się większą uwagę na poszanowanie intymności w czasie porodu i informowanie kobiety o jego przebiegu, podawanych lekach, stanie dziecka<sup>52</sup>.

Z pojęciem „dobry poród” niewątpliwie koresponduje pojęcie poród nowoczesny. Poród nowoczesny, według Włodzimierza Fijałkowskiego, to taki, „w którym kobieta rodząca sama może realizować swoje instynktowne potrzeby, kiedy rodzić i jak rodzić, z wysiłkiem – trudem lub bez wysiłku. Kobieta wyraźnie chce urodzić dziecko sama, to jest jej cel i marzenie, nie należy jej w tym przeszkadzać”<sup>53</sup>. Warunkami umożliwiającymi doświadczenie „dobrego porodu” jest psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu, możliwość poruszania

<sup>50</sup> <http://www.rodzicpoludzku.pl/O-Fundacji/> [dostęp: 20.07.2010].

<sup>51</sup> K. Oleś, *Dobry poród. Próba spojrzenia z różnych perspektyw*, dz. cyt.

<sup>52</sup> <http://www.rodzicpoludzku.pl/O-Fundacji/> [dostęp: 20.07.2010].

<sup>53</sup> R. Poręba, *Poród nowoczesny*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” (Poród nowoczesny), Supl. 25, Tychy 2002, s. 15-21.

się i przyjęcia dogodnej pozycji, immersja wodna, wsparcie psychiczne, dobra atmosfera na sali porodowej.

## PSYCHOPROFILAKTYCZNE PRZYGOTOWANIE

Poród to ogromny wysiłek dla rodzącej, zarówno psychiczny, jak fizyczny. Dlatego ważne jest, by się do niego odpowiednio przygotować poprzez zdobycie wiedzy i informacji na jego temat, a także wyrobienie odpowiedniej kondycji fizycznej. Służą temu ćwiczenia fizyczne sprawnościowe, rozluźniające i oddechowe<sup>54</sup>. Trening umożliwiający psychofizyczne przygotowanie do porodu jest stosowany w szkołach rodzenia. W ten sposób kobieta przygotowuje się do porodu naturalnego. Nauka odpowiednich ćwiczeń podwyższa adaptację wysiłkową. Wzmoczona kinezyestimulacja organizmu do aktywności ruchowej wpływa korzystnie na wzrost wydolności fizycznej. Ułatwia także zaakceptowanie skurczy jako informacji o przebiegu i czynności porodowej i zachęca do korzystania z technik rozluźniających<sup>55</sup>. Porody u kobiet, zwykle nieprzygotowanych, są przedłużone w czasie, uciążliwe, stresowe. Inaczej wygląda poród u kobiety dobrze przygotowanej psychosomatycznie. Tak przygotowana rodząca kobieta jest partnerem i aktywnym uczestnikiem na sali porodowej<sup>56</sup>.

## MOŻLIWOŚĆ RUCHU I PRZYJMOWANIA DOGODNEJ POZYCJI

Poród powinien odbywać się w pozycjach najwygodniejszych dla kobiety rodzącej. Przez cały okres rozwierania szyjki macicy kobieta powinna chodzić, przystając w czasie skurczy i podpierając się o poręcz łóżka, czy parapet okienny dla rozładowania napięcia za pomocą oddychania<sup>57</sup>. Podczas porodu zaś powinna mieć możliwość wyboru pozycji, a także jej zmiany w miarę potrzeb. Najbardziej naturalne i wskazane dla sprawnego przebiegu porodu są pozycje wertykalne, takie jak np.: klęk podparty na rękach, pozycja kuczna, siedząca, stojąca<sup>58</sup>. Przyjęcie pozycji pionowych umożliwia obserwowanie przez matkę postępu porodu. Dzięki lusterku ustawionemu na podłodze, kobieta może

<sup>54</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>55</sup> W. Fijałkowski, *Ku afirmacji życia*, dz. cyt.

<sup>56</sup> R. Poręba, *Poród nowoczesny*, dz. cyt.

<sup>57</sup> W. Fijałkowski, *Ku afirmacji życia*, dz. cyt.

<sup>58</sup> W. Guzikowski, *Optymalizacja porodu*, w: *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 19-25.

zobaczyć wyłaniającą się z kanału rodnego główkę dziecka. To bardzo ułatwia współpracę z położną, ponieważ rodząca, śledząc pojawiające się powoli dziecko, zaczyna koncentrować się tylko na nim, na chwili rodzenia i tym, co zrobić, aby ułatwić drogę dziecka na zewnątrz. Do pozytywnych skutków przyjęcia pozycji wertykalnych należy także zaliczyć: zmniejszenie uczucia bólu krzyża (pozycja klęcząca), skrócenie drugiego okresu porodu, zmniejszenie prawdopodobieństwa pęknięcia krocza lub konieczności nacięcia go, częstotliwość użycia narzędzi chirurgicznych. Matka rodząc w pozycji kucznej ma możliwość bardziej efektywniejszego parcia. Ponadto czuje się stroną aktywną w procesie porodu<sup>59</sup>. Zdecydowanie nie wskazana jest powszechnie nam znana pozycja leżąca, która uniemożliwia działanie sile grawitacji, przyspieszającej urodzenie się dziecka. Ułożenie na wznak może prowadzić także do wystąpienia zaburzeń hemodynamicznych w wyniku ucisku ciężarnej macicy na żyłę główną dolną i aortę. Pozycja na wznak utrudnia parcie i wymagana jest pomoc dodatkowych osób przy porodzie. Kobieta powinna mieć przede wszystkim możliwość wyboru takiej pozycji, w której będzie się czuła najlepiej. Możliwość zmiany pozycji w czasie porodu i dostosowanie jej do własnych odczuć, daje jej poczucie pewnej niezależności i spokoju wewnętrznego. Pozwala być aktywną i przeżyć poród w sposób naturalny, bez dodatkowych utrudnień, stresów i komplikacji, a dziecku zapewnić komfort rodzenia<sup>60</sup>.

## IMMERSJA WODNA

Celem łagodzenia bólów porodowych stosowane jest zanurzenie w wodzie w I okresie porodu, przy rozwarciu szyjki macicy na 5 cm. Kąpiel dla rodzącej, która czuje się zmęczona, przeżywa chwile załamania, gdyż perspektywa przedłużającego się porodu skłania ją do myśli, że nigdy się jej nie uda urodzić, jest czymś zbawiennym. Zanurzenie się w wannie czy basenie z ciepłą wodą (36–37°C), z głową ułożoną na miękkiej nakładce pod głowę, przyspiesza rozwieranie szyjki macicy i pojawienie się dziecka. Ponadto ciepła woda ma działanie rozluźniające i uspokajające. Zmniejsza ból, więc także znosi potrzebę stosowania środków przeciwbólowych i znieczulających<sup>61</sup>. Jeżeli postępuje rozwieranie szyjki i obniżanie w kanale rodnym główki, proponuje się przeprowadzenie

<sup>59</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>60</sup> R. Poręba, *Poród nowoczesny*, dz. cyt.

<sup>61</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

II okresu porodu w immersji wodnej<sup>62</sup>. W przypadku, gdy kobieta rodzi w wodzie, zwykle opiera się ramionami o brzegi basenu i kłęczy z szeroko rozstawionymi kolanami. Dziecko natomiast bez żadnej pomocy z zewnątrz „wypływa” z matki<sup>63</sup>. Łęki związane z zachłyśnięciem się dziecka wodą, jego utopieniem, czy infekcją dróg rodnych są bezpodstawne, ponieważ „poród z wody do wody (tzw. immersji wodnej) to płynne i bezstresowe przejście w świat poza łonem matki”<sup>64</sup>. Poród w wodzie powoduje lepsze dotlenienie dziecka, chroni przed doznaniem szoku porodowego, a także dzieci urodzone w ten sposób mniej płaczą<sup>65</sup>.

## WSPARCIE PSYCHICZNE

Korzystny wpływ osoby asystującej przy porodzie na stan psychoemocjonalny rodzącej udowodniło bezspornie wielu badaczy naukowych. Potwierdzono, że obecność osoby bliskiej ułatwia przebieg porodu, daje kobiecie rodzącej poczucie bezpieczeństwa, odstresowuje ją. Jak wskazują liczne badania największym wsparciem psychicznym w sytuacji ciąży i porodu jest ojciec dziecka. Okazało się, że uczestnictwo ojca w przygotowaniach do porodu i samym porodzie może wytwarzać niepowtarzalne, intymne sposoby „wzajemnego podtrzymywania się małżonków”, wyznaczając specyficzny klimat w danej rodzinie, sprzyjający integracji i wzajemnemu zrozumieniu. Poród we dwoje obniża lęk u kobiety, mobilizuje i wzmacnia koncentrację, co przynosi matce komfort rodzenia w poczuciu bezpieczeństwa. Wsparcie ze strony partnera jest nieocenione. Nastawia kobietę bardziej pozytywnie do porodu, a także umożliwia łatwiejszy jego przebieg<sup>66</sup>. Poród jest wydarzeniem, które wprowadza do rodziny nowego członka, dlatego winien mieć znamiona wydarzenia o charakterze rodzinnym, wspólnotowym. Kobieta rodząca nie powinna być wtedy sama. Należy jej umożliwić, jeśli sobie tego życzy, towarzystwo osób, które chciałyby, aby ją w tej chwili wspierały, były z nią<sup>67</sup>. Najczęściej wybraną osobą jest mąż. Jednakże w dużej mierze zależy to od osobowości małżonków, relacji między nimi. Niekiedy rodząca uzyska więcej wsparcia i pomocy od matki,

<sup>62</sup> R. Poręba, *Poród nowoczesny*, dz. cyt.

<sup>63</sup> M. Wiśłocka, *Sztuka kochania: witamina „M”*, Warszawa 1991.

<sup>64</sup> Zob. J. Syrek-Rawiak, *Urodzić w wodzie... – relacja z porodu*, <http://www.maluchy.pl/arttykul/175,3> [dostęp: 15.02.2015].

<sup>65</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>66</sup> B. Bartosz, *Doświadczenia macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław 2002.

<sup>67</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

siostry, czy przyjaciółki. Bardzo istotne jest, żeby osoba obecna przy porodzie była aktywnym uczestnikiem narodzin, wspierała kobietę, podnosiła ją na duchu życzliwymi słowami, czy zachęcała ciepłymi gestami do podejmowania wysiłku. Towarzysz lub towarzyszka kobiety rodzącej może także pomagać w łagodzeniu bólu poprzez masaż, czy regulowanie oddychania<sup>68</sup>.

## ATMOSFERA NA SALI PORODOWEJ

Potrzeba stworzenia odpowiedniej atmosfery jest istotnym elementem w przebiegu porodu. Eliminacja lęku jest uwarunkowana zapewnieniem przyjaznej atmosfery na sali porodowej. Decydującą rolę w tej kwestii odgrywa personel medyczny. Kobieta powinna odczuwać, że jest oczekiwana przez personel (gotowy do pomocy i współpracy) i jest najważniejszą osobą w sali porodowej<sup>69</sup>. Podczas porodu ważne jest zachowanie ciszy, ograniczenie wszelkich hałasów do minimum, aby zapewnić rodzącej atmosferę pełną spokoju i koncentracji na procesie rodzenia. Jeżeli ciężarna ma potrzebę zapalenia przyziemionego światła, czy włączenia cichej muzyki, należy spełnić jej oczekiwania. Ponadto zachowanie personelu medycznego, obecnego przy porodzie, powinno być nacechowane łagodnością, pozbawione nerwowości. Podczas narodzin dziecka należy mówić szeptem, gdyż jest to wydarzenie wręcz o charakterze sakralnym, dlatego trzeba robić wszystko, aby uczynić tę chwilę podniosłą i uroczystą<sup>70</sup>. Ważnym elementem budującym atmosferę na sali porodowej jest także wystrój. Często, zwłaszcza w dużym szpitalu, bardzo trudno jest stworzyć rodzinną atmosferę. Jednak mimo różnorodnych ograniczeń, jest to możliwe, wystarczy odrobina pomysłowości i wrażliwości personelu medycznego. Ważny jest kolor zasłon, pościeli, rodzaj oświetlenia, jednak najważniejszy w procesie porodu jest serdeczny, ciepły stosunek wobec całej rodziny<sup>71</sup>.

Jeśli mowa o „dobrym porodzie”, do ważnych kwestii, których nie sposób pominąć, należy zaliczyć także możliwość wyboru miejsca rodzenia: domu, izby porodowej, czy szpitala, który najlepiej spełnia oczekiwania rodzącej. Najlepszym i dającym kobiecie największe poczucie bezpieczeństwa jest dom. Poród w domu jest możliwy, jeżeli nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych. Obowiązkowo należy wtedy zapewnić, w razie konieczności, możliwość szyb-

<sup>68</sup> *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.

<sup>69</sup> R. Poręba, *Poród nowoczesny*, dz. cyt.

<sup>70</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>71</sup> *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.

kiego przewiezienia rodzącej do szpitala bądź kontakt z nim<sup>72</sup>. Bardzo korzystnie na samopoczucie kobiety i jej nastawienie do porodu wpływa wcześniejsze „oswojenie się” z miejscem, gdzie będzie rodziła, np. wizyta i obejrzenie szpitala czy też sali porodowej<sup>73</sup>.

Aspektem ważnym także z punktu widzenia „dobrego porodu” jest wspólne przebywanie matki z dzieckiem po porodzie. Położenie noworodka na brzuchu matki, umożliwienie mu przytulenia się i ssania piersi zaraz po narodzinach, bardzo pomaga w nawiązaniu i pogłębieniu więzi uczuciowej. Nie powinien być również od razu odpepniiony. Przecięcie pępowiny powinno nastąpić dopiero po ustaniu w niej tętnienia krwi, aby uchronić dziecko przed szokiem porodowym. Nie ma potrzeby również rozprostowywania ciała dziecka na siłę po urodzeniu. Powinno ono mieć możliwość pozostania w pozycji skulonej, płodowej, w której tylko okryte kocykiem, leży przytulone do matki. Szczególnie istotną rolę odgrywa tu bezpośredni kontakt skóry dziecka ze skórą matki. Pozostawanie dziecka i matki w bliskiej relacji w pierwszych chwilach po porodzie ma ogromne znaczenie w odniesieniu sukcesu w karmieniu piersią<sup>74</sup>.

## ZAKOŃCZENIE

Poród jest jednym z najważniejszych wydarzeń życiowych, zwłaszcza w obecnych czasach, gdy radykalnie zmniejszyła się liczba rodzonych przez kobiety dzieci. Każdy poród jest doświadczeniem jednostkowym i niepowtarzalnym, za każdym razem innym, stąd kobieta pamięta każdy ze swoich porodów i każdy z nich rozpoczął nowy okres w jej życiu. Od niego zmieniło się wiele i nigdy już ona nie będzie tą samą kobietą, żoną i matką, ani jej życie nie będzie już takie samo. Rodzaj doświadczeń porodowych wpływa na jej dalsze życie – na stosunek do życia, siebie, dziecka, jego ojca, innych kobiet (zwłaszcza bliższych), do Boga. Może mieć też znaczenie w dalszych planach prokreacyjnych. Zwykle, jeśli dziecko jest zdrowe i rozwija się prawidłowo, we wspomnieniach akcentuje się to wszystko, co jest pozytywne. Jeśli natomiast dziecko doznało uszczerbku na zdrowiu z powodu porodu lub zmarło, trudniej zapomnieć o traumatycznym charakterze porodu i ze złymi wspomnieniami porodowymi

<sup>72</sup> D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

<sup>73</sup> *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, dz. cyt.

<sup>74</sup> Tamże; D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt.

kobieta radzi sobie poprzez uruchomienie mechanizmów obronnych, np. zaprzeczania, tłumienia, „słodkiej cytryny”.

Przebieg porodu, uwarunkowania doświadczeń porodowych oraz ich krótko i dalekosiężne konsekwencje są bardzo zindywidualizowane i wszelkie uogólnienia mogą zupełnie nie odnosić się do danej kobiety. Dlatego też zarówno bliscy, jak i profesjonalści, chcąc poznać znaczenie przeżytego porodu dla kobiety, muszą być otwarci na uważne słuchanie (czasem wielokrotne) opowieści o tym fragmencie jej życia.

## SUMMARY

Childbirth is a complex procreational process, that raises a lot of emotions and is most often associated with pain, hospital, fear, but also with change, transformation, creativity and joy. It can be considered from the point of view of many studies and for more complete knowledge of the specifics, an interdisciplinary approach is needed. Childbirth is a natural biological, psychological, social, spiritual, cultural and ecological process. It is also a very individual, unique, personal, intimate and unique experience, touching the deepest feelings in a way which leaves an indelible impression in the memory. The article discusses the experience of childbirth as a bodily and psychical experience, the socio-cultural context of childbirth and efforts to demedicalise this process, which is used to promote psychoprophylactic preparation for childbirth, mother-friendly and child-friendly hospitals, oriented to the family, promoting physiological childbirth, natural, *rooming in* system, early and constant contact of the mother with the infant and breastfeeding. The new approach to childbirth is a more personal, integral, family, ecological, prophylactic and optimistic one, giving parents the opportunity for personal development. Childbirth need not be and should not be a traumatic experience, but a sublime and elevating development experience that is a peak experience. A proecological attitude to childbirth assures the mother and child the realisation of their human rights – to a dignified birth.

## BIBLIOGRAFIA

- Balaskas J., *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*, tłum. K. Niecikowska-Jastrzębska, J. Stępień, Warszawa 1997.

- Banaszak-Żak B., *Styl życia kobiet w okresie ciąży*, „Zdrowie Publiczne” 2005, t. 115, nr 2, s. 179-183.
- Bartosz B., *Doświadczenia macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław 2002.
- Bielawska-Batorowicz E., *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice 2006.
- Cerańska-Goszczyńska H., Ciastoń-Przeclawska E., Kmita G. i in., *Uczestnictwo w szkole rodzenia – jego wpływ na postawy wobec porodu i karmienia piersią*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” (Poród naturalny), Supl. 13, Tychy 1996, s. 116-125.
- Czerska B., Pisarek-Miedzińska D., *Poród jako przeżycie*, w: *Psychosomatyczne uwarunkowania porodu naturalnego. IV Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego [12–13 maja 1989 roku]*, Katowice 1989, s. 79-81.
- Domowe narodziny. Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności?*, red. E. Janiuk, E. Lichtenberg-Kokoszka, Kraków 2010.
- Fijałkowski W., *Dar rodzenia*, wyd. 3 poszerz., Warszawa 1988.
- Fijałkowski W., *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji*, wyd. 2 popr., Kraków 2011.
- Fijałkowski W., *Ku afirmacji życia*, Lublin 2003.
- Fijałkowski W., *Rodzi się człowiek*, wyd. 6 popr. i uzupełn., Włocławek 2006.
- Guzikowski W., *Optymalizacja porodu*, w: *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 19-25.
- Kitzinger S., *Kryzys narodzin*, [tłum. A. Banaś, P. Banaś, A. Weseli], Warszawa 2011.
- Kitzinger S., *Rodzić w domu*, Warszawa 1995.
- Kornas-Biela D., *Psychologiczny kontekst rodzenia w domu*, w: *Dlaczego rodzić w domu? Poród domowy w perspektywie interdyscyplinarnej*, red. M.Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska, Lublin 2011, s. 177-188.
- Kornas-Biela D., *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin 2009.
- Kornas-Biela D., *Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy obszaru prokreacji*, „Przegląd Psychologiczny” 2003, t. 46, nr 2, s. 179-196.
- Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, wyd. 2, Warszawa 2004.

- Kosińska K., Krychowska A., Wielgoś M. i in., *Postawy ciężarnych wobec porodu – analiza form przygotowania i preferencji*, „Ginekologia Polska” 2005, vol. 76, nr 12, s. 973-979.
- Kościńska M., *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1998.
- Mendel A., *Doświadczenie porodu a poporodowe obniżenie nastroju*, w: *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 65-69.
- Nitecka E., Pietkiewicz-Rok E., Staszewska D., *Miłość od poczęcia*, Warszawa 1987.
- Odent M., *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być?*, Warszawa 1997.
- Oleś K., *Dobry poród. Próba spojrzenia z różnych perspektyw*, w: *Optymalizacja porodu – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008, s. 113-120.
- Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2008.
- Położnictwo i ginekologia*, red. T. Pisarski, wyd. 3, Warszawa 1998.
- Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, red. B. Chazan, Warszawa 1997.
- Poręba R., *Poród nowoczesny*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” (Poród nowoczesny), Supl. 25, Tychy 2002, s. 15-21.
- Poręba R., Sioma-Markowska U., Poręba A., *Poród w ujęciu interdyscyplinarnym*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, t. 1, z. 2, s. 149-151.
- Samuels M., Samuels N., *New Well Pregnancy Book. Completely Revised and Updated*, New York 1996.
- Śmietana U., Tekst wystąpienia na Międzynarodowym Kongresie: Witajcie na świecie! – o perspektywach i kierunkach rozwoju światowego i polskiego położnictwa, 19–21 października 2006, zorganizowany przez Fundację Rodzić po Ludzku, Warszawa 2006.
- Walentyn E., Wiktor A., Wdowiak A. i in., *Opinie i obawy kobiet odnośnie porodu zależnie od przygotowania w szkole rodzenia*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114, nr 3, s. 279-282.
- Wiśłocka M., *Sztuka kochania: witamina „M”*, Warszawa 1991.
- <http://www.rodzicpoludzku.pl/O-Fundacji/> [dostęp: 20.07.2010].
- [http://cnd.republika.pl/balaskas\\_porod\\_aktywny.pdf](http://cnd.republika.pl/balaskas_porod_aktywny.pdf) [dostęp: 15.02.2015]
- <http://www.maluchy.pl/arttykul/175,3> [dostęp: 15.02.2015]